

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

Plan d'activités annuel 2013-2014

Juin 2013

Table des matières

LETTRÉ D'ACCOMPAGNEMENT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU RLISS DU NORD-EST	3
MANDAT ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	4
APERÇU DES PROGRAMMES/ACTIVITÉS ACTUELS ET À VENIR	4
ÉVALUATION DES ENJEUX AUXQUELS FAIT FACE LE RLISS DU NORD-EST	6
(ANALYSE DES RISQUES ET OPPORTUNITÉS).....	6
RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	8
RAPPORT SUR LES INDICATEURS DE RENDEMENT EN VERTU DE L'ERMR.....	9
DÉTAIL DES PRIORITÉS, PLANS ET MESURES	12
Améliorer la coordination des soins primaires	12
Renforcer la coordination des soins et les transitions entre les divers milieux de soins pour améliorer l'expérience du patient	166
Accroître l'accessibilité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances	21
Cibler les besoins des diverses communautés culturelles – Autochtones/Premières Nations/Métis ...	25
Cibler les besoins des diverses communautés culturelles : Francophones	29
Catalyseurs	33
Possibilités inhérentes aux dossiers de santé électroniques.....	33
Réalignement et renouvellement du système.....	36
Recrutement et rétention des ressources humaines en santé.....	39
Modèle B : Plan de dépenses pour les opérations du RLISS	411
Modèle C : Plan de dotation du RLISS (équivalents temps plein)	42
Modèle D : Stratégie de communication intégrée.....	43
Modèle E : Participation communautaire	477

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

Le 4 juin 2013

Madame Catherine Brown
Sous-ministre adjointe
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 (ERMRL), 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 2013-2014.

Ce PAA met l'accent sur la première année de notre Plan de services de santé intégrés de 2013-2016. Il est conforme à notre mission : « *Des soins de qualité lorsque les gens du Nord en ont besoin.* » Il mise sur les réussites de l'année dernière et encourage le changement transformationnel. Il est conforme au Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé et aux objectifs de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*.

Fondées sur des discussions et des consultations exhaustives avec les gens du Nord, les quatre priorités de notre PSSI sont les suivantes :

- Améliorer la coordination des soins primaires
- Renforcer la coordination des soins et les transitions entre les milieux de soins pour améliorer l'expérience du patient
- Accroître l'accessibilité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances
- Cibler les besoins des diverses communautés culturelles.

Ces priorités s'appuient sur des efforts concertés visant à renforcer l'usage des dossiers de santé électroniques; le réalignement et le renouvellement du système; et le recrutement et la rétention du personnel médical.

Nous poursuivrons nos efforts en vue d'axer le système de santé local sur le patient plutôt que sur le fournisseur. Sachant que notre région englobe 40 % de la masse terrestre de l'Ontario et abrite quatre pour cent de sa population, nous nous efforcerons d'éliminer le cloisonnement, d'encourager l'intégration et de rapprocher les soins de santé du domicile des gens. Étant donné que 18 % de nos résidents ont plus de 65 ans (le pourcentage devrait doubler en 20 ans) et que notre région affiche des taux élevés de maladies chroniques et de troubles médicaux complexes, la nécessité de dispenser plus de soins à domicile et dans la communauté et de centrer les soins sur les besoins des gens continuera de guider nos efforts et nos décisions.

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.

La présidente du conseil d'administration,

Elaine Pitcher

MANDAT ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Vision du RLISS du Nord-Est

Des soins de qualité lorsque les gens du Nord en ont besoin

Mission du RLISS du Nord-Est

Favoriser l'intégration des services de santé dans le Nord-Est de l'Ontario en engageant nos communautés locales.

Le Plan d'action de l'Ontario a pour but de faire de la province l'endroit le plus sain où grandir et vieillir et nous avons embrassé ses trois priorités centrées sur le patient :

1. Gardons l'Ontario en santé
2. Accès plus rapide et rôle accru accordé aux soins de santé familiale
3. De bons soins, au bon moment, au bon endroit.

Utilisant ce cadre et les conclusions de séances de participation communautaire exhaustives, notre RLISS va de l'avant. Ainsi, nous avons récemment fait concorder notre PSSI 2013-2016 avec les impératifs systémiques du RLISS et le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, dont l'objectif est de gérer la croissance des dépenses tout en continuant à fournir des soins de grande qualité à la population ontarienne.

APERÇU DES PROGRAMMES/ACTIVITÉS ACTUELS ET À VENIR

Le RLISS du Nord-Est finance 185 fournisseurs de services de santé représentant six secteurs :

- Hôpitaux (25)
- Centres de santé communautaire (6)
- Services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances (48)
- Services de soutien communautaire (63)
- Foyers de soins de longue durée (42)
- Centre d'accès aux soins communautaires (1)

Au cours des trois prochaines années, le RLISS travaillera en collaboration avec les fournisseurs de services de santé pour centrer le système de santé local sur le patient plutôt que sur le fournisseur et veiller à ce que les résultats et les preuves améliorent la qualité des soins. Les activités de réalignement et d'intégration seront essentielles à ce virage et notre engagement à établir des partenariats se maintiendra.

Globalement, le RLISS met les gens, les fournisseurs et les ressources en concordance pour assurer qu'il réalise les projets énoncés dans ce plan et fait progresser le plan stratégique de sa région : des soins de qualité aux gens du Nord lorsqu'ils en ont besoin. Voir le sommaire en page suivante.

Sommaire du PSSI du RLISS du Nord-Est, 2013 – 2016

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

Gardons l'Ontario en santé

Accès plus rapide et rôle accru accordé aux soins de santé familiale

De bons soins, au bon moment, au bon endroit

Impératifs systémiques du RLISS

Améliorer l'accès aux soins primaires

Améliorer la coordination des soins et les transitions entre les milieux de soins pour les populations cibles

Mettre en œuvre des pratiques fondées sur les preuves pour améliorer la qualité et la sécurité

Conserver les gains

Priorités du RLISS du Nord-Est

Améliorer la coordination des soins primaires

Renforcer la coordination des soins et les transitions entre les milieux de soins pour améliorer l'expérience du patient

Accroître l'accessibilité des services de santé mentale et de toxicomanie

Cibler les besoins des populations diversifiées sur le plan culturel

D'ici à 2016, le RLISS du Nord-Est va :

Améliorer l'accès à des soins primaires de qualité pour les gens du Nord

Améliorer l'accès et la qualité grâce à une meilleure coordination des services

Améliorer l'accès et les déplacements au sein du système pour les usagers et leurs familles

Améliorer l'accès à des services de santé appropriés à la langue et à la culture

Accroître l'intégration des soins primaires dans le continuum plus vaste de soins

Améliorer les transitions des clients entre les fournisseurs de services le long du continuum de soins

Augmenter la capacité de la communauté à fournir plus d'options de soins aux gens du Nord tout en diminuant les pressions sur le secteur des soins actifs

Améliorer les déplacements au sein du système, la coordination des services et l'accès aux soins

Dialoguer et collaborer avec les fournisseurs de soins primaires pour mieux gérer le parcours du patient

Renforcer la capacité des services ciblés au besoin

Renforcer les services de soutien pour les personnes ayant des besoins complexes grâce à une collaboration accrue

Améliorer l'accès aux services de santé mentale et de toxicomanie

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

Le RLISS du Nord-Est a conclu 185 ententes de responsabilisation qui tiennent les fournisseurs de services de santé redevables de la prestation de services de premier recours totalisant 1,4 milliard de dollars chaque année. Ces ententes sont les suivantes :

- 118 ententes de responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M)
- 25 ententes de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H)
- 42 ententes de responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée (ERS-SLD)

Étant donné l'immensité du territoire et la diversité du Nord-Est de l'Ontario (environ 22 % de Francophones, 10 % d'Autochtones/Premières Nations/Métis), cinq grandes régions de planification ont été créées dans la région en fonction des tendances d'acheminement des hôpitaux. La création de ces régions géographiques appuie les efforts de planification et de réalignement orientés particulièrement sur la prestation de soins à proximité du domicile

Accès aux services de santé

Le RLISS compte 538 médecins de famille, un centre médical de groupe à Sault Ste. Marie (34 médecins de famille), 27 équipes de santé familiale, six centres de santé communautaire, six cliniques dirigées par des infirmières praticiennes, 16 postes de soins infirmiers et trois centres médicaux autochtones.

Pour aider les gens du Nord à entrer en contact avec un fournisseur de soins primaires, on a lancé le programme Accès Soins en février 2009. Entre février 2009 et janvier 2013, 46 982 résidents du RLISS se sont inscrits au programme et près de 70 % d'entre eux ont été acheminés à un fournisseur de soins de santé familiale.

Dans le RLISS du Nord-Est, il y a 108 lits de soins de longue durée pour chaque tranche de 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (2012), comparativement à 86 lits pour chaque tranche de 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en Ontario.

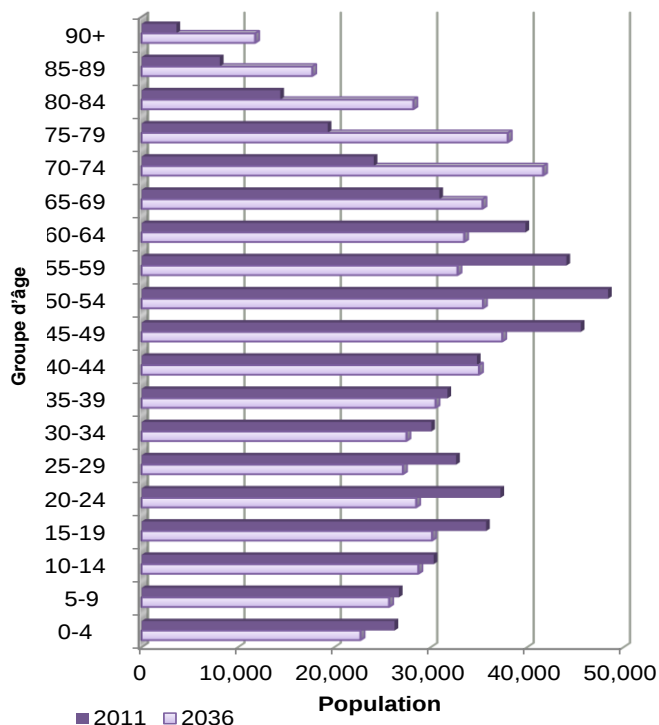
Longévité

Les résidents de la région du RLISS ont une espérance de vie inférieure à celle de la population ontarienne : 76,5 ans pour les hommes (79,2 ans en Ontario) et 81,4 ans pour les femmes (83,6 ans en Ontario).

Les principales causes de décès pour les résidents du RLISS, comme pour les Ontariennes et Ontariens, sont les maladies du système circulatoire (notamment maladies du cœur et accidents vasculaires cérébraux) et les néoplasmes (cancer). Les taux de mortalité pour les maladies du système circulatoire (décès par tranche de 100 000 habitants) sont 22 % plus élevés dans le Nord-Est comparativement aux taux provinciaux; les néoplasmes sont 16 % plus élevés.

La mortalité prématurée, une mesure des taux de décès avant l'âge de 75 ans, est 26 % plus élevée dans le Nord-Est que dans la province.

Moteurs de changement systémique nouveaux, émergents, évolutifs



Évolution de la population

On prédit que la population du RLISSE évoluera sensiblement au cours des 25 prochaines années. On s'attend à ce que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus augmente de 18 % à 30 % d'ici à 2036 et à ce que le nombre estimatif d'aînés (65 ans et plus) augmente de 72 %, passant d'un peu plus de 100 000 à plus de 172 000 (la moyenne provinciale devrait augmenter d'environ 67 %). Ce virage démographique a d'importantes implications pour la prestation des services de santé, le type de services dispensés et l'endroit où ils sont dispensés.

On prédit que la population du RLISSE augmentera d'un pour cent seulement entre 2011 et 2036.

Globalement, comparativement à la province, le Nord-Est compte :

	RLISSE du N.-E.	Ontario*
Un pourcentage supérieur d'Autochtones	9,5 %	2,0 %
Un pourcentage supérieur de Francophones	22 %	4,4 %
Un pourcentage supérieur de personnes vivant en milieu rural	30,2 %	14,1 %
Un pourcentage supérieur de personnes de plus de 65 ans	18 %	14,6 %
Un pourcentage supérieur de chômeurs âgés de 15 ans et plus	8,4 %	6,4 %
Un pourcentage supérieur de personnes de 25 ans et plus n'ayant pas de diplôme d'études secondaires, de diplôme ou de certificat	18,4 %	13,5 %
Un pourcentage supérieur de fumeurs	25,4 %	19 %
Un pourcentage supérieur d'adultes qui boivent excessivement	19,9 %	16,2 %
Un pourcentage supérieur d'adultes (âgés de 18 ans et plus) obèses ou ayant un excès de poids	61,7 %	52,3 %
Une prévalence plus élevée d'hypertension artérielle	22,5 %	17,4 %
Un pourcentage supérieur de résidents ayant plusieurs maladies chroniques	21,5 %	15,2 %

Le Nord-Est est également associé à :

	RLISSE du N.-E.	Ontario*
Un pourcentage inférieur de personnes ayant un médecin régulier	85,2 %	90,9 %
Un pourcentage inférieur de personnes qualifiant leur santé de très bonne ou excellente	57,9 %	60,7 %
Un pourcentage inférieur de personnes signalant qu'elles sont inactives	44 %	49 %

(Données du recensement de 2011 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2010 de Statistique Canada)

* Les pourcentages pour l'Ontario incluent les pourcentages pour le Nord-Est ontarien.

