

Central **LHIN**

Plan d'activités annuel

2009-2010

Table des matières

SOMMAIRE.....	4
STRUCTURE :.....	4
POINTS SAILLANTS :	4
INTRODUCTION.....	7
ÉNONCÉ D’INTENTION	7
OBJECTIFS LÉGISLATIFS ET RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTS	8
NOTRE MANDAT	9
NOTRE VISION, NOTRE MISSION ET NOS VALEURS ESSENTIELLES.....	9
<u>ANALYSE DU CONTEXTE DES OPPORTUNITÉS ET DES MENACES INHÉRENTES AU SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL</u>	<u>10</u>
RISQUES ET OPPORTUNITÉS.....	10
1. <u>DENSITÉ DE LA POPULATION</u>	10
2. <u>EFFECTIF ET TAUX DE CROISSANCE DE LA POPULATION</u>	12
3. <u>PYRAMIDE DES ÂGES DU RLISS DU CENTRE, 2004 ET 2016.....</u>	12
4. <u>DIVERSITÉ</u>	13
5. <u>SOUTIEN À LA GESTION DE L’INFORMATION/TECHNOLOGIE DE L’INFORMATION.....</u>	15
SOUS-RÉGIONS DE PLANIFICATION DU RLISS.....	16
SERVICES EN FRANÇAIS.....	16
SERVICES DE SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES.....	17
<u>PLANS DÉTAILLÉS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ LOCAL.....</u>	<u>18</u>
SERVICES AUX AÎNÉS ET SERVICES GÉRIATRIQUES SPÉCIALISÉS.....	18
SANTÉ MENTALE ET LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE	27
SOINS PALLIATIFS.....	34
PRÉVENTION ET GESTION DES MALADIES CHRONIQUES.....	40
SERVICES DES URGENCES.....	46
CANCER.....	51
TEMPS D’ATTENTE.....	57
<u>SOMMAIRE FINANCIER</u>	<u>62</u>
<u>PLANIFICATION DES OPÉRATIONS DU RLISS.....</u>	<u>62</u>
OPÉRATIONS DU RLISS	62
DEMANDES SPÉCIALES DE FINANCEMENT.....	62
PLANIFICATION DES OPÉRATIONS DU RLISS	64

PLAN DE COMMUNICATIONS	65
COMMUNICATIONS STRATÉGIQUES	65
ÉLABORATION D'UN CADRE DE COMMUNICATIONS.....	65
BUTS	66
OBJECTIFS.....	66
INTERVENANTS/AUDITOIRES CLÉS	66
MESSAGES CLÉS.....	66
 CONCLUSION	 67

Sommaire

Le 1^{er} avril 2007, le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre a commencé à administrer le système de soins de santé dans les régions de Toronto Nord, York et Simcoe Sud. La création de 14 RLISS dans la province a changé à jamais le mode de gestion de notre système de santé.

Le Plan de services annuel (PSA) a pour but de présenter l'orientation et le centre d'intérêt du RLISS et du système de santé local.

Structure :

Le PSA inclut une analyse du contexte qui cerne les principaux inducteurs du système, notamment la croissance et le vieillissement de la population, le nombre élevé de nouveaux arrivants d'ethnies et de cultures diverses et un type de peuplement urbain, suburbain et rural évolutif.

Le plan décrit également les projets et les plans plus précis pour 2009-2010 selon les directives fournies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Cette section du Plan de services annuel, appelée Plan d'activités annuel, traite essentiellement de deux grands domaines : les opérations organisationnelles du RLISS du Centre et le système de santé du RLISS du Centre.

Dans le cadre de l'élaboration du PSA, des analyses de cas cernant des priorités de financement ont été élaborées et soumises au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Points saillants :

Pour guider ses travaux, le RLISS du Centre a formulé un Plan de services de santé intégrés (PSSI) énonçant sept priorités axées sur l'atteinte de quatre objectifs systémiques : accès, coordination, qualité et efficacité.

Dans son PAA de 2008-2009, le RLISS du Centre a identifié les services neurologiques comme étant une priorité du PSSI. Depuis lors, notre réseau consultatif des services neurologiques a réalisé plusieurs projets et plans, dont l'élaboration d'un questionnaire pour les fournisseurs de services de santé qui enrichit une base de données existante.

Entre-temps, les soins palliatifs et les autres niveaux de soins sont devenus de nouvelles priorités pour le RLISS. Ces priorités sont, en grande partie, éperonnées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, mais elles découlent des priorités axées sur les aînés et les services des urgences et sont intégrées dans ce plan. On met l'accent, notamment, sur l'augmentation de la capacité des autres niveaux de soins dans des régions ciblées, l'amélioration des déplacements des patients et la surveillance continue du rendement.

Tous les projets décrits dans le PSA concordent avec les objectifs du ministère, notre vision, notre mission, nos valeurs et notre PSSI. Chaque projet incorpore des mesures dont nous faisons régulièrement rapport par le truchement de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS et qui visent à améliorer l'intégration du système de santé. Les plans détaillés portant sur nos priorités et stratégies locales sont décrits dans le présent PAA et incluent :

1. Aînés et services gériatriques spécialisés

En août 2007, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la stratégie Vieillir chez soi, dont le but est de rationaliser, d'intégrer et d'élargir les services et soins communautaires pour les aînés. Les services aux aînés concordent avec la stratégie provinciale axée sur un engagement à l'égard de la réduction des temps d'attente à l'urgence et des journées consacrées aux autres niveaux de soins. On tire parti des ressources du secteur communautaire pour fournir une solution de rechange aux services hospitaliers coûteux.