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. Elle établit une compréhension mutuelle entre le ministère et le RLISS et définit des indicateurs de rendement pour une période définie. Les indicateurs sont mis à jour trimestriellement; 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 2012-2013	Cible de rendement du RLISS 2012-2013	Rendement du RLISS pour le plus récent trimestre de 2012-2013	Écart de la cible pour le résultat du plus récent trimestre*	Résultat annuel du RLISS pour 2012-2013
Service des urgences/autres niveaux de soins						
1	Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS) – par RLISS ou établissement *	32,1	22	27,4	25 %	22 %*
2	Durée du séjour à l'urgence pour les patients admis – 90 ^e percentile	28,3	25	31	24 %	29
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	7	6,3	-10 % (cible atteinte)	6,5
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	4,7	4	4,2	5 % (à l'intérieur des valeurs cibles)	4,1
Temps d'attente pour une chirurgie						
5	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile	61	56	54	-3,6 % (cible atteinte)	59
6	Temps d'attente pour un pontage coronarien – 90 ^e percentile	31	49	37	-25 % (cible atteinte)	53
7	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile	156	155	146	-6 % (cible atteinte)	148
8	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche – 90 ^e percentile	306	300	275	-8 % (cible atteinte)	276
9	Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou – 90 ^e percentile	402	300	378	26 %	393
Temps d'attente pour un examen diagnostique						
10	Temps d'attente pour un examen diagnostique par IRM - 90 ^e percentile	106	65	37	-43 % (cible atteinte)	47
11	Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomodensitométrie – 90 ^e percentile	29	28	32	14 %	34
Excellence des soins pour tous/qualité						
12	Réadmission dans un délai de 30 jours pour des groupements de maladies analogues sélectionnées**	16,1 %	15 %	16,7 %	11 %	16,9**
Santé mentale et dépendances						
13	Visites à l'urgence non planifiées répétées dans un délai de 30 jours pour des troubles mentaux***	18,3 %	16,5 %	17,6 %	7 % (à l'intérieur des valeurs cibles)	16,7**
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**	26 %	25 %	25,4%	1,6 % (à l'intérieur des valeurs cibles)	26,9**
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)	56	48	49	2 % (à l'intérieur des valeurs cibles)	59*

* Les données pour l'exercice 2012-2013 portent sur les quatre derniers trimestres (du 4^e trimestre de 2011-2012 au 3^e trimestre de 2012-2013) pour des questions d'accessibilité.

** Les données pour l'exercice 2012-2013 portent les quatre derniers trimestres (du 3^e trimestre de 2011-2012 au 2^e trimestre de 2012-2013) pour des questions d'accessibilité.

RAPPORT SUR LES INDICATEURS DE RENDEMENT EN VERTU DE L'ERMR

Le temps d'attente a diminué pour plusieurs interventions en 2012-2013. Les améliorations ont touché les autres niveaux de soins et le temps d'attente pour des soins d'urgence, un examen par IRM et une chirurgie du cancer et de la cataracte.

Service des urgences/autres niveaux de soins

Autres niveaux de soins (ANS) : Beaucoup de progrès ont été réalisés en 2012-2013. Le pourcentage de journées consacrées aux ANS en soins actifs a diminué de 30 % à 20 % au 2^e trimestre et a augmenté à 27,4 % avant le 3^e trimestre par suite de congés de l'hôpital planifiés. Le RLIS du Nord-Est continue d'appuyer diverses initiatives visant à réduire les taux d'ANS, notamment Chez soi avant tout, aide à la vie autonome, planification intégrée des congés, lits d'évaluation et de rétablissement, soutien pour les patients manifestant des troubles du comportement dans les foyers de soins de longue durée, responsables de cas dans des équipes de santé familiale sélectionnées.

Service des urgences (SU) : La durée du séjour au SU pour les patients admis a été inférieure à la cible presque toute l'année, mais a dépassé la cible au 4^e trimestre, ce qui correspond aux tendances enregistrées dans la province et est attribuable aux problèmes de circulation des patients liés aux ANS. Neuf des onze emplacements déclarants ont enregistré un séjour à l'urgence inférieur à 25 heures. Les enjeux liés aux patients en attente d'ANS à Sudbury, North Bay et Timmins ont affecté la circulation des patients du SU aux lits pour hospitalisés.

La durée du séjour au SU a diminué dans le cas des patients non admis ayant des troubles complexes. Les patients ayant des troubles complexes appartiennent aux niveaux I à III de l'ETG et se présentent à l'urgence pour des problèmes de santé urgents. Neuf emplacements déclarants ont maintenu leur durée du séjour au SU à moins de sept heures et globalement le rendement du RLIS a été inférieur à la cible à 6,5 heures.

La durée du séjour au SU a diminué de 4,7 heures à 4,2 heures pour les patients non admis ayant des troubles mineurs. Huit des onze emplacements déclarants ont maintenu leur durée du séjour au SU en deçà de la cible provinciale de quatre heures.

Stratégies visant à diminuer la durée du séjour au SU : hôpitaux de quatre grandes régions participant au Programme de financement axé sur les résultats, mise en place d'intervenants pivots pour le système de soutien communautaire, coordonnateurs de soins du CASC du Nord-Est dans les milieux de soins primaires, etc.

Temps d'attente pour une chirurgie

Chirurgie du cancer : Les temps d'attente pour une chirurgie du cancer ont diminué et étaient à l'intérieur des valeurs cibles aux troisième et quatrième trimestres. 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. La réduction des temps d'attente a été réalisée grâce à une collaboration entre les chirurgiens en vue

d'assurer la qualité des données du système d'information sur les temps d'attente et d'augmenter l'efficacité. On prévoit que les temps d'attente pour une chirurgie du cancer continueront de diminuer en 2013-2014.

Chirurgie du cœur : Les temps d'attente pour les pontages coronariens sont restés en deçà de la cible en 2012-2013. En tant que fournisseur régional de pontages coronariens, Horizon Santé-Nord à Sudbury a continué d'afficher un excellent rendement dans ce secteur. Une hausse subite du volume de patients au printemps et pendant l'été a causé une hausse temporaire des temps d'attente qui a été réglée grâce à une disponibilité additionnelle des salles d'opération. Le temps d'attente a ensuite diminué au troisième trimestre. Au quatrième trimestre, le temps d'attente était de 37 jours, ce qui est très en deçà de la cible (49) et il devrait rester à ce niveau en 2013-2014.

Chirurgie de la cataracte : Les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte ont diminué et étaient en deçà de la cible au quatrième trimestre. On anticipe qu'ils resteront en deçà de la cible provinciale en 2013-2014.

Arthroplastie de la hanche : Les temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche ont diminué de dix pour cent et étaient en deçà de la cible. Tous les emplacements chirurgicaux ont atteint leurs volumes. Le *plan de gestion de la capacité des services orthopédiques* établit des objectifs en matière de qualité et de temps d'attente et énonce une stratégie de rapatriement des interventions pratiquées à l'extérieur de la région. Plus de 50 % des personnes acheminées ont été jugées aptes à utiliser un traitement conservateur ou d'autres options, ce qui a permis aux chirurgiens de se consacrer aux patients destinés à subir une intervention. Ce résultat a été rendu possible par l'approche normalisée à l'égard des évaluations mise en œuvre par des physiothérapeutes de pratique avancée qui ont reçu une formation spécialisée de chirurgiens orthopédistes dans chacun des cinq centres d'évaluation des articulations financés par le RLSS du Nord-Est. Ces centres offrent aux patients la possibilité d'examiner les listes d'attente des chirurgiens et d'opter pour le prochain chirurgien libre. L'élargissement du rôle des centres à d'autres interventions sera envisagé en 2013-2014.

Arthroplastie du genou : Les temps d'attente pour une arthroplastie du genou ont diminué de 6 %, mais restent supérieurs à la cible. (Voir les renseignements connexes au paragraphe sur l'arthroplastie de la hanche.) Le *plan de gestion de la capacité des services orthopédiques* et l'utilisation accrue des centres d'évaluation des articulations contribueront à améliorer les temps d'attente en 2013-2014.

Temps d'attente pour un examen diagnostique

Examen par IRM : Les temps d'attente pour un examen par IRM ont diminué en 2012-2013. La baisse marquée (de 106 jours à 37 jours) découle de l'engagement de chaque emplacement à l'égard du PAR-IRM (programme d'amélioration du rendement) qui a permis aux hôpitaux d'accroître l'efficacité des examens par IRM et d'accélérer la circulation des patients. L'arrivée du premier appareil d'IRM au Centre régional de santé de North Bay en mai 2011 a contribué à diminuer les temps d'attente. On prévoit que le temps d'attente pour un examen par IRM restera entre 35 et 40 jours en 2013-2014.

Examen par tomodensitométrie : Les temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie ont légèrement augmenté en 2012-2013, passant de 29 à 34 jours au quatrième trimestre. La demande élevée pour ce type d'examen, particulièrement à Sudbury (centre régional de traumatologie, centre régional de cancérologie), a contribué à la hausse. L'expérience locale en PAR-IRM est appliquée aux examens par tomodensitométrie à Sudbury pour augmenter l'efficacité.

Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous/qualité

Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous/qualité (réadmission pour des groupements de maladies analogues sélectionnées) : Le rendement a légèrement varié par rapport à la cible établie pour cet indicateur. Des projets en cours à Sudbury, notamment la clinique vouée à l'insuffisance cardiaque congestive et l'unité des transitions de soins, visent ce groupe de patients et devraient diminuer les réadmissions à l'hôpital. Des

responsables de cas au sein d'équipes de santé familiale sélectionnées contribueront au dépistage précoce et au traitement des personnes âgées frêles. Les infirmières d'intervention rapide (13) mises en place au premier trimestre traiteront les aînés frêles atteints de troubles complexes à risque élevé de réadmission à l'hôpital. Les télésoins à domicile ont souscrit plus de 100 clients atteints d'insuffisance cardiaque ou de bronchopneumopathie chronique obstructive et aideront ces personnes à conserver leur santé plus longtemps, réduisant ainsi le risque de réadmission à l'hôpital. On anticipe également la mise en route de deux maillons santé en 2013-2014, ce qui contribuera à réduire les hospitalisations pour troubles chroniques.

Santé mentale et dépendances

Visites à l'urgence non planifiées répétées pour des troubles mentaux et des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues : Globalement, les visites à l'urgence répétées dans un délai de trente jours pour des troubles mentaux et des problèmes dus à l'abus d'alcool et d'autres drogues étaient à l'intérieur des valeurs cibles. Les initiatives mises en œuvre incluent : des conseillers 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. On prédit que les taux s'amélioreront en 2013-2014.

Accès aux soins communautaires

Le temps d'attente a considérablement diminué en 2012-2013 pour les services du Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) du Nord-Est offerts au domicile des clients. Au début de 2012-2013, le CASC du Nord-Est a identifié le groupe de clients qui a contribué au prolongement des temps d'attente pour l'obtention de soins à domicile. Ces améliorations continueront en 2013-2014.

DÉTAIL DES PRIORITÉS, PLANS ET MESURES

Améliorer la coordination des soins primaires

Description de la priorité

Les soins primaires sont un élément essentiel d'un système de soins de santé vraiment intégré, axé sur le patient. Les fournisseurs de soins primaires jouent un rôle primordial, car ils facilitent les déplacements des patients au sein du système et améliorent les transitions entre divers milieux de soins, particulièrement pour les aînés et les personnes atteintes de maladies chroniques. Ils sont essentiels au renouvellement de notre système de santé, qu'il s'agisse d'assumer la responsabilité de la santé des gens, d'effectuer les dépistages appropriés pour déceler les maladies chroniques ou de gérer les soins des personnes malades.

La participation accrue des fournisseurs de soins primaires à l'intégration du système favorise une utilisation plus appropriée des autres milieux de soins et l'obtention de bons soins, au bon endroit, au bon moment. La collaboration entre les fournisseurs de soins primaires et les autres fournisseurs vient en aide aux personnes atteintes de maladies chroniques et met l'accent sur la prévention, la coordination et le soutien de l'autogestion.

L'an dernier, le RLISS a dialogué avec plus de 500 fournisseurs de soins primaires, notamment médecins, infirmières praticiennes, pharmaciens et autres, recueillant leurs suggestions concernant le renforcement des soins primaires dans le Nord-Est de l'Ontario. Leurs commentaires ont souligné l'importance d'un système plus efficace et mieux intégré qui utilise les ressources du système de santé plus judicieusement et focalise davantage les besoins des gens et des patients. Ils ont convenu de l'importance de créer des partenariats ou des réseaux locaux pour optimiser les sommes consacrées à la santé, augmenter la qualité des soins et améliorer l'accès.

Les séances de participation ont également souligné la nécessité de réorienter les soins primaires pour les focaliser sur les soins postérieurs aux soins actifs et sur les transitions de soins au-delà de l'hôpital. Cet aspect est important à la lumière du vieillissement de la population du RLISS et de la tendance des aînés à faire un usage extensif du système de soins de santé.

Un système de soins post-actifs solide et intégré est essentiel, car il permet aux aînés de se rétablir dans leur propre domicile ou le milieu de leur choix et de vivre de façon autonome plus longtemps avec l'aide dont ils ont besoin. Les patients qui ont un accès plus rapide aux soins restent en meilleure santé, sont mis en rapport avec le fournisseur de soins approprié plus rapidement et sont moins aptes à exiger un traitement à l'hôpital.

Situation actuelle

Le programme Accès Soins administré par le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) met les patients en rapport avec les fournisseurs de soins primaires. D'après ce programme, nous constatons (en date de décembre 2012) que le RLISS du Nord-Est :

- compte le plus grand nombre de patients inscrits par tranche de 1 000 habitants (classé premier pour la période de référence allant de mars 2012 à décembre 2012)
- compte le plus grand nombre de patients aiguillés par tranche de 1 000 habitants (classé premier pour la période de référence allant de mars 2012 à décembre 2012)
- compte le plus grand nombre de patients vulnérables ayant des troubles complexes inscrits par tranche de 1 000 habitants (classé premier pour la période de référence allant de mars 2012 à décembre 2012)

- compte le plus grand nombre de patients vulnérables ayant des troubles complexes aiguillés par tranche de 1 000 habitants (classé premier pour la période de référence allant de mars 2012 à décembre 2012)
- compte le plus grand nombre de patients inscrits par mois (classé premier pour la période de référence allant d'août 2012 à décembre 2012)
- compte le plus grand nombre de patients aiguillés par mois.

Nous continuons de travailler avec le CASC du Nord-Est pour déterminer comment renforcer les liens entre les fournisseurs de soins primaires et les coordonnateurs des soins du CASC. Ces travaux incluent un projet pilote axé sur la mise en place de coordonnateurs des soins dans les cabinets de soins primaires.

D'autres projets visant à favoriser l'intégration des cabinets de soins primaires et du CASC du Nord-Est sont en cours; ce sont, notamment, une ligne téléphonique du CASC réservée aux médecins, des protocoles de communication normalisés avec les fournisseurs de soins primaires, des notifications au SU de la présence de patients de plus de 80 ans et des communications améliorées qu'elles soient imprimées ou sur le site Web.

Autres initiatives du CASC qui auront des répercussions sur les soins primaires :

- programme de télésoins à domicile
- programme d'infirmières d'intervention rapide
- programme d'infirmières spécialisées en santé mentale et en toxicomanies en milieu scolaire
- programme d'infirmières praticiennes spécialisées en soins palliatifs
- fournisseurs de soins directs
- planification intégrée des congés de l'hôpital.

Les séances de participation communautaire sur les soins primaires tenues à l'automne 2012 ont soulevé la nécessité d'intégrer les fournisseurs de soins primaires dans le continuum de soins et d'assurer que les patients ont plus facilement accès à leurs fournisseurs de soins primaires.

À l'automne 2012, le Dr Alan McLean a été embauché comme médecin responsable des soins primaires du RLISS. Un de ses principaux objectifs est de mettre sur pied un conseil consultatif des soins primaires qui contribuera à façonner et à diriger des programmes visant à améliorer la coordination des soins dans le secteur des soins primaires. Il travaillera également avec les fournisseurs de soins primaires sur « l'accès ouvert ». Nous recrutons actuellement un deuxième médecin responsable des soins primaires qui contribuera à ces travaux dans le cadre des programmes d'éducation du diabète.

Le 1^{er} décembre 2012, le RLISS a assumé le mandat opérationnel des centres régionaux de coordination (CRC) en matière de diabète de même que le financement et la responsabilisation à l'égard de 22 programmes d'éducation du diabète pour les adultes et les enfants. Dans le cadre du mandat des CRC, à savoir améliorer la qualité des soins offerts aux prédiabétiques et aux diabétiques, le RLISS a élargi le groupe de médecins responsables en ajoutant un médecin de soins primaires et un endocrinologue qui l'aideront à établir des relations solides entre les fournisseurs de services et les intervenants appropriés. Ces mesures favoriseront une amélioration de la qualité et l'adoption de pratiques exemplaires relatives au traitement et à la gestion du diabète.

Le projet d'intégration des cabinets médicaux favorise la transmission presque immédiate de renseignements sur les patients des systèmes informatiques des hôpitaux aux dossiers de santé électroniques (DSE) des cabinets médicaux. Ces renseignements comprennent : sommaires des congés, résultats des analyses de laboratoire, rapports d'imagerie diagnostique. L'équipe du projet continue de travailler avec les hôpitaux de la région du RLISS, les fournisseurs de DSE et les fournisseurs de services, OntarioMD et Cybersanté Ontario pour trouver et mettre en œuvre des solutions gagnantes.

Pour plus de renseignements, consulter la section Dossiers de santé électroniques de ce plan.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé invoque un système de soins primaires qui offre un accès plus rapide et commode aux soins, notamment : rendez-vous le jour même ou le lendemain, soins après les heures de bureau et, en cas de besoin, visites à domicile. La vision est celle d'un système beaucoup plus intégré qui met les soins primaires au centre du continuum. Il énonce également que la planification des soins primaires relèvera des RLSS dans le but d'améliorer l'intégration et la reddition de compte à l'égard des résultats.

Des directives clés et des rapports stratégiques orientent également nos objectifs, notamment :

- Améliorer le continuum des soins, D^r Ross Baker, novembre 2011
- Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : La question des autres niveaux de soins, D^r David Walker, juin 2011
- Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, janvier 2012
- Vivre bien et plus longtemps, D^r Samir Sinha, mars 2013
- Maillons santé

Le MSSLD a cerné cinq orientations stratégiques pour les soins primaires en Ontario (Strategic Directions for Strengthening Primary Care in Ontario, Susan Fitzpatrick, 13 septembre 2012):

1. Nécessité d'établir des objectifs, mesures et priorités stratégiquement alignés
2. Importance d'une intégration améliorée appuyée par la gouvernance
3. Soins primaires centrés sur le patient
4. Leviers de responsabilité améliorés et concordance des incitatifs
5. Amélioration de la qualité

Plans d'action	2013-2014		2014-2015		2015-2016	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Objectif 1 : Améliorer l'accès à des soins de qualité pour les gens du Nord						
Promouvoir Accès Soins et s'attacher à augmenter les inscriptions de patients.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Maximiser les possibilités et stratégies relatives au champ d'exercice.	En cours	10 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Promouvoir l'accès préalable et les soins après les heures.	En cours	20 %	En cours	2 %	En cours	2 %
Continuer d'élargir la télémédecine dans les milieux de soins primaires.	En cours	30 %	En cours	30 %	En cours	30 %
Promouvoir les possibilités de collaboration interdisciplinaire.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Objectif 2 : Accroître l'intégration des soins primaires dans le continuum plus vaste de soins						
Soutenir et renforcer le rôle des soins primaires dans la prévention et la gestion des maladies chroniques.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Veiller à ce que les fournisseurs de soins primaires les renseignements patients requis tôt après le congé.	En cours	20 %	En cours	40 %	En cours	40 %
Faciliter les maillages entre les soins primaires et les services communautaires.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Objectif 3 : Dialoguer et collaborer avec les fournisseurs de soins primaires pour mieux gérer le parcours du patient						

Établir un conseil consultatif des soins primaires du Nord-Est.	En cours	100 %	Terminé		Terminé	
Envisager l'établissement de maillons santé en tant que modèles de soins, particulièrement pour les grands usagers du système de santé.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Focaliser des initiatives d'amélioration de la qualité grâce auxquelles les fournisseurs auront les directives de meilleures pratiques courantes qui améliorent les résultats des patients.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Mesures						
Objectif 1 : Améliorer l'accès à des soins de qualité pour les gens du Nord - Utilisation accrue d'Accès Soins par les résidents et les fournisseurs de soins primaires. - Nombre inférieur de visites à l'urgence de patients classés IV/V sur l'ETG. - Diminution des taux de réadmission à l'hôpital à trente jours pour des affections sélectionnées. - Augmentation du nombre de connexions au Réseau Télémédecine Ontario (RTO) et des consultations RTO dans les milieux de soins primaires du Nord-Est. Objectif 2 : Accroître l'intégration des soins primaires dans le continuum plus vaste de soins - Meilleur accès à des programmes et services plus intégrés en matière de diabète. - Nombre inférieur de visites à l'urgence de patients classés IV/V sur l'ETG. - Diminution du taux de réadmission en soins actifs pour les grands usagers. - Visites en soins primaires dans un délai de sept jours suivant le congé de l'hôpital pour les patients à haut risque. - Baisse du taux d'ANS en soins actifs. Objectif 3 : Dialoguer et collaborer avec les fournisseurs de soins primaires pour mieux gérer le parcours du patient - Établissement du conseil consultatif des soins primaires et réalisation du plan de travail annuel. - Nombre de réseaux de maillons santé en activité. - Réduction des admissions en soins actifs pour des maladies chroniques.						
Risques/obstacles inhérents à la réussite de la mise en œuvre						
- Absence de politique transférant la responsabilité des soins primaires aux RLISS - Manque éventuel de personnel dans le secteur des soins primaires						
Catalyseurs clés						
- Rôle et responsabilité accrues du RLISS quant aux soins primaires - Élaboration de plans d'amélioration de la qualité des soins primaires par le truchement de Qualité des services de santé Ontario - Dossiers de santé électroniques élargis et améliorés à l'appui du partage de données cliniques						

Renforcer la coordination des soins et les transitions entre les divers milieux de soins pour améliorer l'expérience du patient

Description de la priorité

Ces dernières années, le RLISS du Nord-Est, en association avec les intervenants communautaires, a fait d'importants investissements pour renforcer la capacité communautaire dans la région. Voici quelques-uns de ces investissements : augmentation des services d'aide à la vie autonome; Chez soi avant tout et planification intégrée des congés dans quatre grands hôpitaux; programmes d'évaluation et de rétablissement; infirmières spécialisées en urgence gériatrique et intervenants pivots dans les services des urgences des hôpitaux; services additionnels de soutien communautaire; et capacité additionnelle en lits de soins de longue durée.

Bien que ces investissements aient augmenté la capacité communautaire, particulièrement pour les aînés et les aînés frêles, il ne sont pas suffisamment importants pour aider le nombre croissant d'aînés prévu pour le Nord-Est ontarien. Le RLISS s'efforce donc d'améliorer la coordination des soins et les transitions entre les divers milieux de soins dans le secteur des soins aux aînés.

Selon une étude effectuée en 2010 par le Canadian Health Services Research Group (CHSRG), environ un pour cent de la population ontarienne représente 49 % des frais hospitaliers et des soins à domicile; dix pour cent de la population représentent 95 %. Ces grands usagers reflètent une population qui accède aux soins d'une manière non coordonnée et fragmentée. Les preuves ont démontré que les initiatives menées à l'extérieur d'un milieu de soins actifs, visant à fournir un soutien à la gestion intensive de cas, aident les grands usagers à se déplacer plus efficacement au sein du système.

Lors de nos dialogues, les gens du Nord ont mentionné la nécessité d'améliorer les services de transport. Il s'agit notamment de conduire les patients – y compris les aînés qui ne conduisent plus – de leur domicile aux rendez-vous médicaux et entre les fournisseurs de services de santé, notamment les hôpitaux, en cas de besoin.

Situation actuelle

Selon le recensement de 2011, 18 % de la population du RLISS du Nord-Est a plus de 65 ans, comparativement à 14,6 % pour l'Ontario. D'ici à 2036, le groupe des 65 ans et plus dans le Nord-Est devrait représenter 30 % de la population, passant du nombre actuel de 100 000 personnes à 172 000 personnes.

Le RLISS du Nord-Est a fait d'importants progrès dans le secteur des ANS depuis deux ans et demi. En effet, après avoir atteint un sommet de presque 41 % au quatrième trimestre de 2010-2011, le taux d'ANS en soins actifs s'est établi à un peu plus de 20 % au deuxième trimestre de 2012-2013 (d'après le bilan de février 2013). Néanmoins, le RLISS continue d'afficher le taux d'ANS le plus élevé parmi les RLISS de l'Ontario.

Selon une analyse des grands usagers basée sur des données de 2009-2010 effectuée par le MSSLD :

- Parmi les 10 % de grands usagers en Ontario, 23 695 grands usagers ou 6 % étaient dans le Nord-Est.
- La population globale du RLISS représente 4 % de l'Ontario.
- Le Nord-Est dépense en tout 640 millions de dollars pour les 10 % de grands usagers (ce groupe utilise à lui seul 75 % des ressources en santé du RLISS du Nord-Est).

Les efforts en vue de réduire les longs séjours de patients en attente d'ANS dans les unités de soins actifs des hôpitaux de quatre grandes régions ont réussi à améliorer la circulation des patients en général. Le 31 août 2012, il y avait en soins actifs 112 patients en attente d'ANS dont la durée du séjour était supérieure à 30 jours. Le

8 février 2013, il y avait en soins actifs 59 patients en attente d'ANS dont la durée du séjour était supérieure à 30 jours dans ces quatre centres d'aiguillage.

Le Nord-Est est le plus grand utilisateur d'Accès Soins en Ontario. Entre février 2009 et décembre 2012, la région représentait près d'un cinquième des inscriptions au programme et des inscriptions de patients vulnérables ayant des troubles complexes. À ce jour, Accès Soins a acheminé 30 000 résidents de la région du RLISS à un fournisseur de soins primaires. Cela démontre qu'il y a d'importants besoins d'accès aux soins primaires, particulièrement pour les cas complexes.

Le manque d'options de services dans de nombreuses communautés du Nord-Est (p. ex., autres milieux pour les services d'aide à la vie autonome, les soins de transition/rétablissement et les soins au terme de la vie) pose un enjeu. En 2010-2011, le Nord-Est affichait le taux de mortalité le plus élevé de toutes les régions de la province, soit 882 décès par tranche de 100 000 habitants par rapport à 633 décès par tranche de 100 000 habitants (le RLISS du Centre-Ouest affichait le taux le plus bas, soit 395 décès par tranche de 100 000 habitants). Dans le Nord-Est, 56 % des décès surviennent à l'hôpital, ce qui place cette région au troisième rang dans la province. Cette situation reflète l'absence de solutions de rechange communautaires tout au long du continuum de services en fin de vie offerts dans la région.

Avant 2009, il n'y avait aucun gériatre résident ni programme gériatrique spécialisé dans la région. En date de 2012, il y a deux gériatres et les services gériatriques spécialisés (SGS) du Nord-Est, membres associés des cinq programmes gériatriques régionaux de l'Ontario, sont en cours de développement. Étant donné le nombre actuel et projeté d'aînés dans le Nord-Est, le RLISS s'attache à renforcer la capacité des services gériatriques spécialisés et à établir des maillages au niveau local et régional. Ces efforts visent à faciliter et à appuyer le travail essentiel des fournisseurs de soins primaires qui prennent soin des patients âgés frêles atteints de troubles complexes.

Les transitions entre divers milieux de soins au niveau clinique exigent un partage rapide des renseignements, particulièrement au moment du congé de l'hôpital. Environ 20 des 25 hôpitaux du RLISS du Nord-Est sont en mesure de transmettre les données des dossiers patients, des examens d'imagerie diagnostique et des analyses de laboratoire électroniquement aux médecins dans le cadre du projet d'intégration des cabinets médicaux. Le RLISS travaille maintenant avec les fournisseurs de DSE pour tenir compte des exigences de compatibilité.

En 2012, des intervenants en SSC ont été mis en place dans les hôpitaux de quatre grandes régions. Leur rôle consiste à faciliter les congés du SU et des patients hospitalisés, particulièrement pour les aînés frêles nécessitant plusieurs soutiens. Les principales responsabilités du poste sont : coordination du système, appui à la prestation de services interdisciplinaires, création d'équipes soignantes compétentes et renforcement de la capacité.

Depuis 2011, le CASC du Nord-Est dirige la mise en place de coordonnateurs de soins au sein ou à proximité des cabinets de groupe. À l'heure actuelle, ces coordonnateurs travaillent à temps partiel dans les trois établissements de soins primaires de la région : le Centre de santé communautaire (Sudbury Est), l'Équipe de santé familiale Superior (Sault Ste. Marie) et l'Équipe de santé familiale Ville de lacs (Sudbury, plusieurs emplacements). Ce modèle a également été établi dans les bureaux des services gériatriques spécialisés du Nord-Est.

Outre les efforts de colocation, le CASC du Nord-Est a établi un jumelage entre les soins primaires et ses coordonnateurs de soins. Conformément aux directives du RLISS, les quelque 500 médecins de famille et infirmières praticiennes de la région auront accès à une seule personne-ressource qui facilitera la planification et le traitement de leurs patients. Ces coordonnateurs de soins sont des infirmières autorisées ou des infirmières auxiliaires autorisées expérimentées dans la planification des soins dans le milieu des soins primaires.