2. Santé mentale et lutte contre la toxicomanie

Les lacunes des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie perdurent dans le RLISS. Ce dernier travaille activement avec l'Hôpital central de York pour moderniser les services de santé mentale, mais le modèle d'accès centralisé pour les services de gestion de cas et la mise en place d'équipes de santé familiale pour servir les personnes atteintes de troubles de mentaux et de problèmes de toxicomanie seront entièrement mis en œuvre seulement en 2009-2010.

3. Soins palliatifs

Le RLISS a cerné des moyens d'améliorer ce secteur et s'est engagé à traiter, notamment, les services aux patients et aux familles, l'éducation, les communications, l'intervention, l'intégration, l'évaluation et la recherche.

4. Gestion et prévention des maladies chroniques

L'évaluation des besoins et l'analyse des lacunes des services de santé (EBALSS) du RLISS a révélé que les maladies chroniques sont moins prévalentes dans le RLISS du Centre que dans la province. Cependant, on prédit que ces chiffres changeront à mesure que la population du RLISS vieillira. La principale stratégie visant à réduire les maladies chroniques consiste à prévenir la maladie ou à retarder les complications. Le RLISS envisage différents moyens d'améliorer les résultats pour la santé et élaborera un plan global fondé sur son PSSI que les fournisseurs de services de santé pourront mettre en œuvre dans les limites des services actuels.

5. Services des urgences

Au cours de la prochaine décennie, la hausse des visites à l'urgence sera attribuable en grande partie aux personnes âgées de 65 ans et plus. Une stratégie visant à régler ce problème est la mise en place d'équipes itinérantes dirigées par des infirmières chargées de dispenser des soins aux pensionnaires des maisons de soins de longue durée qui se rendraient autrement à l'urgence. Pour améliorer le rendement, le RLISS du Centre appuie l'élaboration d'un système de rapports sur les services des urgences qui permettra aux RLISS de surveiller le rendement des hôpitaux.

6. Cancer

Un diagnostic et un traitement rapides pour toutes les personnes atteintes d'un cancer sont d'importantes priorités, mais ils continuent de poser un enjeu en Ontario. Pour diminuer les déplacements vers Toronto, les patients du RLISS recevront des radiothérapies, des consultations et un soutien à un centre de cancérologie intérimaire situé au Centre régional de santé Southlake. Une navette gratuite les emmènera à leurs rendez-vous à l'Hôpital Princess Margaret.

7. Temps d'attente

Comme le révèle notre Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS, notre RLISS dépasse les cibles provinciales pour les chirurgies du cancer, les pontages coronariens, les examens par tomodensitométrie et les chirurgies de la cataracte. Toutefois, à cause du vieillissement rapide de la population et de l'évolution des tendances d'utilisation, les arthroplasties et les temps d'attente pour les examens par IRM continuent de poser des enjeux.

Notre PAA, en ce qui a trait aux opérations du RLISS, démontre que le niveau de dotation actuel ne permet pas de répondre aux attentes en matière de rendement définies dans l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS, d'élaborer un cadre de responsabilisation solide de concert avec les fournisseurs de services de santé, de tirer parti des affectations de base actuellement fournies aux fournisseurs et d'assurer l'avancement des activités d'intégration.

Le PSA continuera d'évoluer en réponse aux changements en cours dans le système de santé et dans notre RLISS. Nous travaillerons étroitement avec nos collectivités pour modifier et mettre en œuvre notre plan et le mettrons à jour annuellement.

Le RLISS du Centre est d'avis que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les collectivités, les fournisseurs de services et autres intervenants partagent son engagement à l'égard de solutions équitables et pratiques pour les enjeux complexes du système de santé. Ce PAA vise à fournir un cadre de discussion et d'action à ces partenaires essentiels. L'atteinte des buts communs est tributaire de ce genre de partenariat.

Introduction

Énoncé d'intention

Le Plan de services annuel (PSA) est un document pluriannuel qui oriente et focalise les efforts déployés par le RLISS pour mettre en œuvre les priorités stratégiques énoncées dans le Plan de services de santé intégrés (PSSI).

Le PSA du RLISS du Centre correspond aux priorités et stratégies provinciales et à une analyse du contexte externe. Il est le fruit de l'engagement continu des intervenants, des résidents et des fournisseurs de services du RLISS, lequel prend différentes formes : tables rondes et réunions, débats du conseil d'administration du RLISS, groupes de planification du RLISS, évaluation des besoins et conception future.

Il pose les fondements du renouvellement du système de santé local et aide les intervenants (y compris le public) à comprendre comment le RLISS répondra aux besoins de sa collectivité. Il se fonde sur les quatre objectifs du système de santé :

1. *Accès*
2. *Coordination*
3. *Qualité*
4. *Efficacité*

Le PSA est essentiellement centré sur le problème de l'insuffisance des services. Le règlement de ce problème exige une transformation de fond qui mènera aux changements requis pour desservir les collectivités du RLISS. Ces changements correspondent entièrement à l'orientation stratégique du MSSLD qui fait de l'accessibilité et de la prestation des services à proximité du domicile des résidents des priorités clés.

L'élaboration de mesures du rendement efficaces est un volet important du processus de planification stratégique. Comme le ministère l'a ordonné, les mesures énoncées dans nos plans pour le système de santé local incluent les indicateurs de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS ainsi que les priorités ministérielles provisoires.

Le Plan de services annuel est également un engagement à l'égard de la réalisation d'objectifs, de priorités et de catalyseurs clairement définis pour assurer la viabilité du système de santé dans le RLISS. Les priorités de changement cernées dans le Plan de services de santé intégrés et décrites dans le PSA visent à améliorer les ressources en santé dans la collectivité. Cette stratégie a pour but d'assurer la stabilité financière en favorisant l'utilisation des milieux de soins appropriés et l'efficacité de la prestation des services qui répondent aux besoins de santé locaux.