L'élaboration du plan de viabilité du système de soutien en cas de troubles du comportement du Nord-Est a permis au RLISS de dialoguer avec les intervenants à propos du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du

comportement, de solliciter des commentaires sur sa direction future, de cerner les lacunes éventuelles et d'informer les intervenants des progrès réalisés à ce jour. Les séances de participation concernant ce plan ont eu lieu dans trois de nos grandes régions (Sudbury, Sault Ste. Marie et Timmins) et 81 personnes de divers secteurs y ont assisté. En outre, nous avons mis en œuvre une évaluation formelle de la viabilité avec nos fournisseurs de services de soutien comportemental. L'évaluation a révélé les progrès réalisés à ce jour et souligné l'importance de faire part des réussites au personnel interne des foyers de soins de longue durée. En outre, la viabilité du programme exige une plus grande participation du personnel de première ligne. La stabilité de notre infrastructure actuelle serait également renforcée par une participation accrue des dirigeants.

Les cadres supérieurs et les chefs cliniques du Centre régional de santé de North Bay, de concert avec les fournisseurs de services de soutien comportemental, assumeront la mise en œuvre d'un plan d'action axé sur la viabilité. Le transfert des tâches d'amélioration de la qualité envisagé dans ce plan misera sur la planification et la réalisation du plan d'action sur le système de soutien en cas de troubles du comportement actuellement en cours.

La réussite de ce changement systémique repose sur un engagement continu du RLISS à appuyer et à surveiller la mise en œuvre du plan d'action, des projets d'amélioration et un financement pour le soutien comportemental.

Les éléments du plan de viabilité du soutien comportemental sont les suivants : leadership et structure, amélioration de la qualité, mesures et responsabilisation et lacunes de services.

Les hôpitaux de quatre grandes régions et le CASC du Nord-Est ont mis en œuvre le programme Chez soi avant tout. Celui-ci est appuyé par des procédures de planification intégrée des congés entre les hôpitaux et le CASC. Depuis septembre 2010, plus de 1 200 patients ont été renvoyés chez eux grâce aux services améliorés de Chez soi avant tout et 70 % d'entre eux sont restés dans la communauté pendant plus de 90 jours. Chez soi avant tout et la planification intégrée des congés restent une priorité en matière de coordination des soins et l'on anticipe une amélioration continue des procédures et un élargissement à d'autres unités pour hospitalisés s'il y a lieu.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Ces objectifs concordent avec les principales orientations de politique et les conseils stratégiques fournis au gouvernement de l'Ontario depuis un an et demi. Ce sont, notamment :

- Améliorer le continuum des soins, D^r Ross Baker, novembre 2011
- Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : La question des autres niveaux de soins, D^r David Walker, juin 2011
- Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, janvier 2012
- Vivre bien et plus longtemps, D^r Samir Sinha, mars 2013
- Maillons santé

La coordination des soins (particulièrement pour les patients ayant des troubles complexes) réduira les visites au SU et les hospitalisations menant aux attentes d'ANS, renforcera le rôle des soins primaires et assurera la prestation de soins appropriés, au bon moment et au bon endroit.

Plans d'action	2013-2014		2014-2015		2015-2016	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Objectif 1 – Améliorer l'accès et la qualité grâce à une meilleure coordination des services						
Élargir la gestion des déplacements des patients à l'hôpital et dans la communauté.	En cours	33 %	En cours	33 %	Terminé	33 %
Élaborer des stratégies pour minimiser les hospitalisations répétées évitables pour les	En cours	33 %	En cours	33 %	Terminé	33 %

patients à haut risque et les grands usagers.						
Mettre en œuvre des pratiques exemplaires sur l'évaluation des risques des patients et la planification intégrée des congés.	En cours	33 %	En cours	33 %	Terminé	33 %
Établir un point d'accès aux services de soutien communautaire dans chaque grande région.	En cours	70 %	En cours	15 %	Terminé	15 %
Objectif 2 – Améliorer les transitions des clients entre les fournisseurs de services le long du continuum de soins						
Rationaliser les évaluations des clients entre fournisseurs.	En cours	20 %	En cours	50 %	Terminé	20 %
Assurer le partage rapide de données sur les patients à risque élevé après le congé de l'hôpital.	Pas commencé	33 %	En cours	33 %	Terminé	33 %
S'associer aux fournisseurs de soins primaires pour assurer la continuité des soins après le congé de l'hôpital.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Informers les patients/clients/soignants de la disponibilité des services et des options.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Continuer à miser sur le travail d'appariement des ressources et de renvoi et utiliser les techniques LEAN pour faciliter les déplacements dans le système de santé.	En cours	25 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Mettre en œuvre d'autres initiatives à l'appui d'hôpitaux adaptés aux besoins des aînés.	En cours	25 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Objectif 3 – Renforcer la capacité des services ciblés au besoin						
Élargir les services gériatriques spécialisés (SGS) du Nord-Est et appuyer l'expertise locale en services gériatriques.	En cours	25 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Créer de nouveaux modèles de services pour mieux répondre aux besoins des aînés dans leur propre domicile.	En cours	25 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Élargir les services d'aide à la vie autonome abordables pour les aînés.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Renforcer l'ampleur et la capacité des services de soins palliatifs dans le Nord-Est.	En cours	25 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Mettre en œuvre un modèle régional de transfert non urgent entre établissements.	Pas commencé	25 %	En cours	50 %	Terminé	25 %
Poursuivre la mise en œuvre du plan d'action en matière de soutien comportemental.	En cours	80 %	En cours	10 %	Terminé	10 %
Mesures						
Objectif 1 – Améliorer l'accès et la qualité grâce à une meilleure coordination des services • Nombre accru de coordinateurs des soins du CASC reliés à des fournisseurs de soins primaires. • Nombre accru d'admissions à l'hôpital non planifiées évaluées pour déceler le risque de réadmission à l'aide d'un outil d'évaluation du risque normalisé. • Période écoulée entre l'aiguillage au CASC et le congé des soins actifs. • Diminution du taux de réadmission en soins actifs de patients grands usagers.						

Objectif 2 – Améliorer les transitions des clients entre les fournisseurs de services le long du continuum de soins

- Déploiement du dossier d'évaluation intégrée.
- Sommaires électroniques normalisés des congés des patients hospitalisés envoyés aux fournisseurs de soins primaires.
- Maillages avec les fournisseurs de soins primaires pour les patients renvoyés de l'hôpital.
- Visites en soins primaires dans un délai de sept jours pour les patients à haut risque.
- Réduction de la durée du séjour à l'hôpital.
- Rapprochements médicamenteux pour tous les patients renvoyés de l'hôpital.
- Maillages avec Accès Soins pour les patients sans médecin de famille quittant l'hôpital.
- Baisse du taux d'ANS en soins actifs.

Objectif 3 – Renforcer la capacité des services ciblés au besoin

- Réseaux gériatriques locaux établis dans les communautés de quatre grandes régions (et reliés aux SGS du Nord-Est).
- Plus de clients servis à domicile par le CASC et les services de soutien communautaire.
- Augmentation du nombre de cas en fin de vie ailleurs que dans les hôpitaux.
- Diminution du nombre de journées consacrées aux ANS par suite de retards dans les transferts de patients.

Risques/obstacles inhérents à la réussite de la mise en œuvre

- La capacité des services essentiels dans la communauté est insuffisante pour répondre aux besoins de services d'aide à la vie autonome des aînés. Selon le document Options résidentielles des aînés – évaluation de la capacité et projections, 16 mars 2009, pour que le nombre de logements suive le rythme de la croissance du nombre d'aînés, il faudrait ajouter 8 409 lits ou logements au cours des 25 prochaines années, soit en moyenne 336 par an, dans l'ensemble de la région.
- Problèmes associés au recrutement et à la rétention de personnel pour répondre aux besoins additionnels, particulièrement en ce qui concerne les préposés aux services de soutien à la personne.
- La gestion du changement et les délais associés aux projets d'amélioration des procédures sont plus importants que prévu.
- Des facteurs qui échappent au contrôle du système de santé ont un impact sur le niveau et l'intensité des services de santé requis par les aînés (c.-à-d. taux de croissance du groupe des aînés dans le Nord-Est, déterminants sociaux de la santé).
- Au niveau communautaire, de nombreuses interventions exigent des partenariats avec des fournisseurs de soins qui, majoritairement, ne relèvent pas du mandat actuel du RLISS. Comme l'a mentionné le rapport Améliorer le continuum des soins du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables, publié en novembre 2011, ces partenariats ainsi que la responsabilisation accrue des partenaires sont essentiels si l'on veut éviter les visites au SU et les hospitalisations de patients atteints de troubles complexes.

Catalyseurs clés

- Solutions de cybersanté continues à l'appui du partage de renseignements cliniques entre fournisseurs.
- Élargissement du rôle et de la responsabilité du RLISS en matière de soins primaires.

Accroître l'accessibilité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

Description de la priorité

Le rapport « Mental Health and Addictions in Ontario LHINs » de 2008 indique que près de 20 % des résidents de l'Ontario sont touchés par des problèmes de santé mentale durant leur vie, mais que moins du tiers d'entre eux cherchent à obtenir de l'aide. Le RLISS du Nord-Est finance 21 fournisseurs de services de lutte contre la toxicomanie et 31 fournisseurs de services de santé mentale qui dispensent une gamme de programmes de traitement et de prévention dans la région.

Les problèmes de toxicomanie et de santé mentale ont une incidence importante sur la prestation des soins de santé et la qualité de vie des résidents du Nord-Est de l'Ontario. En outre, les réadmissions et les visites à l'urgence fréquentes prolongent les temps d'attente et augmentent la demande de services communautaires et hospitaliers. Grâce à la mise en œuvre de projets innovateurs, de réalignements, d'intégrations et de décentralisations de certains services, et à l'utilisation plus poussée de nouvelles technologies, le RLISS espère améliorer considérablement l'accès aux services pour les usagers.

Situation actuelle

Le RLISS du Nord-Est est responsable d'un continuum complet de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en milieu communautaire et hospitalier, finançant 28 organismes de désintoxication et 37 programmes de santé mentale à l'aide d'une enveloppe de 74 714 098 \$. Pour réduire la demande et améliorer l'accès, il a mis en œuvre diverses initiatives dans la région pour détourner les aiguillages, diminuer les réadmissions et améliorer l'accès aux services communautaires et la capacité de ces derniers. Le RLISS a également collaboré avec les tables de planification régionale des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour mettre en œuvre des changements sur le terrain qui diminueront les hospitalisations.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Les priorités du RLISS sont conformes à la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances « Esprit ouvert, esprit sain » et contribueront à l'atteinte des objectifs directeurs de la province :

- améliorer la santé mentale et le bien-être de tous les Ontariens et de toutes les Ontariennes;
- bâtir des collectivités saines, résilientes et accueillantes;
- repérer très tôt les problèmes de santé mentale et les dépendances et intervenir;
- fournir des services de santé et autres services à la personne qui sont opportuns, de haute qualité, intégrés et autogérés

Plans d'action	2013-2014		2014-2015		2015-2016	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Objectif 1 : Élargir les projets de réalignement du système dans chaque grande région pour améliorer l'accès et les déplacements au sein du système pour les usagers et leurs familles.						
Utiliser les nouvelles technologies et les processus de communication améliorés.	En cours	30 %	En cours	30 %	En cours	30 %
Élargir la technologie du RTO aux services de traitement des dépendances.	En cours	90 %	En cours	10 %	En cours	
Utiliser une approche par étape pour la prestation des services plaçant les besoins de l'utilisateur au centre conformément à la stratégie décennale de la province.	Pas commencé					

Explorer et mettre en œuvre des modèles qui rationalisent les procédures d'accès aux services.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Mettre en œuvre CritiCall dans les hôpitaux.	En cours	80 %	En cours	20 %		
Organiser un forum sur la santé mentale pour discuter d'une collaboration axée sur l'atteinte de la priorité.	En cours	100 %				
Décentraliser 12 lits et programmes de soins tertiaires spécialisés en santé mentale pour enfants.	En cours	100 %				
Objectif 2 : Augmenter la capacité de traitement dans la communauté pour fournir plus d'options de soins aux usagers et à leurs familles tout en diminuant les pressions sur le secteur des soins actifs.						
Travailler avec nos partenaires en santé mentale pour élaborer des programmes qui préconisent le recours à des préposés à l'entraide, le cas échéant.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Réaligner les ressources pour accroître la capacité des services communautaires de santé mentale.	En cours	35 %	En cours	35 %	En cours	30 %
Utiliser de nouveaux indicateurs de qualité des services pour surveiller les traitements des clients/usagers.	Sous réserve de la publication d'un outil de surveillance					
Dialoguer avec les médecins de soins primaires pour trouver des moyens efficaces d'intégrer les services de santé mentale et de traitement des dépendances dans leur pratique.	En cours					
Mettre en œuvre la stratégie sur le traitement de la toxicomanie opiacée.	En cours	80 %		20 %		
Objectif 3 : Renforcer les services de soutien pour les personnes ayant des besoins complexes en travaillant étroitement avec les secteurs des soins communautaires, les ministères et les gouvernements.						
Mettre en œuvre des directives provinciales relatives aux troubles concomitants.	Sous réserve d'un examen de la mise en œuvre de directives par le MSSLD					
Dialoguer avec les partenaires, notamment le ministère de l'Éducation, le MSEJ et les services de santé mentale pour enfants pour mettre en œuvre des approches exemplaires de soutien des jeunes de 16 à 24 ans.	Pas commencé					
De concert avec les partenaires, mettre en œuvre le plan du Projet	En cours		En cours		En cours	

ontarien de soutien en cas de troubles du comportement.						
Travailler avec le comité régional de coordination des services sociaux et juridiques et mettre en œuvre des initiatives pour aider les personnes ayant des troubles mentaux et des dépendances risquant d'être en conflit avec le système de justice pénale.	En cours	30 %		35 %		35 %
Réaliser le projet d'infirmières ayant une expertise en santé mentale dans les conseils scolaires de la région.	En cours	100 %				

Comment mesurerons-nous la réussite?

Objectif 1 : Élargir les projets de réaligement du système dans chaque grande région pour améliorer l'accès et les déplacements au sein du système pour les usagers et leurs familles

- Mise en œuvre à 90 % d'un DEMI dans le secteur de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances.
- Établissement d'emplacements du RTO dans tous les programmes de gestion du sevrage et de gestion des cas de toxicomanie opiacée.
- Approche par étape mise en œuvre dans 60 % des services de toxicomanie/santé mentale nouvellement intégrés dans le RLISS (organisation mère, services de Cochrane, etc.).
- Mise en œuvre de centres d'intervention en cas de crise hors site dans les communautés hospitalières de quatre grandes régions.
- Mise en œuvre complète d'un registre de lits dans la région.
- Mise en œuvre réussie d'un forum menant à l'établissement des prochaines étapes.
- Deux lits de soins tertiaires sont en activité à Sault Ste. Marie et Timmins et quatre lits sont en activité à Sudbury et North Bay.