Les priorités du RLISS du Centre reflètent les commentaires, la participation et l'apport exhaustifs de nos intervenants, notamment des nombreux organismes et fournisseurs de services de santé de notre région, des groupes d'intérêt et des associations du secteur de la santé et, évidemment, de notre public – usagers, patients et clients ainsi que leurs familles et réseaux de soutien.

Les priorités et stratégies traitées dans le plan sont les suivantes :

1. *Aînés et services gériatriques spécialisés*
2. *Santé mentale et lutte contre la toxicomanie*
3. *Soins palliatifs*
4. *Gestion et prévention des maladies chroniques*
5. *Services des urgences*
6. *Cancer*
7. *Temps d'attente*

Ces priorités reflètent notre compréhension de la situation actuelle au sein du système de santé et des besoins de nos collectivités. Notre plan continuera d'évoluer en réponse aux changements qui surviendront dans le système de santé et dans nos collectivités. Nous continuerons de travailler étroitement avec celles-ci pour modifier et mettre en œuvre notre plan et nous actualiserons celui-ci chaque année.

Objectifs législatifs et responsabilités des intervenants

Chaque RLISS est tenu d'élaborer un Plan de services annuel conformément à la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, au protocole d'entente entre le ministère et les RLISS, à l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS et la Directive sur l'établissement et l'obligation de rendre compte des organismes. Le Plan de services annuel est un plan public produit pour la collectivité, les fournisseurs de services de santé et les intervenants gouvernementaux qui sera annexé à l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS en juin 2009.

Notre mandat

Les services de santé en Ontario sont souvent dispensés en silo. Les gens doivent se déplacer au sein d'un système complexe, souvent sans soutien ni indications. En dépit de la croissance des dépenses de santé, notre système de santé est poussé à la limite. Dans l'accomplissement de leur mandat, à savoir planifier, coordonner, intégrer et financer les services de santé locaux, les RLISS s'attaqueront à ces enjeux et apporteront les changements qui amélioreront vraiment le système dans nos collectivités.

Notre vision, notre mission et nos valeurs essentielles

La vision, la mission et les valeurs essentielles du RLISS ont été formulées avec l'aide des fournisseurs de services de santé et des intervenants communautaires de notre région, de notre conseil d'administration et de notre personnel. Elles orienteront nos démarches en vue d'établir un système de santé qui reflète et satisfait les besoins de nos résidents.

Le Plan de services de santé intégrés et le Plan de services annuel sont éperonnés par la vision et la mission adoptées par le RLISS.

Notre vision :

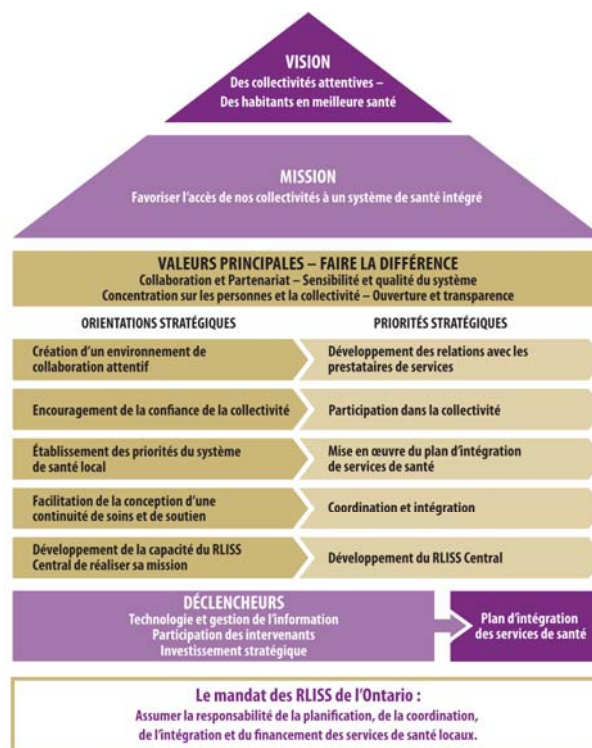
Des collectivités compassionnelles pour une population en meilleure santé

Notre mission :

Faciliter l'accès à un système de santé intégré pour nos collectivités

Nos valeurs :

Réactivité et qualité du système
Accent sur les gens et la collectivité
Ouverture et transparence



Le Plan stratégique du RLISS du Centre orientera les activités de ce dernier pour 2007 à 2010 et au-delà, conformément au Plan de services de santé intégrés. Depuis que le plan a été élaboré, notre conseil d'administration a cerné deux autres priorités stratégiques :
gérance de Vieillir chez soi et qualité.

Analyse du contexte des opportunités et des menaces inhérentes au système de santé local

L'analyse du contexte et le processus de participation communautaire ont soulevé un commun dénominateur, à savoir les lacunes inhérentes à la prestation de services aux collectivités du RLISS. Une analyse initiale a été effectuée pour déterminer l'origine historique de cette incapacité, les secteurs de lacunes et la façon de traiter le problème de l'insuffisance des services d'une manière responsable sur le plan financier.

À cet égard, le RLISS du Centre accueille favorablement l'appui à la planification des services hospitaliers à Vaughan annoncé par le gouvernement de l'Ontario. Les services hospitaliers seront l'une des solutions au problème de l'insuffisance des services. Mais, bien que ce soit une bonne nouvelle pour le RLISS et ses collectivités, rappelons-nous que cinq ans s'écouleront avant que ce projet contribue à alléger les lacunes des services et qu'il se limitera en grande partie aux services du secteur institutionnel. Or, il reste une lacune immédiate, notamment dans le secteur des services communautaires, à l'échelle du RLISS.

Cette analyse du contexte a d'abord porté sur les enjeux liés à la population et leurs risques et opportunités. Le risque s'entend de la probabilité qu'un événement susceptible d'avoir une incidence sur l'atteinte des objectifs survienne. Il importe de noter qu'il peut représenter une opportunité non réalisée ou une menace à l'atteinte des objectifs. L'analyse du contexte présente ensuite les risques et opportunités liés aux priorités identifiées dans le PSSI du RLISS et aux nouvelles priorités. Elle résume ensuite les constatations tirées de ces éléments et cerne par la suite plusieurs autres questions qui sont prises en compte dans ce PSA.

Risques et opportunités

1. Densité de la population

La figure suivante présente la densité de population dans le RLISS du Centre. La majorité de la population est concentrée dans la partie Centre-Sud du RLISS (Toronto Nord et partie sud de York), bien qu'il y ait un corridor de densité modérée vers le nord et le sud ancré sur la rue Yonge et les principales routes de dégagement nord-sud adjacentes.

Cette densité de population présente un risque :

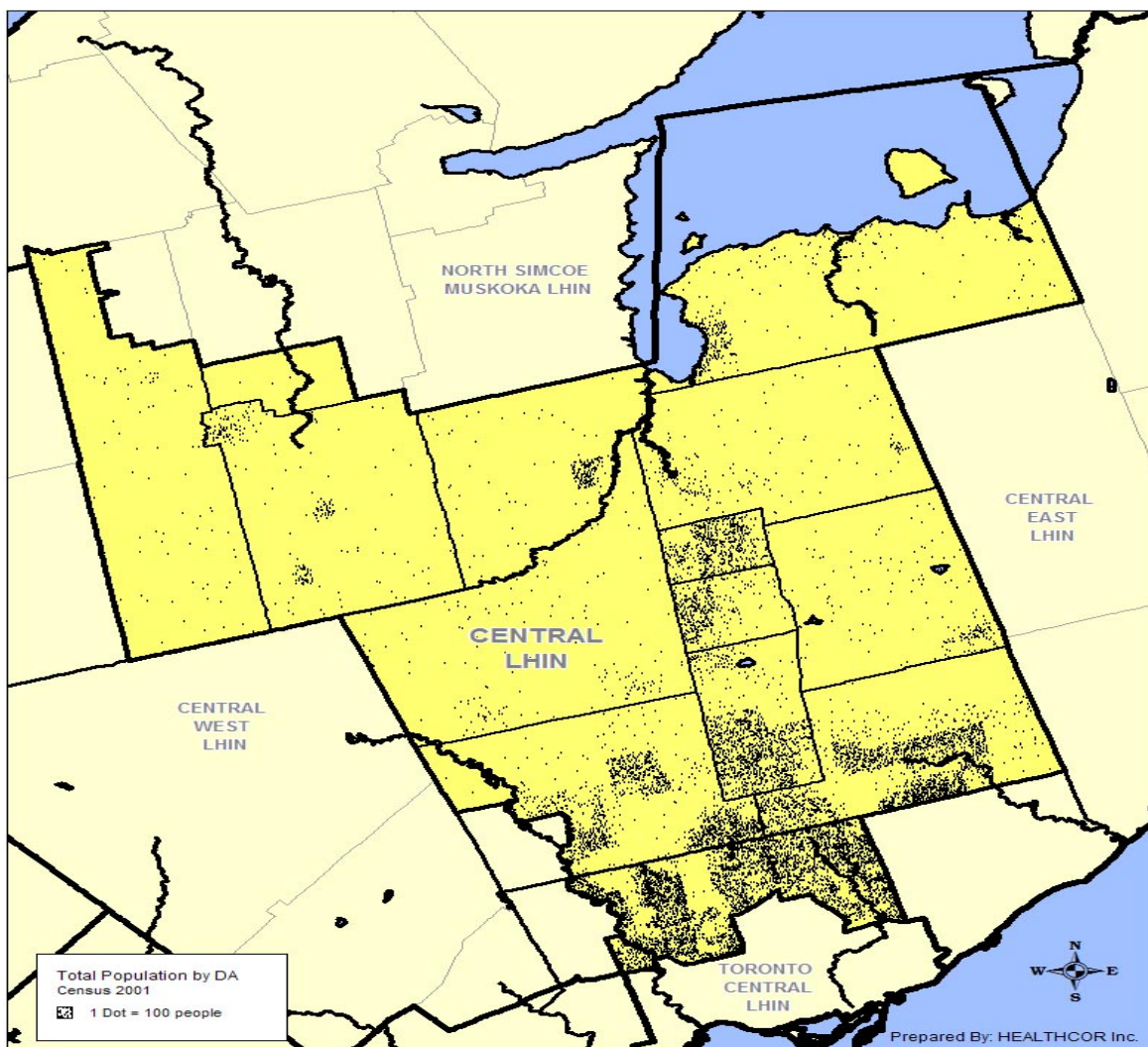
- Les besoins de la vaste et densément peuplée partie Centre-Sud du RLISS peuvent éclipser ceux des résidents des régions rurales et semi-rurales situées plus au nord – besoins rendus encore plus complexes par les problèmes de transport dus aux grandes distances à parcourir pour obtenir des services dans les régions densément peuplées.

Analyse du contexte

Cette densité de population présente une opportunité :

- La concentration de la population dans la partie Centre-Sud du RLISS favorise les économies d'échelle. Les emplacements où sont offerts les services et programmes peuvent être plus grands dans une région où la population est importante et concentrée.
- Il est parfois plus facile de coordonner les services lorsque ceux-ci sont regroupés dans une région où la population est agglomérée.