Objectif 2 : Augmenter la capacité de traitement dans la communauté pour fournir plus d'options de soins aux usagers et à leurs familles tout en diminuant les pressions sur le secteur des soins actifs

- Continuer de travailler avec les programmes et fournisseurs d'initiatives consommateurs-survivants pour assurer qu'au moins quatre projets dans la région utilisent des préposés à l'entraide rémunérés.
- Mise en œuvre du réaligement de l'organisation mère et des réalignements des systèmes de Cochrane, Sudbury et North Bay.
- Mise en œuvre de traitements pour les nouveaux clients de l'ACSM dans tous les organismes de santé mentale et de traitement des dépendances dans la région du RLISS.
- Mise en œuvre d'un projet pilote Store Forward à Sault Ste. Marie et rapport d'évaluation terminé.
- Six responsables de cas de toxicomanie opiacée placés dans les organismes de la région et programmes opérationnels.

Objectif 3 : Renforcer les services de soutien pour les personnes ayant des besoins complexes en travaillant étroitement avec les secteurs des soins communautaires, les ministères et les gouvernements

- Le RLISS travaillera avec les FSS pour mettre en œuvre les directives relatives aux troubles développementaux dès qu'elles seront disponibles.
- Le RLISS siègera à des comités du MSEJ/MSSC qui étudient des problèmes liés aux jeunes de 16 à 24 ans.
- Décentraliser et surveiller les 12 lits de soins tertiaires spécialisés en santé mentale pour enfants.
- Les initiatives de soutien comportemental sont en cours et actives dans la région.
- Mise en œuvre d'un tribunal de traitement de la toxicomanie dans la région du RLISS d'ici à 2015-2016.
- Dix-sept infirmières seront placées dans 17 conseils scolaires dans la région et administrées par le CASC du Nord-Est.

Risques/obstacles inhérents à la réussite de la mise en œuvre

Les risques comprennent :

- Le manque de ressources pour la mise en œuvre.
- Les exigences imposées aux fournisseurs de services de santé pourraient ralentir la mise en œuvre des procédures.
- Certains projets dépendent de l'adhésion et de la participation de plusieurs ministères ou communautés.
- La stratégie décennale du MSSLD pourrait obliger le RLISS à s'occuper de projets dans d'autres secteurs.

À la lumière de ces risques potentiels et pour assurer l'entière mise en œuvre de ces mesures, la stratégie d'atténuation du RLISS comprendra les éléments suivants : des mesures bien définies pour chaque initiative, une surveillance et une évaluation. Les ressources internes du RLISS et autres ressources du système seront mobilisées pour appuyer certains projets. Le RLISS travaillera également de près avec le MSSLD pour connaître les orientations stratégiques de ce dernier avant leur mise en œuvre.

Catalyseurs clés

Possibilités inhérentes au dossier de santé électronique :

- L'utilisation accrue des services et emplacements de télémédecine améliorera l'accès aux soins primaires, aux services de santé mentale et de traitement des dépendances et aux services spécialisés (psychiatrie) dans le Nord-Est et augmentera l'équité d'accès.
- Il y aura ainsi des séances de formation et de consultation plus fréquentes entre les professionnels de la santé mentale et du traitement des dépendances.

Réalignement et renouvellement du système :

- Le déploiement des plans de réalignement et la mise en œuvre des maillons santé permettront aux fournisseurs de services de santé mentale et de traitement des dépendances de réduire les taux de réadmission et d'utiliser une approche plus centrée sur le client.

Cibler les besoins des diverses communautés culturelles – Autochtones/Premières Nations/Métis

Description de la priorité

Le RLISS du Nord-Est continue de mettre l'accent sur l'établissement de relations valables avec les Autochtones/Premières Nations/Métis en vue d'améliorer les services et l'état de santé de ces populations. À l'appui de cette priorité du PSSI, on a organisé des séances de participation communautaire dans quatre communautés – Sudbury, Sault Ste. Marie, Timmins et North Bay. Une séance spéciale avec le D^r Samir Sinha, responsable de la Stratégie des soins aux personnes âgées de la province, a également été organisée à l'intention des dirigeants des services de santé autochtones.

À la fin de février 2013, le D^r Sinha, la directrice générale du RLISS Louise Paquette, les gériatres D^{re} Jo-Anne Clarke, D^{re} Janet McElhaney et le responsable des soins primaires du RLISS D^r Alan McLean ont effectué une visite historique et informative aux côtes de la baie James et de la baie d'Hudson. Centrées principalement sur les soins aux personnes âgées, les discussions avec les dirigeants communautaires, les membres des communautés et les visites des établissements de santé ont permis de mieux comprendre les enjeux liés à la prestation de services de santé dans les communautés de l'extrême nord de la région.

Les besoins de santé des communautés autochtones de la région demeurent importants et les besoins des diverses communautés culturelles, particulièrement des Autochtones/Premières Nations/Métis doivent rester une priorité pour le RLISS du Nord-Est.

L'objectif premier du ciblage des besoins de ces populations est d'améliorer l'état de santé et les résultats pour la santé; cependant, les dernières séances de participation ont soulevé d'autres objectifs :

- Un accès aux services de santé qui reflète et reconnaît les besoins culturels et linguistiques de ces populations.
- L'établissement d'une concordance entre les structures de planification et de prestation des programmes et services de santé régionaux, provinciaux et fédéraux pour ces populations.
- Une coordination des services et de l'accès aux soins grâce à une collaboration officielle et des partenariats sectoriels et intersectoriels.
- Un accès accru aux services de santé mentale et de traitement des dépendances.

Situation actuelle

- Les Autochtones/Premières Nations/Métis représentent dix pour cent de la population du RLISS du Nord-Est (il s'agit d'une estimation prudente).
- Les Autochtones/Premières Nations/Métis sont dispersés sur un vaste territoire et vivent dans des communautés urbaines, rurales et isolées à l'échelle du RLISS. Ils sont répartis entre 41 Premières Nations et 14 communautés autochtones urbaines et rurales parlant diverses langues autochtones, notamment les Cris, Ojibwa et Odawa.
- Les Autochtones/Premières Nations/Métis ont des taux plus élevés de maladies chroniques et de comorbidités et à un plus jeune âge que les non-autochtones.
- Les Autochtones/Premières Nations/Métis continuent d'avoir un taux d'espérance de vie inférieur, mais des taux supérieurs de mortalité infantile, de suicide et de maladies infectieuses.
- De nombreux Autochtones vieillissent plus rapidement que le reste de la population par suite des

taux élevés de maladies chroniques.

- Le RLISS du Nord-Est octroie actuellement 36 880 816 \$ à 36 fournisseurs de services de santé autochtones, 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.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Les objectifs identifiés concordent avec les principales priorités gouvernementales, y compris :

- Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, janvier 2012
- Vivre bien et plus longtemps, D^r Samir Sinha, décembre 2012

Plans d'action	2013-2014		2014-2015		2015-2016	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Objectif 1 : Améliorer l'accès à des services de santé appropriés à la langue et à la culture et jugés culturellement sécuritaires pour les Autochtones/Premières Nations/Métis.						
Déterminer l'emplacement et le nombre de fournisseurs de services de santé (FSS) qui ont participé à des séances de formation en sécurité culturelle ou sont confrontés à des barrières linguistiques et profiteraient d'une formation.	Pas commencé	75 %	Terminé	25 %	Terminé	100 %
De concert avec les partenaires, élaborer un indicateur pour les ententes de responsabilisation des FSS en 2014-2015 dans le but de mesurer la participation des FSS à des séances de formation sur les services culturellement sécuritaires et le partage de pratiques exemplaires.	Pas commencé	50 %	En cours	50 %	Terminé	100 %
Travailler avec les fournisseurs pour élaborer et mettre en œuvre des séances de formation sur la sécurité culturelle.	Pas commencé	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Inclure et surveiller l'indicateur des ententes de responsabilisation en matière de services (ERS).	Pas commencé	0 %	En cours	50 %	Terminé	50 %
Objectif 2 : Améliorer la coordination des services, les déplacements au sein du système et l'accès aux soins pour les Autochtones/Premières Nations/Métis.						
Établir des partenariats sectoriels et intersectoriels officiels entre les fournisseurs de services de santé autochtones et les fournisseurs non autochtones.	Pas commencé	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Renforcer la collaboration et la création de protocoles entre les instances provinciales et fédérales pour améliorer la coordination des services de transport.	Pas commencé	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %

Surveiller et maximiser la disponibilité et l'utilisation des emplacements et des services de télémédecine, particulièrement pour les communautés éloignées et isolées.	Pas commencé	25 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Objectif 3 : Améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les Autochtones/Premières Nations/Métis.						
Mettre en œuvre les recommandations de la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances du RLISS pour les Autochtones en mettant l'accent sur les méthodes de guérison traditionnelles et de traitement culturel.	En cours	10 %	En cours	40 %	En cours	50 %
Mettre en concordance les services de santé mentale et de traitement des dépendances pour les Autochtones / Premières Nations / Métis, comme l'énonce le cadre décisionnel de la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances du RLISS.	En cours	20 %	En cours	40 %	En cours	40 %
Mesures						
Objectif 1 : Améliorer l'accès à des services de santé appropriés à la langue et à la culture et jugés culturellement sécuritaires pour les Autochtones/Premières Nations/Métis Première année : - Dresser un inventaire des FSS qui participent à des séances de formation en sécurité culturelle et/ou sont confrontés à des barrières linguistiques. - Élaborer un indicateur qui sera inclus dans les ententes de responsabilisation en matière de services de 2014-2015. Deuxième année : - L'indicateur est inclus dans les ERS. Troisième année : - La participation des FSS à des séances de formation axées sur les services adaptés à la langue et à la culture augmente d'au moins 25 %. Objectif 2 : Améliorer la coordination des services, les déplacements au sein du système et l'accès aux soins pour les Autochtones/Premières Nations/Métis - Augmenter chaque année le nombre de partenariats formels entre les fournisseurs de services de santé autochtones et non autochtones. - Les relations établies avec le gouvernement fédéral dégagent des protocoles menant à une augmentation des services de transport. - Il y a une utilisation accrue des emplacements et des services de télémédecine, particulièrement dans les communautés éloignées et isolées. Objectif 3 : Améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les Autochtones/Premières Nations/Métis - Il y a une amélioration des temps d'attente et de l'accès dans le secteur des services de santé mentale et de traitement des dépendances.						

- Les recommandations de la stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances du RLISS sont mises en œuvre.
- Les services de santé mentale et de traitement des dépendances sont plus rationalisés et concordants.

Risques/obstacles inhérents à la réussite de la mise en œuvre

Le vaste territoire du RLISS du Nord-Est présente un enjeu pour les stratégies de planification et l'accès aux services de santé dans les 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. Les disparités en matière de santé, la pauvreté, le statut socioéconomique peu élevé et le taux de chômage élevé entravent l'amélioration de l'état de santé global des peuples autochtones.

Un autre important obstacle est le mode de financement gouvernemental multiniveau et les relations juridictionnelles et gouvernementales complexes qui régissent les politiques, la gouvernance et la prestation des services de santé dans les communautés des Premières Nations.

Catalyseurs clés

Possibilités inhérentes au dossier de santé électronique :

- Augmenter l'utilisation et la capacité des services du RTO pour les communautés rurales éloignées afin d'assurer l'accès aux soins primaires, aux services de santé mentale et de traitement des dépendances.
- Les solutions innovantes incluent l'utilisation du RTO pour assurer la prestation de services culturellement sécuritaires en ayant recours à des interprètes. Les services du RTO peuvent également être utilisés par les fournisseurs de services de santé urbains et non autochtones pour diminuer les besoins de transport.

Réalignement et renouvellement du système :

- Inclure les fournisseurs de services de santé autochtones dans la mise en œuvre des plans de réalignement et des maillons santé pour améliorer l'accès aux services de santé, combler les lacunes et éliminer les obstacles à l'obtention de services pour les Autochtones/Premières Nations/Métis.

Recrutement et rétention de ressources humaines en santé :

- Le recrutement et la rétention d'Autochtones dans tous les secteurs du système de santé et l'augmentation des partenariats en cours avec les fournisseurs de services autochtones renforceront l'accès à des soins culturellement sécuritaires pour les Autochtones/Premières Nations/Métis.
- Afin d'améliorer l'accès aux services de santé, on doit utiliser les ressources actuelles d'une manière innovatrice, notamment en partageant les ressources humaines et en augmentant les partenariats et la collaboration.

Autres commentaires

Le Comité local sur les services de santé pour les Autochtones et le RLISS travaillent en collaboration sur les questions ciblées et les activités de participation. Le Comité sert d'intermédiaire pour l'échange de connaissances entre le RLISS et les fournisseurs de services de santé autochtones et fournit au RLISS des renseignements fort utiles sur les besoins et pratiques exemplaires propres aux services de santé autochtones. Un mandat révisé et un effectif renouvelé feront en sorte que le Comité continuera de jouer un rôle important dans la réalisation de cette priorité.

Cibler les besoins des diverses communautés culturelles : Francophones

Description de la priorité

Au cours des deux dernières années, le RLISS du Nord-Est et le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO) – entité de planification des services de santé en français – ont dialogué avec des centaines de Francophones de la région, en personne ou par l'entremise d'un sondage en ligne. Les participants ont confirmé que les services de santé en français doivent rester une priorité intégrale en 2013-2016 et être pris en compte dans toutes les activités du RLISS pour répondre aux besoins des Francophones vivant dans le Nord-Est de l'Ontario.

Durant les séances de participation communautaire, les participants ont répondu à deux questions sur les besoins d'accès et les solutions relatives aux services en français. Les principaux thèmes soulevés lors des séances et reflétés dans les objectifs et les actions pour cette priorité visaient :

- la nécessité de mettre en œuvre un système de santé local approprié à la culture et à la langue
- les soins primaires
- les services de soutien communautaire
- les services de santé mentale et de traitement des dépendances, particulièrement dans les régions rurales éloignées
- les obstacles à l'obtention de services en français dans l'ensemble du continuum de soins
- l'importance d'une meilleure coordination des soins entre les fournisseurs capables d'offrir des services en français
- la pénurie de personnel médical de langue française.