Densité de population dans le RLISS du Centre



Population du RLISS du Centre selon les aires de dissémination (AD). Recensement de 2001 (1 point = 100 personnes).

Analyse du contexte

2. Effectif et taux de croissance de la population

Le RLISS du Centre est le plus densément peuplé des RLISS et il abrite 1,66 million de personnes, soit environ 12,9 % de la population de l'Ontario. Sa région est une des plus dynamiques de la province. Elle a affiché un taux de croissance annuel de 3,3 % au cours de la dernière décennie. On prévoit que la population continuera d'augmenter au cours des dix prochaines années.

Une population importante et qui croît rapidement présente un risque :

- La croissance de la population peut dépasser la croissance des services.
- À moins d'être compréhensive et prévoyante, la planification des services peut être inadéquate et ne pas rester à la hauteur de la taille et de la composition de la population. Dans le RLISS du Centre, la planification doit tenir compte du grand nombre de personnes qui ne vivent pas dans la région du RLISS, mais viendront y vivre à court et à moyen terme.

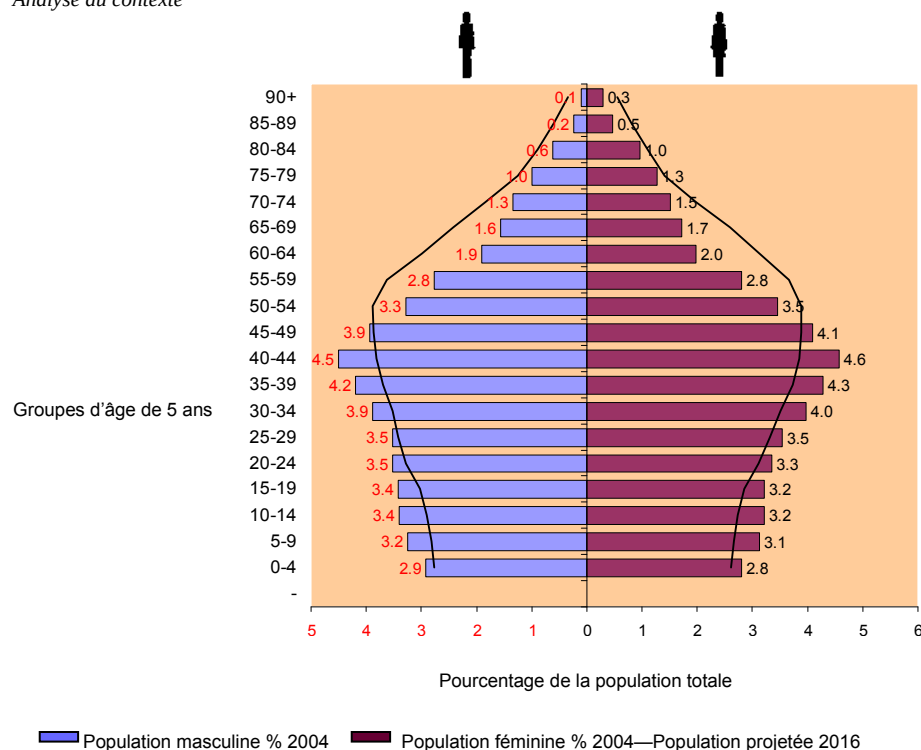
Cependant, une population importante et qui croît rapidement présente une opportunité :

- Une population importante peut fournir la masse critique nécessaire à la localisation d'une gamme de services spécialisés dans le RLISS (ce qui accroît l'accès aux services) sans risque appréciable d'une diminution de la population qui mènerait à des services surdimensionnés dans la collectivité.

Par ailleurs, la population du RLISS du Centre vieillira, comme le démontre la figure suivante.

3. Pyramide des âges du RLISS du Centre, 2004 et 2016

Analyse du contexte



La population du RLISS du Centre se déplacera vers le haut au cours des 12 prochaines années. Ce déplacement vers le haut signifie qu'il y aura un gonflement de la proportion d'ânés et une diminution de la proportion d'enfants et de jeunes. Or, la proportion d'ânés est un important indicateur des éventuels besoins de santé d'une population. À l'heure actuelle, le RLISS du Centre se classe troisième parmi les RLISS de la province en ce qui a trait au nombre d'ânés. D'ici à 2017, on prévoit qu'il sera le RLISS qui comptera le plus grand nombre d'ânés de 65 ans et plus.

Ce déplacement vers le haut pose un risque :

- La planification et la prestation de services pour une population plus âgée peuvent tirer de l'arrière par rapport à la croissance de la population d'ânés.

Il présente également une opportunité :

- Une population d'ânés plus importante peut fournir la masse critique nécessaire à la mise en œuvre de certains services spécialisés qui ne peuvent pas être offerts à l'échelle locale lorsque la population de base est plus petite.

4. Diversité

Les résidents du RLISS du Centre proviennent de groupes ethniques plus diversifiés comparativement aux autres RLISS de la province. Il affiche la proportion la plus élevée d'immigrants de la province. Ces nouveaux arrivants sont concentrés dans plusieurs municipalités, particulièrement Toronto, Richmond Hill, Markham et Vaughan. Trente-six pour cent de nos résidents mentionnent qu'ils font partie d'une minorité visible. La partie nord de Toronto, Markham et Vaughan, sont les régions les plus aptes à avoir de la difficulté à offrir des services appropriés à la culture et à la langue aux différentes communautés.

Le RLISS du Centre a affiché un taux d'immigration élevé au cours des dernières décennies. La figure suivante illustre la composition de la population immigrante pour 2007. On constate que le nombre de minorités visibles et de nouveaux immigrants est presque le double de la moyenne provinciale.