Situation actuelle

- Le RLISS du Nord-Est compte actuellement dans tous les secteurs 40 FSS officiellement désignés en vertu de la *Loi sur les services en français* et 63 autres FSS qui travaillent à la planification et à la mise en œuvre de services en français.
- En 2012-2013, six FSS dans le Nord-Est (inclus dans les 40 FSS) ont été désignés par le gouvernement par le truchement d'un décret en conseil. Deux autres demandes de désignation ont été approuvées par le conseil du RLISS, y compris le plan de désignation du CASC du Nord-Est, et sont en instance d'approbation au MSSLD.
- En 2013-2014, le RLISS continuera de travailler avec d'autres FSS, notamment le Centre régional de santé de North Bay, sur d'autres demandes de désignation de FSS.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Les objectifs identifiés concordent avec les principales priorités du gouvernement énoncées dans le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, janvier 2012.

- Soixante-deux pour cent des Francophones du Nord-Est ontarien disent qu'ils ont au moins une maladie chronique (RRASFO, 2012). Un meilleur accès aux services de soins primaires en français pour cette population, notamment à des services de gestion et de prévention des maladies chroniques, permettra aux Francophones du Nord-Est de conserver leur santé.
- Un meilleur accès aux services de soins primaires en français pour les Francophones signifie également que l'on doit examiner des façons d'intégrer les services en français dans les soins de santé familiale sans qu'il y ait un temps d'attente déraisonnable pour l'obtention de ces services. Cela signifie qu'il faut augmenter le recours aux services de télémédecine pour donner accès à des fournisseurs de soins

de santé familiale francophones.

- En améliorant les déplacements au sein du système et la coordination des services dans le continuum de soins pour les Francophones, nous assurons la prestation de services centrés sur le patient appropriés à la culture et à la langue lorsque les Francophones en ont besoin, dans le milieu qui convient le mieux à leurs besoins. Par conséquent, nous améliorerons l'accès aux services de soutien communautaire et de soins de longue durée en français et assurerons une transition sans heurt à ces services pour les Francophones.

Plans d'action	2013-2014		2014-2015		2015-2016	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Objectif 1 : Améliorer l'accès à des services de santé appropriés à la langue et à la culture.						
Continuer de travailler en association avec les FSS pour améliorer l'accès aux soins primaires en français.	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Tenir compte des besoins des Francophones et des services en français lors de la planification locale des soins primaires, de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des services aux personnes atteintes de maladies chroniques.	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours
Renforcer la coordination des services parmi les fournisseurs de soins primaires.	En cours	20 %	En cours	20 %	Terminé	60 %
Objectif 2 : Améliorer les déplacements au sein du système et la coordination des services pour les Francophones dans le continuum de soins.						
Travailler avec les fournisseurs régionaux pour tenir compte des besoins des Francophones lors de la planification des soins communautaires locaux et pour assurer l'accès aux services en français.	En cours	40 %	En cours	40 %	Terminé	20 %
Renforcer l'accès aux programmes de jour pour les aînés francophones, aux programmes de relève pour leurs familles et aux programmes de transport offrant des services en français.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Réexaminer la capacité des services en français dans les foyers de soins de longue durée (SLD) et augmenter le nombre de fournisseurs de SLD désignés.	En cours	20 %	En cours	40 %	Terminé	40 %
Objectif 3 : Améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour les Francophones.						
Réexaminer la disponibilité de services en français dans le secteur de la santé mentale et de la lutte	Terminé	100 %				

contre les dépendances.						
Augmenter la coordination et l'intégration des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en français.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Continuer de travailler en association avec les FSS pour améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en français.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Mesures						
- Les FSS identifient les grands usagers francophones. - Augmentation du recours à la télémédecine pour maximiser l'accès aux services en français. - Les programmes de traitement du diabète et autres maladies chroniques offrent des services en français. - Augmentation du nombre de FSS désignés aux fins de la prestation de services en français (en vertu de la <i>Loi sur les services en français</i>) de 40 à 45. - Augmentation du nombre de FSS qui mettent en œuvre des lignes directrices sur l'offre active de services en français. - Amélioration de l'accès aux services de soutien communautaire en français tels que : programmes de jour, de relève et de transport pour les aînés. - Renforcement de la capacité des services en français dans les foyers de soins de longue durée. - Diminution des visites répétées aux SU d'hôpitaux désignés effectuées par des Francophones présentant des troubles mentaux et des toxicomanies.						
Risques/obstacles inhérents à la réussite de la mise en œuvre						
- Les FSS n'atteignent pas toujours les indicateurs cibles de leurs ERS à cause des enjeux liés au recrutement et au maintien en poste de personnel francophone. - Par suite du roulement du personnel au sein des FSS, le nouveau personnel pourrait ne pas avoir reçu la formation nécessaire concernant les exigences relatives aux services en français. - Les activités d'intégration, particulièrement entre FSS, doivent refléter les besoins des Francophones dans chaque grande région ou maillon santé.						
Catalyseurs clés						
Possibilités inhérentes au dossier de santé électronique : - L'utilisation accrue des services et emplacements de télémédecine améliorera l'accès aux soins primaires, aux services de santé mentale et de traitement des dépendances en français pour les Francophones du Nord-Est. Réalignement et renouvellement du système : - Le déploiement des plans de réalignement et la mise en œuvre des maillons santé contribueront à la consolidation des services en français pour les Francophones et à l'utilisation de pratiques exemplaires. Recrutement et rétention de ressources humaines en santé : - L'élaboration d'une stratégie régionale de recrutement et de rétention diminuera la pénurie de personnel médical francophone. Elle contribuera à identifier les travailleurs francophones actuels, y compris les vacances, et établira un mécanisme commun de recrutement et de partage des						

professionnels de la santé francophones dans tous les secteurs.

Autres commentaires

Le partenariat continu entre le RLISS du Nord-Est et le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario contribuera à identifier et à satisfaire les besoins de santé des Francophones du Nord-Est.

Possibilités inhérentes aux dossiers de santé électroniques

Description de la priorité

L'objectif des activités du RLISS en vue de la mise en œuvre du dossier de santé électronique est le suivant : un patient, un dossier. Cela signifie qu'il y a un point unique d'accès aux services, que les patients racontent leurs antécédents médicaux une seule fois et que les fournisseurs de services peuvent avoir un accès sécuritaire aux renseignements sur la santé et les partager électroniquement tout en protégeant la vie privée des patients. Les dossiers de santé électroniques et les TIC sont des catalyseurs clés qui permettront d'atteindre les objectifs du PSSI de 2013-2016. La technologie et l'information peuvent : garder les patients en santé; assurer un accès plus rapide et un rôle accru aux soins de santé familiale; et fournir de l'information pour la prestation de bons soins, au bon moment, au bon endroit.

Catalyseurs clés pour chacune de nos priorités, les TIC seront utilisés pour faciliter l'intégration des services et la prestation de soins de qualité. Comme la plupart des initiatives en matière de santé, les projets de TIC obtiennent le plus de succès lorsqu'ils :

- Améliorent les services aux patients ou l'accès aux services
- Font partie d'un plan de TIC régional stratégique plus vaste
- Utilisent une démarche multi RLISS, multiorganisme ou multipartenariat intersectoriel
- Reposent sur une analyse de cas solide
- Peuvent servir d'éléments fondamentaux pour la création d'un dossier de santé électronique.

Situation actuelle

Portée des services actuellement dispensés

- Les dossiers de santé électroniques et les TIC ont un impact sur tous les services de santé, notamment : hôpitaux, fournisseurs de soins primaires, ESF, RSF, GSF, OSF, infirmières praticiennes, services de soutien communautaire, organismes de santé indépendants (laboratoires et imagerie diagnostique), santé publique, pharmacies, centres de santé communautaire, CASC, services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et soins de longue durée.

Nombre de fournisseurs dispensant les services

- Les dossiers de santé électroniques et les TIC ont un impact sur tous les services de santé, notamment : hôpitaux, fournisseurs de soins primaires, ESF, RSF, GSF, OSF, infirmières praticiennes, pharmacies, organismes de santé indépendants, centres de santé communautaire, services de soutien communautaire, emplacements du CASC, bureaux de santé publique, soins de longue durée, services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Nombre et type de clients servis annuellement

- Les dossiers de santé électroniques et les TIC aident les fournisseurs de services de santé, les patients et les clients dans l'ensemble du continuum de soins durant le lancement, la mise en œuvre et l'adoption des DSE.

Réussites de la dernière année

- Le RLISS a élargi la portée du projet d'intégration des cabinets médicaux. L'organisme cyberSanté Ontario a financé une proposition visant à permettre au West Parry Sound Health Centre (emplacement non inscrit à Meditech) à se joindre au projet, ce qui porte le nombre d'hôpitaux à 24. Le financement permet également au RLISS d'élargir le projet aux infirmières praticiennes et aux centres de santé communautaire. Le projet permet aux hôpitaux de verser les sommaires de

congés, les rapports de laboratoire et d'imagerie diagnostique directement au DSE du fournisseur de soins primaires.

- Plus de 200 coordonnateurs de la télémédecine ont assisté à une conférence éducative du Réseau Télémédecine Ontario animée par les RLISS du Nord-Est et du Nord-Ouest et le RTO.
- Le RLISS a établi le conseil de l'intégration et de l'alignement (CIA) des TI/de la cybersanté qui regroupe les directeurs généraux et les chefs de l'information des 25 hôpitaux. Le conseil présente des suggestions et recommande des solutions et des stratégies de mise en œuvre pour la région, favorisant ainsi l'efficacité, la normalisation, l'achat et l'approvisionnement partagés et l'interopérabilité des systèmes.
- Le RLISS a participé au projet d'appariement des ressources et de renvoi dans le secteur des ANS en tant que participant de la 3^e grappe avec les RLISS du Nord-Ouest, du Sud-Est et de Champlain. En tant que groupement, nous avons accepté l'état futur des systèmes de gestion des patients en soins actifs aux soins continus complexes, à la réadaptation, aux soins de longue durée et aux soins à domicile. Notre RLISS a également participé à une normalisation provinciale et a obtenu une normalisation des ensembles minimaux de données pour les formulaires d'acheminement. Il a aussi compilé des cartes de l'état futur pour les congés vers les services de soutien communautaire et les services de santé mentale et de traitement des dépendances.
- 49 069 patients ont été servis dans 273 emplacements de télémédecine dans le RLISS, une hausse de 42 % par rapport à 2011-2012. Le RLISS reste le plus grand utilisateur de la télémédecine des 14 RLISS de l'Ontario.
- Le RLISS participe au programme de télésoins à domicile. L'objectif est d'offrir des soins/un accès à distance aux patients atteints d'insuffisance cardiaque et de bronchopneumopathie chronique obstructive. Le CASC du Nord-Est fournit le soutien à la gestion de projet pour cette initiative. Le RLISS du Nord-Est est un de trois RLISS visés par ce déploiement initial.
- Le RLISS appuie le déploiement du Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) dans le secteur hospitalier.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Ce catalyseur concorde avec :

- Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé
- Plan directeur 2015 de cyberSanté Ontario

Plans d'action	2013-2014		2014-2015		2015-2016	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Objectif 1 : Déployer des systèmes d'évaluation commune et de services administratifs et un dossier d'évaluation intégré dans le secteur communautaire.	En cours	100 %				
Objectif 2 : Élargir le projet d'intégration des cabinets médicaux qui permet le partage des profils clients entre les secteurs communautaire et hospitalier.	En cours	100 %				
Objectif 3 : Appuyer la mise en œuvre du projet de remaniement administratif pour les autres niveaux de soins	En cours	30 %	En cours	30 %	En cours	40 %

et le jumelage clients-ressources et acheminement dans le groupe de RLISS du Nord-Est, du Nord-Ouest et de Champlain.						
Objectif 4 : Augmenter l'utilisation de la télémédecine dans le RLISS.	En cours	30 %	En cours	30 %	En cours	40 %
Objectif 5 : Élargir le programme de télésoins à domicile pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive et d'insuffisance cardiaque globale.	En cours	80 %	En cours	20 %		
Mesures						
• Nombre de visites de télémédecine • Nombre de patients atteints de BPCO et d'insuffisance cardiaque globale inscrits • Pourcentage de médecins de soins primaires recevant des rapports électroniques (p. ex., sommaires de congés) et nombre de rapports d'hôpitaux • Pourcentage de FSS ayant mis en œuvre des outils d'évaluation commune						
Risques/obstacles inhérents à la réussite de la mise en œuvre						
• Financement provincial accordé en 2013-2014. • Financement et produits octroyés par cyberSanté Ontario aux RLISS et/ou aux organismes de paiement de transfert.						
Catalyseurs clés						
• Réception du financement en temps voulu pour entamer/terminer les éléments livrables des projets. • Gouvernance des TIC convenue avec les RLISS et entre les projets de groupe. • Reconnaissance des problèmes géographiques des régions du nord et des coûts additionnels de l'exploitation des projets de cybersanté compte tenu de ces facteurs.						

Réalignement et renouvellement du système

Description de la priorité

Le RLISS du Nord-Est continue de travailler avec ses partenaires du système de santé pour orienter les services et l'investissement vers les domaines où les besoins sont les plus grands – réaligner les ressources pour créer un système de santé vraiment intégré. Chaque année, il dialogue avec les gens du Nord pour s'assurer d'identifier, de financer et de promouvoir les initiatives locales qui améliorent les services de santé. En général, les gens du Nord ont convenu que le statu quo n'est pas une option pour le système de santé local et qu'un changement centré sur des services de santé axés sur le patient et réalignés s'impose.

Situation actuelle

En 2013-2014, le RLISS continuera de travailler en association avec les fournisseurs de services de santé pour mener à bien les projets de renouvellement et de réalignement suivants dans le Nord-Est :

Collaboration et intégration entre trois hôpitaux et les fournisseurs de services de santé du district de Timiskaming. Le conseil du RLISS a approuvé un plan de réalignement de Temiskaming en 2012-2013 dans le but d'établir un système local axé sur le patient, de diminuer les pressions sur les fournisseurs du système et d'améliorer l'accès et les services dans le district. Les projets comprennent (mais non de façon limitative) :

- Intégration de trois hôpitaux : Englehart, Kirkland et Temiskaming.
- Intégration de fournisseurs de services de santé mentale et de traitement des dépendances.
- Adoption des maillons santé pour coordonner les soins en milieu rural.

Collaboration et intégration entre les hôpitaux ruraux et les fournisseurs de services de santé du district de Cochrane. Le conseil du RLISS a approuvé un plan de réalignement de Cochrane en 2012-2013 dans le but d'établir un système local axé sur le patient, de diminuer les pressions sur les fournisseurs du système et d'améliorer l'accès et les services dans le district. Les projets comprennent (mais non de façon limitative) :

- Intégration de la grappe de la santé mentale de Timmins.
- Intégration des organismes de lutte contre les dépendances de Hearst, Kapuskasing et Smooth Rock Falls.
- Intégration des hôpitaux : Hôpital Notre-Dame, Hôpital Sensenbrenner et Hôpital de Smooth Rock Falls.
- Entretiens sur l'intégration avec la Société Alzheimer de Timmins.
- Adoption du modèle de maillons santé pour coordonner les services en milieu rural.

Collaboration et intégration entre les hôpitaux ruraux et les fournisseurs de services de santé du district d'Algoma. Les projets comprennent (mais non de façon limitative) :

- Intégration des hôpitaux de Sault-Sainte-Marie – Matthew's Memorial et Thessalon au Pavillon santé du district de Blind River.
- Soutien continu à l'organisation mère d'Algoma au sein de laquelle 13 fournisseurs de services intègrent leurs services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.
- Intégration de trois hôpitaux : Hornepayne, Chapleau et Centre de santé Lady Dunn.
- Entretiens sur l'intégration concernant la Société Alzheimer de Sault Ste. Marie.
- Adoption du modèle de maillons santé pour coordonner les services en milieu rural.

Collaboration et intégration des services hospitaliers et des fournisseurs de services de santé dans le district de Sudbury et Parry Sound / Nipissing. Les projets comprennent (mais non de façon limitative) :

- Intégration des services gériatriques spécialisés du Nord-Est de la ville de Sudbury au Centre régional de santé de North Bay.

- Intégration des organismes de lutte contre les dépendances de Sudbury.
- Intégration entre Warmhearts et Maison Vale Hospice.
- Intégration des sociétés Alzheimer de Sudbury et de North Bay.
- Adoption du modèle de maillons santé pour coordonner les services.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Ce catalyseur concorde avec :

- La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* – qui démontre que l'intégration est un catalyseur clé du renouvellement et du réalignement de la région du Nord-Est, pour les fournisseurs de services de santé et le MSSLD.
- Le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé (2012).

Plans d'action	2013-2014		2014-2015		2015-2016	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Objectif 1 : Promouvoir les possibilités de collaboration interdisciplinaire.	En cours	35 %	En cours	35 %	En cours	30 %
Objectif 2 : Faciliter les maillages entre les soins primaires et les services communautaires.	En cours	25 %	En cours	25 %	En cours	50 %
Objectif 3 : Explorer l'élaboration de maillons santé additionnels comme modèles de soins, particulièrement pour les grands utilisateurs du système de santé.	En cours	35 %	En cours	35 %	En cours	30 %
Objectif 4 : Établir un point d'accès unique pour les services de soutien communautaire pour chaque grande région.	En cours	25 %	En cours	50 %	En cours	25 %
Objectif 5 : Poursuivre la mise en œuvre d'initiatives à l'appui d'hôpitaux adaptés aux besoins des aînés.	En cours	50 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Objectif 6 : Élargir les services gériatriques spécialisés du Nord-Est et appuyer l'expertise locale en services gériatriques.	En cours	50 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Objectif 7 : Examiner et mettre en œuvre des modèles qui rationalisent les processus d'accès aux services.	En cours	35 %	En cours	35 %	En cours	30 %
Objectif 8 : Réaménager les ressources pour renforcer la capacité des services communautaires de santé mentale.	En cours	35 %	En cours	35 %	En cours	30 %

Mesures

- Augmentation du nombre de liens et de consultations entre les milieux de soins primaires et le Réseau Télémédecine Ontario (RTO) dans le Nord-Est.
- Réduction des taux de réadmission en soins actifs pour les grands utilisateurs.
- Représentation des maillons santé dans chaque grande région.
- Mise en œuvre d'indicateurs d'hôpital adapté aux besoins des aînés pour le délire et le déclin fonctionnel.
- Taux de dépistage de référence du délire /du taux de délire nosocomial.
- Taux d'évaluation de la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne au moment de l'admission et du congé / taux d'absence de déclin de la fonction AVQ.
- Établissement de réseaux gériatriques locaux dans les communautés des quatre grandes régions ayant

des liens avec SGS du Nord-Est.

- Réduction des visites répétées à l'urgence pour des troubles mentaux et des dépendances.
- Augmentation des ressources en santé mentale et en traitement des dépendances réaffectées aux programmes de traitement communautaires.

Risques/obstacles inhérents à la réussite de la mise en œuvre

- Ressources disponibles pour mettre en œuvre les projets d'intégration cernés.
- Résistance des intervenants qui hésitent à abandonner le statu quo pour créer un système de santé renouvelé plus intégré.
- Crainte de perdre des services.
- Manque de savoir en gestion de projet parmi les hôpitaux et les fournisseurs de services de santé.

Catalyseurs clés

- Intégrer une formation en gestion du changement dans les projets de réalignement pour venir en aide aux fournisseurs de services de santé.
- Utiliser l'expertise interne du RLISS pour aider les organismes à gérer le processus de changement.
- Continuer à documenter les résultats des séances de participation communautaire pour faire valoir l'importance d'un changement et d'un réalignement transformationnel dans la région du Nord-Est.
- Des communications régulières entre le RLISS et les fournisseurs de services de santé assureront une parfaite connaissance des attentes en matière de réalignement et des échéanciers.
- Continuer de promouvoir les intégrations en vertu de l'article 27 dans la région du Nord-Est.

Autres commentaires

Les fournisseurs de services de santé doivent comprendre que l'article 24 de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* oblige chaque organisme de santé à poursuivre activement les possibilités d'intégration et à se conformer aux modèles de réalignement et de renouvellement cernés lors des séances de participation communautaire exhaustives du RLISS.

Recrutement et rétention des ressources humaines en santé

Description de la priorité

Les fournisseurs sont essentiels au renouvellement de notre système de santé, qu'il s'agisse d'aider les gens à conserver leur santé, de détecter les maladies chroniques ou de gérer leur traitement lorsqu'ils sont malades. De nombreuses communautés du Nord-Est ontarien ont des pénuries constantes de travailleurs médicaux, y compris de fournisseurs de soins primaires.

L'accès aux professionnels de la santé contribue à promouvoir un mode de vie sain, favorise une meilleure gestion des maladies chroniques et encourage les gens à prendre en main leur propre bien-être en tirant parti des programmes de dépistage et de vaccination.

Situation actuelle

Les participants aux séances de participation du RLISS mentionnent souvent qu'il est difficile d'avoir le nombre et l'ensemble appropriés de professionnels de la santé, où et quand ils sont requis. Plus de 20 000 personnes travaillent dans le secteur de la santé dans le Nord-Est ontarien, y compris les fournisseurs contractuels du CASC.

Par suite du vieillissement des travailleurs de la santé et de la population, de l'augmentation du nombre de grands utilisateurs du système et du nombre décroissant de professionnels de la santé il est difficile d'avoir l'ensemble approprié de ressources humaines en santé.

De nombreuses communautés du Nord-Est souffrent de pénuries constantes de travailleurs médicaux. La transition des soins institutionnels aux soins communautaires affecte les ressources en santé et les travailleurs des SSC qui offrent la plupart des soins à domicile aux clients. Les SSC requièrent des travailleurs bien formés pour prendre soin efficacement des patients dans la communauté.

Le RLISS continuera de travailler avec le milieu de l'enseignement, notamment l'École de médecine du Nord de l'Ontario et les établissements postsecondaires, pour régler les pénuries chroniques de professionnels de la santé. Les approches innovantes en matière de recrutement et de rétention sont un pilier d'un système de santé solide.

Conformité aux priorités gouvernementales :

Ce catalyseur concorde avec :

- Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé (2012)
- Améliorer le continuum des soins (2011)
- Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : La question des autres niveaux de soins (2011)
- Vivre bien et plus longtemps, décembre 2012

Le Plan d'action du ministère et la Stratégie des soins aux personnes âgées de la province avalisent une plus grande utilisation des services de soutien à la personne pour assurer le passage aux soins à domicile et dans la communauté.

Plans d'action	2013-2014		2014-2015		2015-2016	
	Statut	%	Statut	%	Statut	%
Objectif 1 : Travailler avec les	En cours	35	En cours	35	En cours	30 %

partenaires pour élaborer une stratégie régionale de recrutement et de rétention.		%		%		
Objectif 2 : Appliquer des stratégies de ressources humaines en santé pour renforcer la capacité des soins en milieu communautaire.	En cours	35 %	En cours	35 %	En cours	30 %
Mesures						
• Diminution du nombre de vacances. • Diminution des frais de recrutement. • Activités de recrutement plus coordonnées. • Diminution du recours à la suppléance. • Augmentation du nombre de fournisseurs de soins de première ligne au sein du secteur des services de soutien communautaire pour répondre à la demande croissante de soins en milieu communautaire.						
Risques/obstacles inhérents à la réussite de la mise en œuvre						
• Disponibilité de ressources spécialisées, notamment de membres bénévoles pour le comité directeur des professionnels de la santé du conseil du RLIS. • Obtention de l'adhésion des divers intervenants (à l'échelle locale et provinciale).						
Catalyseurs clés						
• Outil d'inventaire et de prévision des RHS du RLIS. • Apport au recrutement et à la rétention de préposés aux services de soutien à la personne sous forme de soutien additionnel au CASC pour offrir une formation aux préposés et assumer leurs déplacements. • Promotion d'une collaboration entre les fournisseurs contractuels des SSC du CASC et autres intervenants pour appliquer les stratégies du plan d'action sur les occupations liées au soutien à la personne du Nord-Est. • Collaboration constante avec ProfessionsSantéOntario et les partenaires d'enseignement. • Élaboration d'un babillard électronique d'affichage d'emplois pour le RLIS adéquatement ressource, crédible et communiqué à grande échelle pour mettre les employeurs en rapport avec les travailleurs médicaux.						

Modèle B : Plan de dépenses pour les opérations du RLISS

Sous-catégorie des opérations du RLISS (\$)	Nombre réel pour 2011-2012	Budget pour 2012-2013	Prévisions pour 2012-2013	Dépenses prévues pour 2013-2014	Dépenses prévues pour 2014-2015	Dépenses prévues pour 2015-2016
Salaires et traitements	3,147,545	3,071,097	2,997,634	2,998,459	2,998,459	2,998,459
Avantages sociaux des employés						
Régime de rentes des hôpitaux de l'Ontario	277,710	299,438	280,940	299,846	299,846	299,846
Autres	324,458	329,382	316,553	329,831	329,831	329,831
Montant total des avantages sociaux des employés	602,168	628,820	597,493	629,677	629,677	629,677
Transport et communications						
Déplacements du personnel	178,767	140,000	133,817	175,000	175,000	175,000
Déplacements des dirigeants	18,524	30,000	9,214	15,000	15,000	15,000
Communications	66,264	50,000	86,888	84,000	84,000	84,000
Autres	11,938	8,000	17,560	10,000	10,000	10,000
Montant total des frais de transport et de communications	275,493	228,000	247,479	284,000	284,000	284,000
Services						
Hébergement	195,058	190,000	207,443	177,960	177,960	177,960
Publicité	46,969	15,000	24,979	10,000	10,000	10,000
Services bancaires	-	-	-	-	-	-
Frais de consultation	50,659	20,000	58,907	35,000	35,000	35,000
Location de matériel	18,997	20,000	18,695	20,000	20,000	20,000
Indemnité journalière du président du conseil	21,375	-	-	20,000	20,000	20,000
Indemnité journalière des dirigeants	17,510	-	4,100	10,000	10,000	10,000
Assurance	16,337	5,800	5,977	7,500	7,500	7,500
Coûts du Bureau des services communs des RLISS	382,525	341,520	341,520	341,520	341,520	341,520
Partenariat des RLISS	26,971	47,500	47,500	47,500	47,500	47,500
Autres dépenses liées aux réunions	44,154	50,000	47,908	50,000	50,000	50,000
Autres frais de gouvernance	36,440	24,000	8,185	10,000	10,000	10,000
Impression et traduction	55,895	60,000	70,799	60,000	60,000	60,000
Perfectionnement du personnel	18,896	20,000	22,695	20,000	20,000	20,000
Montant total des services	931,786	793,820	858,708	809,480	809,480	809,480
fournitures et matériel						
Matériel de TI	20,895	13,000	14,794	15,000	15,000	15,000
Fournitures de bureau et matériel acheté	24,995	18,045	30,182	16,166	16,166	16,166
Montant total des frais de fournitures et de matériel	45,890	31,045	44,976	31,166	31,166	31,166
Dépenses en immobilisations	-	-	6,492	-	-	-
Opérations du RLISS : dépenses totales	5,002,882	4,752,782	4,752,782	4,752,782	4,752,782	4,752,782
CRC du diabète : dépenses en immobilisations			148,854	-	-	-
CRC du diabète : dépenses totales			185,156	1,087,560	1,087,560	1,087,560
Cible de financement annuel			5,294,982	5,840,342	5,840,342	5,840,342
Variance excédent/(déficit)			208,190	-	-	-

Modèle C : Plan de dotation du RLSS (équivalents temps plein)

Titre du poste	Nombre réel d'ETP pour 2012-2013 au 31 mars	Nombre d'ETP prévu pour 2013-2014	Nombre d'ETP prévu pour 2014-2015	Nombre d'ETP prévu pour 2015-2016
Directeur général	1	1	1	1
Directeur principal	3	3	3	3
Coordonnateur de projets	4	4	4	4
Agent	10	10	10	10
Agent, Rendement et aide à la décision (analyste de données)	3	3	3	3
Adjoint administratif et liaison avec le conseil	1	1	1	1
Contrôleur/directeur des services administratifs	1	1	1	1
Analyste financier	2	2	2	2
Préposé aux finances	1	1	1	1
Directeur, Communications et participation communautaire	1	1	1	1
Agent des communications	2	2	2	2
Coordonnateur, Communications et participation communautaire	1	1	1	1
Agent, multimédia/Web	1	1	1	1
Préposé aux communications	1	1	1	1
Chef de l'information	1	1	1	1
Chef principal de projet	1	1	1	1
Chef de projet	2	1	1	1
Diabète – agent de liaison	4	5	5	5
Agent, Gestion des maladies chroniques/du diabète	1	1	1	1
Diabète – analyste de données	1	1	1	1
Conseiller, Services en français	1	1	1	1
Agent, Autochtones/Premières Nations/Métis	1	1	1	1
Nombre total d'ETP	44	44	44	44

Modèle D : Stratégie de communication intégrée

Objectives

Objectifs

Objectifs opérationnels :

Lors de la mise en œuvre du Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLISS du Nord-Est et des initiatives énoncées dans ce Plan d'activités annuel, le RLISS et son conseil devront adopter une approche très stratégique à l'égard des communications et de la participation. Une stratégie et un plan de communication solides sont essentiels à l'exécution du programme de renouvellement « Des soins de qualité lorsque les gens du Nord en ont besoin ». La stratégie et le plan de communication appuieront les efforts suivants :

- Renforcer la coordination des soins primaires.
- Renforcer la coordination des soins et les transitions entre milieux de soins pour améliorer l'expérience du patient.
- Rendre les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances plus accessibles.
- Cibler les besoins des diverses communautés culturelles – Autochtones/Premières Nations/Métis.
- Expliquer les catalyseurs des priorités : possibilités inhérentes aux dossiers électroniques, réalignement et renouvellement du système et recrutement et rétention des ressources humaines en santé.
- Faire comprendre l'importance d'un renouvellement interne et externe du système de santé.
- Obtenir un appui pour le modèle de système de santé en focalisant les avantages du renouvellement du système aboutissant à un système de santé viable qui améliore la santé, dispense de meilleurs soins et optimise l'argent des contribuables.
- Mettre les fournisseurs de services de santé en conformité avec la vision, la mission et les valeurs communes ainsi qu'avec l'orientation commune « Des soins de santé de qualité lorsque les gens du Nord en ont besoin » qui sous-tend l'aide apportée aux résidents du RLISS.
- Démontrer comment les organismes et les particuliers peuvent prendre part à la réussite du renouvellement du système de santé.
- Atténuer les risques de publicité négative en planifiant proactivement la réduction des risques.
- Fournir des renseignements sur le rendement et les progrès – documenter les réussites et les partager.