Le RLISS du Centre compte une proportion relativement faible d'Autochtones, de Premières nations et de Francophones, mais sa planification tient compte de la nécessité d'offrir des services appropriés à la culture et à la langue de ces populations.

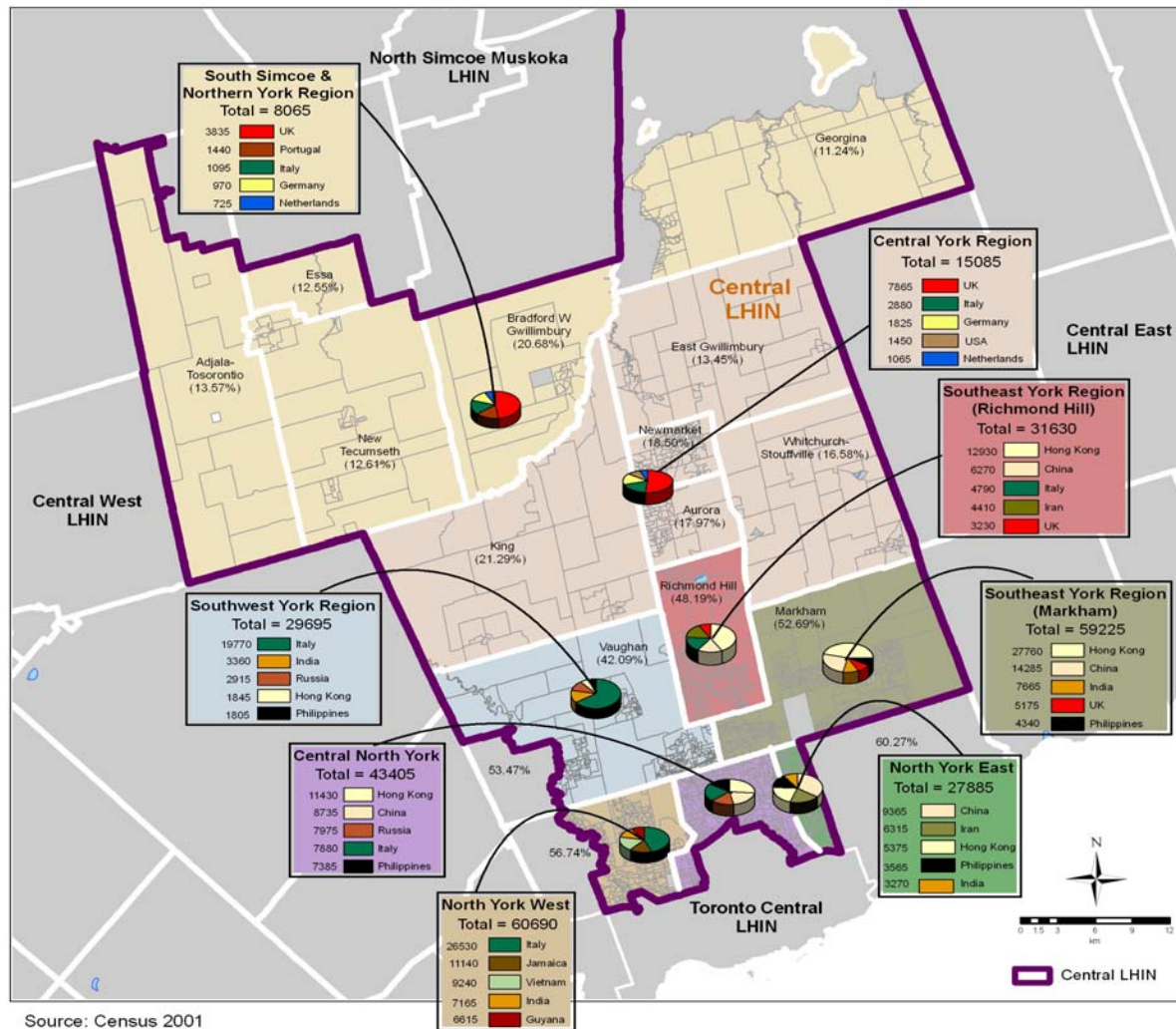
Une population importante, diversifiée et croissante composée de groupes ethnoculturels pose un risque :

- Les fournisseurs de services de santé et de services sociaux du RLISS sont confrontés à des enjeux touchant la prestation de services appropriés à la langue et à la culture et l'acquisition de compétences culturelles devient un impératif.

Elle présente également une opportunité :

- On peut renforcer l'équité d'accès en rendant les organismes plus capables d'aborder les obstacles à l'accès pour divers groupes lors de la planification et de l'évaluation des services. Le RLISS continuera de travailler avec les hôpitaux et les fournisseurs de services communautaires à l'élaboration de plans annuels d'équité en santé conformément à l'annexe B de l'Entente sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers. Un cadre d'équité en santé et des directives de planification ont été élaborés à l'intention des hôpitaux et seront adaptés pour les fournisseurs de services communautaires.

Nombre d'immigrants provenant des cinq principaux pays d'origine par région de planification du RLIS du Centre, 2007



Source : Recensement de 2001

5. Soutien à la gestion de l'information/technologie de l'information

La capacité de répondre aux besoins des résidents de la région du RLISS du Centre continuera d'être sensiblement affectée par certains facteurs qui affectent les ressources humaines en santé, notamment leur nombre et le soutien à la gestion de l'information et à la technologie de l'information.

Les maladies chroniques continueront de poser un défi au RLISS, car elles sont associées à une population vieillissante, une incidence élevée d'asthme, de diabète et d'obésité, des taux inférieurs de dépistage du cancer du sein et des taux de mortalité et d'hospitalisation élevés.

La récession récente et continue affectera sûrement la prospérité et le niveau de vie à l'échelle locale. Ces pressions économiques affecteront le traitement et la portée du financement des services de santé.

Ces tendances soulignent la nécessité d'assurer la disponibilité de types appropriés de services et de programmes, d'un ensemble adéquat de ressources humaines en santé pour les offrir et d'un soutien à la gestion de l'information et à la technologie de l'information pour permettre aux fournisseurs de dispenser les services d'une manière efficace, sûre et uniforme. La santé électronique (ou cybersanté) s'entend d'une technologie de l'information qui assure la transmission électronique coordonnée des renseignements médicaux aux patients et aux fournisseurs, dans le continuum de soins, tout en protégeant la vie privée des patients.

Par le passé, la mise en œuvre de projets de cybersanté en Ontario ou dans le RLISS du Centre n'a pas été suffisamment intégrée pour permettre de tirer pleinement parti du potentiel de la cybersanté. En effet, de nombreux organismes utilisent d'anciens systèmes qui ne communiquent pas. Conformément aux directives de la province, le RLISS reconnaît les avantages potentiels de la cybersanté et entend surmonter les anciens obstacles pour offrir le soutien technologique nécessaire au système de santé. Plus précisément, le RLISS entend :

- Améliorer le processus de traitement grâce à des projets comme le projet d'appariement des ressources et de renvoi.
- Améliorer le partage de renseignements au sein du système de santé à l'aide d'initiatives telles que Connecting GTA.
- Appuyer la participation du patient/client à ses propres soins de santé en utilisant la technologie, notamment le portail des patients.
- Appuyer les projets de cybersanté provinciaux tels que le Registre des cas de diabète et le Système d'information sur les temps d'attente.

Les priorités constituent le fondement de la Stratégie de cybersanté du RLISS du Centre mise en œuvre de concert avec le RLISS du Centre-Toronto. La collaboration avec ce dernier favorise la création inter-RLISS de soutiens centrés sur les clients/patients que nous servons.

En plus de participer à des projets de cybersanté inter-RLISS comme Connecting GTA et à des programmes provinciaux tels que le système de notification des SU et du CASC et le Registre des cas de diabète, le RLISS du Centre entend, durant l'exercice 2009-2010, jeter les bases de la mise en œuvre de l'appariement des ressources et du renvoi. Cette activité exigera le soutien et la participation directe des

fournisseurs de services de santé du RLISS et portera essentiellement sur la refonte des procédures administratives plutôt que sur la technologie elle-même. L'accent sur l'appariement des ressources et le renvoi en 2009-2010 concorde avec les directives provinciales concernant les problèmes associés aux services des urgences (SU) et aux autres niveaux de soins (ANS). En fait, la mise en œuvre de l'appariement des ressources et du renvoi est une des six recommandations présentées dans la Stratégie de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences et la Stratégie d'accès aux différents niveaux de soins de la province.

Le RLISS continuera de travailler avec le ministère, Cybersanté Ontario et ses partenaires géographiques, notamment le RLISS du Centre-Toronto, afin de cerner et d'exploiter des solutions communes pour l'utilisation de la technologie à l'appui de la prestation des soins.

Sous-régions de planification du RLISS

Lorsque les données sur la population du RLISS du Centre (plus de 1,66 million de résidents) sont présentées uniquement à l'échelle du RLISS, les variations de l'état de santé et de l'accès aux services de santé sont masquées. Pour tenir compte de ces variations géographiques des tendances d'utilisation des services de santé et des caractéristiques démographiques, socio-économiques et de l'état de santé, le RLISS a cerné sept sous-régions de planification. Les données sur chacune de ces régions facilitent la planification des services de santé, car elles permettent au RLISS de mieux comprendre les caractéristiques démographiques, les enjeux locaux sur le plan de la santé, les besoins précis des collectivités et les différences sur le plan de la santé à l'échelle du RLISS.

Le RLISS a cerné ces sous-régions de planification à l'aide d'une démarche fondée sur l'évaluation de la taille et de la répartition de la population, les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques et les tendances d'utilisation des services aux malades hospitalisés. Il se peut que le RLISS modifie les sous-régions lorsque de nouvelles données seront disponibles et que ses connaissances seront plus poussées.

Services en français

Les Francophones représentent environ 1,3 % de la population du RLISS du Centre. Ils sont au nombre de 17 620. Environ 40 % des Francophones vivent dans les trois zones de planification de North York (NY) qui est une région désignée aux fins de la prestation de services en français et 50,6 % d'entre eux vivent dans les régions de York Centre, York Sud-Ouest et York Sud-Est. Les autres vivent dans Simcoe Sud et York Nord.

Trois hôpitaux offrent des programmes en français dans le RLISS. Les hôpitaux et les programmes désignés en vue de la prestation de services en français sont les suivants :

- Hôpital général de North York : santé mentale, chirurgie, génétique, urgence, services à la mère et à l'enfant
- Centre régional de santé Southlake : oncologie et soins cardiaques
- Hôpital de réadaptation St. John

D'après le sondage sur la planification de la main-d'œuvre du RLISS, 17 fournisseurs de services de santé ont identifié les services en français comme étant un besoin actuel et nouveau pour leur organisme. Un sondage sur l'accès aux services en français et la disponibilité de ces services a été élaboré. Il sera distribué durant l'exercice.