Objectifs de communication :

- Sensibiliser le public au rôle du RLISS en ce qui a trait aux priorités suivantes et à leurs catalyseurs : améliorer la coordination des soins primaires, renforcer la coordination des soins et les transitions entre les divers milieux de soins pour améliorer l'expérience du patient, accroître l'accessibilité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et cibler les besoins des diverses communautés culturelles – Autochtones/Premières Nations/Métis.
- Renforcer la compréhension et le soutien à l'égard du bien-fondé et de l'importance du renouvellement du système de soins de santé entrepris par l'Ontario.
- Guider les communications et les activités de participation du RLISS du Nord-Est (conseil et personnel) et des fournisseurs de services de santé concernés par les initiatives énoncées dans le Plan d'activités annuel de 2013-2014.
- Assurer que les intervenants comprennent le rôle de leurs organismes respectifs dans le repérage d'occasions d'intégrer les services du système de santé local pour dispenser des services appropriés, coordonnés, efficaces et efficients dans les limites du financement disponible et dans l'exercice d'un suivi du rendement par rapport aux ententes de responsabilisation.
- Fournir des renseignements exacts et opportuns à tous les auditoires.

- Faire preuve de transparence et être redevables à nos auditoires communs à propos des échéanciers, résultats et possibilités de participation/rétroaction.

Context

- Le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé annoncé par la ministre en janvier 2012 qui est conforme aux principes de la Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous place les RLISS au centre du renouvellement du système de santé.
- Les RLISS ont donc un rôle essentiel à jouer dans les principales initiatives provinciales telles que la Réforme du financement du système de santé, les maillons santé, la Stratégie des soins aux personnes âgées et l'élargissement des plans d'amélioration de la qualité aux secteurs des soins primaires et communautaires.
- Le PSSI 2013 2016 du RLISS, « Des soins de qualité lorsque les gens du Nord en ont besoin », et les initiatives énoncées dans le Plan d'activités annuel concordent stratégiquement avec les orientations et priorités du gouvernement et reconnaissent que le ministère et les RLISS sont tenus conjointement de servir l'intérêt public et de surveiller efficacement l'utilisation des fonds publics.
- Le système de santé a évolué au point où les RLISS sont reconnus comme étant les gestionnaires du système de santé local qui assument la direction du renouvellement du système de santé.

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 :

Externe

- Public (contribuables, patients/clients et parents)
- Fournisseurs de services de santé
- Fournisseurs de services de santé financés par le RLISS : hôpitaux; 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; Université de Nipissing; 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/Premières Nations/Métis
- Médias

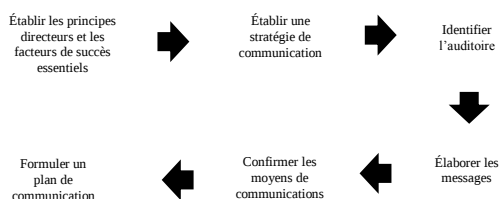
Interne au RLISS du Nord-Est

- Conseil d'administration; équipe de direction; responsables des services de santé; groupes consultatifs et comités; personnel

Approche stratégique

- Les activités de communication appuieront les priorités du Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé et le Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLIS.
- Nous utiliserons une combinaison de stratégies de communication de grande ampleur et à faible déploiement pour documenter et partager les réussites du renouvellement du système, en mettant l'accent sur les avantages pour les patients.
- Des communications ciblées, propres à la prestation des services et/ou aux régions géographiques, démontreront comment les organismes et les particuliers peuvent contribuer à la réussite du renouvellement du système de santé.
- Les initiatives majeures auront leur propre plan de communication et de participation communautaire documentant le contexte, les échéanciers, les auditoires, les outils/tactiques, les messages clés et un tableau de suivi des éléments livrables. Dans de nombreux cas, ce document sera rédigé et publié en association avec les partenaires appropriés du système de santé.
- Le RLIS utilisera la stratégie de communication suivante pour chaque orientation stratégique.

Le RLIS utilisera la stratégie de communication suivante pour chaque orientation stratégique.



Messages clés

- Les RLIS sont des partenaires clés du renouvellement du système de santé visant à dispenser des soins de qualité qui répondent aux besoins de la population ontarienne aujourd'hui et à l'avenir.
- Nous abandonnons un vieux système conçu pour traiter les gens lorsqu'ils sont malades pour un modèle plus coordonné, axé sur l'excellence qui met en valeur le bien être.
- La population du Nord Est vieillit et les taux de maladies chroniques augmentent. Nous travaillons avec nos partenaires du milieu de la santé pour confronter ces réalités et renforcer la coordination des soins et les transitions entre divers milieux de soins pour améliorer l'expérience de l'utilisateur du système de santé.
- L'amélioration des soins aux patients éperonne le travail du RLIS à un moment où ce dernier doit tenir compte de la conjoncture budgétaire et démographique.
- Les RLIS ont déjà apporté des changements importants et positifs au mode de prestation des services de santé et nous devons poursuivre ce travail. En fait, nous devons miser fortement sur ce travail, car le statu quo est ni acceptable ni viable.
- Le renouvellement exige un appel collectif à l'action.
- Le leadership est essentiel au changement – agir pour bâtir un système de soins axé sur le patient qui garantit moins de lacunes dans les services et une meilleure coordination.
- Tout le monde a un rôle important à jouer dans la réalisation de changements sains, y compris les fournisseurs de services de santé, les dirigeants communautaires et le public.

Tactiques

Chaque plan y fera référence, mais les tactiques comprendront :

- Communiqués de presse/messages par courriel/ bulletins

- Affichages sur le site Web/alertes/médias sociaux
- Séances pour les intervenants
- Interventions auprès des intervenants des instances locales
- Dialogues avec des intervenants particuliers comme les associations provinciales, les groupes communautaires, etc.
- Organisation de séances de partage de renseignements et participation à ces séances
- Réunions du conseil

Évaluation

L'identification et le suivi des facteurs essentiels à la réussite des communications permettront au RLISS de repérer plus facilement les activités de communication qui ont du succès. Les facteurs de succès essentiels peuvent comprendre les suivants :

- Un suivi mensuel exhaustif des médias pour mesurer le succès au moyen des sorties (efforts déployés), de l'incidence (résultats de ces efforts) et de l'impact (y compris la capacité du RLISS à influencer le renouvellement, l'avancement du Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé et la Stratégie des soins aux personnes âgées du D^r Sinha).
- La capacité du RLISS à apporter des modifications rapides en fonction des bouleversements et des leçons apprises durant l'accomplissement des activités, y compris la réponse des médias sociaux et traditionnels.
- L'engagement et le soutien visibles de la haute direction à l'égard des initiatives du PAA et des communications connexes.
- La haute direction et les comités à l'échelle du RLISS appuient visiblement et activement les communications et le changement avec leurs équipes.
- Les intervenants clés ont une vision claire du programme de renouvellement « Des soins de qualité lorsque les gens du Nord en ont besoin » et de la façon dont ils seront affectés par la mise en œuvre d'initiatives connexes.
- Les fournisseurs de services de santé du Nord-Est sont engagés tôt et fréquemment et peuvent constater comment leur participation affecte la mise en œuvre/le renouvellement.
- Les gens de la région du RLISS sont engagés par le RLISS et avec le RLISS par le truchement de diverses tactiques, notamment médias traditionnels, médias électroniques/sociaux (p. ex., sites Web, Twitter) et les outils de communication du RLISS (messages par courriel, bulletins).

Modèle E : Participation communautaire

Participation communautaire

Guidé par la vision de l'organisme « Des soins de qualité lorsque les gens du Nord en ont besoin » et déterminé à réaliser les priorités identifiées en 2013 2014, le RLISS du Nord Est remplira son engagement à l'égard de la participation communautaire à l'aide des moyens suivants :

Stratégies de participation et meilleures pratiques

Informer et éduquer : Fournir à la communauté des renseignements exacts, opportuns, pertinents et faciles à comprendre. Ce niveau de participation sert à donner des renseignements à propos du RLISS et offre aux membres de la communauté l'occasion de comprendre les problèmes, options et/ou solutions. Il n'y a aucune possibilité d'influencer le résultat final, car c'est une communication unidirectionnelle.

Recueillir des commentaires : Obtenir des commentaires sur l'analyse et les changements proposés. Ce niveau de participation donne à la communauté l'occasion d'exprimer son opinion, ses préoccupations et de proposer des modifications. Il peut y avoir une possibilité d'influencer le résultat final.

Consulter : Solliciter et obtenir l'opinion des intervenants communautaires concernant les politiques, programmes ou services qui les affectent directement ou auxquels ils pourraient porter intérêt. Ce niveau offre des possibilités de dialogue entre la communauté et le RLISS. La consultation peut mener à des changements au résultat final.

Mobiliser : Travailler directement avec les intervenants pour s'assurer que leurs questions et préoccupations sont continuellement comprises et envisagées et pour permettre aux résidents et aux communautés de soulever leurs propres enjeux. À ce niveau, les intervenants communautaires peuvent présenter des conseils, car c'est un processus de communication bilatérale. Ce niveau influence le résultat final et encourage les participants à assumer la responsabilité des solutions.

Collaborer : Travailler avec les intervenants et leur permettre d'analyser des options/solutions pour trouver un terrain d'entente.

Habiliter : Processus décisionnel confié à des subordonnés selon lequel le pouvoir décisionnel final menant à une action est affecté à un comité (spécial, permanent) ou à un autre corps constitué (groupe de travail ou activité thématique).

Garder les intervenants publics engagés et informés

Selon un processus d'amélioration continue, le RLISS travaillera toute l'année pour s'assurer que ses messages sont reçus et compris et qu'en tant qu'organisme il est prêt à ajuster ses efforts au besoin pour répondre aux intérêts du public. Pour tenir les communautés informées, le RLISS continuera d'utiliser entre autres les moyens de communication suivants :

- Dialogue par le biais de bulletins, communiqués, communiqués de presse, présentations dans la communauté et liaison proactive avec les médias
- Séances éducatives RLISS 101, présentations et tables rondes avec des groupes communautaires
- Affichage sur le Web de rapports de reddition de comptes publics
- Réunions publiques du conseil d'administration à divers endroits dans le Nord-Est
- Utilisation de la technologie : pauses café virtuelles (audioconférences), assemblées publiques locales, blogues et médias sociaux interactifs y compris Twitter, Facebook, You Tube.

Séances de participation du RLISS du Nord Est

Pendant l'année, le RLISS organisera des séances de participation avec les gens du Nord et les fournisseurs de services de santé, y compris, mais non de façon limitative :

- Réunions publiques du conseil d'administration
- Réunions du comité consultatif des professionnels de la santé, dont les membres représentent un vaste éventail de professionnels du secteur de la santé dans le Nord-Est ontarien.
- Réunions du Comité local sur les services de santé pour les Autochtones du RLISS du Nord-Est pour partager des renseignements et obtenir des conseils et des recommandations visant à améliorer l'accès aux soins.
- Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario à l'appui des séances de participation pour les Francophones.
- Groupe des grandes régions – directeurs généraux et présidents du conseil d'administration de quatre grands hôpitaux et du CASC du Nord-Est.
- Réunions bimensuelles avec 21 petits hôpitaux ruraux.
- Séances de participation bimensuelles avec les 42 foyers de soins de longue durée de la région.
- Rencontres régulières avec six centres de santé communautaire.
- Rencontres régulières avec le conseil consultatif de la cybersanté du RLISS.
- Communications régulières avec les députés provinciaux et rencontres individuelles au besoin (le RLISS du Nord-Est compte neuf députés).
- Rencontres régulières avec les fournisseurs de services de santé pour discuter de possibilités de collaboration et d'intégration.
- Rencontres régulières avec le réseau régional des soins au terme de la vie.
- Réunions du groupe de travail sur les systèmes de soutien en cas de troubles du comportement du Nord-Est.
- Réunions régulières du Comité consultatif régional sur les toxicomanies et la santé mentale.
- Réunions trimestrielles du réseau des services des urgences du Nord-Est et de ses sous-groupes de petits hôpitaux et de participants au Programme de financement axé sur les résultats.
- Réunions du comité directeur régional du Nord Est sur les SU/ANS.
- Réunions des équipes de santé familiale.

Évaluation

Les participants aux séances de participation communautaires sont invités à remplir une évaluation et à présenter des suggestions pour améliorer l'approche du RLISS à l'égard de la participation communautaire. En général, le RLISS procède à des enquêtes pour recueillir des informations essentielles. La rétroaction, les commentaires et les suggestions reçus au sujet des séances de participation communautaires ou des consultations sont documentés, suivis et considérés par le RLISS.

Les consultations de notre site Web sont mesurées à l'aide d'outils analytiques de pointe qui nous fournissent des renseignements très utiles sur les intérêts en matière de soins de santé des personnes qui se rendent à www.nelhin.on.ca. Tout comme nous tenons notre système de santé local responsable, nous sommes redevables. Nous y arrivons en partie en donnant suite aux commentaires que nous recevons.

Nous continuerons d'écouter activement les gens que nous servons dans le Nord-Est ontarien pour faire en sorte que notre vision « Des soins de qualité lorsque les gens du Nord en ont besoin » devienne une réalité.