Services de santé pour les Autochtones

Le RLISS du Centre a établi des relations avec une petite communauté autochtone de Georgina Island. L'analyse du contexte a révélé les problèmes d'accès aux soins primaires et l'impact des déterminants sociaux de la santé sur l'état de santé de cette communauté. L'obésité et le diabète sont les problèmes médicaux les plus courants dans la communauté des Premières nations de Georgina Island. On estime que plus de 75 % des enfants de cette communauté sont obèses et les dossiers cliniques révèlent qu'une personne sur quatre dans l'île est diabétique. Les activités de participation communautaire et la contribution aux initiatives provinciales permettent de mieux comprendre les problèmes locaux et d'obtenir les commentaires de la communauté autochtone. Un comité consultatif autochtone composé de dirigeants autochtones du RLISS a été créé pour diriger la mise en œuvre d'un projet visant la planification de services de santé axés sur les besoins particuliers de la population autochtone vivant dans le RLISS. Ce projet devrait être terminé en mars 2010.

Plans détaillés pour le système de santé local

Services aux aînés et services gériatriques spécialisés

ANALYSE DU CONTEXTE :

On estime que les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 12 %¹ de la population du RLISS du Centre. Au cours des dix prochaines années, le taux de croissance estimatif de cette cohorte d'âges atteindra près de 40 %². On prédit que cette population excédera 280 000 d'ici à 2018 et que le RLISS comptera le plus grand nombre d'aînés de la province³.

Les principales concentrations d'aînés dans le RLISS se trouvent à North York Centre (16,9 %), North York Ouest (14,8 %) et North York Est (14,4 %)⁴. Cependant, selon les taux de croissance prévisionnels, York Sud-Est, York Centre et York Sud-Ouest auront un taux de croissance important dès 2013⁵.

En 2007-2008, le CASC du Centre a signalé que 60 % de ses clients étaient des aînés, ce qui a des retombées significatives pour les ressources humaines en santé, notamment les préposés aux services de soutien à la personne et le personnel infirmier.

Les données des hôpitaux du RLISS indiquent qu'en 2005-2006 les aînés représentaient⁶ :

- 31,2 % des cas de soins actifs
- 67,51 % du nombre de jours passés en soins actifs
- 86,96 % des journées consacrées aux autres niveaux de soins
- 73,21 % des renvois des lits de réadaptation
- 85,91 % des admissions en soins continus complexes
- 19,89 % des visites à l'urgence

En avril 2008, les trois premières destinations pour les patients en attente d'ANS renvoyés étaient les maisons de soins de longue durée, les centres de réadaptation et les soins continus complexes⁶.

Diversité ethnoculturelle

Le RLISS du Centre est au second rang sur le plan de la diversité ethnoculturelle⁷, les Chinois et les Asiatiques du Sud représentant la majorité des minorités visibles⁸. Par rapport à la moyenne provinciale, il compte un nombre supérieur d'immigrants récents, de minorités visibles et un taux de croissance plus élevé⁹. On doit ajouter des services appropriés à la culture pour les aînés des divers horizons ethniques.

¹ Évaluation des besoins et analyse des lacunes des services de santé (EBALSS) – rapport intérimaire, p.19

² EBALSS, rapport intérimaire, p.19

³ Source : Évaluation des besoins et analyse des lacunes des services de santé et projections démographiques 2008-2018 du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Base de données provinciale pour la planification des services de santé, v. 17.07. Trouvé en février 2008)

⁴ EBALSS, rapport intérimaire, p. 22. % Population Aged 65+ in Central LHIN by Planning Area

⁵ EBALSS, rapport intérimaire, p. 23. Population Aged 65+ Percent Growth by Planning Area

⁶ Source des données sur l'utilisation : ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006.

BUTS ET OBJECTIFS (d'après le PSSI)

1. Accroître la capacité des services gériatriques spécialisés dans le RLISS.
2. Renforcer et organiser les ressources nécessaires aux déplacements au sein du système pour les aînés et leurs soignants.
3. Améliorer le savoir-faire culturel dans le RLISS pour améliorer la prestation de services aux aînés de différents groupes (p. ex., communautés ethnoculturelles, religieuses et linguistiques).
4. Optimiser le déploiement des ressources pour assurer la pleine utilisation des services offerts. Améliorer le transport des aînés aux services de santé disponibles.
5. Bâtir un système intégré de services pour les aînés et leurs soignants en améliorant les maillages entre les fournisseurs et en renforçant leur capacité de diffuser l'information, de procéder à des acheminements et de coordonner les services.

Les autres niveaux de soins sont une nouvelle priorité pour le RLISS. Associés à la priorité accordée aux aînés et aux services des urgences, ils font partie de ce plan détaillé et engendrent un renforcement des autres niveaux de soins dans les régions ciblées, une amélioration des déplacements des patients et une surveillance continue du rendement.

SITUATION ACTUELLE

Activités pour 2008-2009

Les services aux aînés concordent avec les objectifs de notre PSSI et la stratégie Vieillir chez soi dont le but est de réduire les temps d'attente à l'urgence et le nombre de jours consacrés aux autres niveaux de soins. Ces services sont offerts à divers points le long du continuum de soins et visent à utiliser les ressources du secteur communautaire comme solution de rechange aux services hospitaliers plus coûteux.

Outre les priorités décrites dans le PSSI, le RLISS a converti 30 lits de soins de longue durée en lits pour soins de convalescence pour permettre aux patients de quitter les lits de soins actifs et prolonger la durée du rétablissement après une chirurgie ou une maladie aiguë. De plus, les patients en attente d'un autre niveau de soins pourront plus facilement emménager dans une maison de soins de longue durée grâce à l'élargissement proposé des lits intérimaires de soins de longue durée et au programme Attendre chez soi.

1. Accroître la capacité des services gériatriques spécialisés dans le RLISS

- Par le truchement de la stratégie Vieillir chez soi, les services gériatriques spécialisés ont été améliorés grâce à la création de deux nouvelles équipes itinérantes, au renforcement du soutien psychogériatrique et à la mise en place de cinq nouvelles infirmières spécialisées en services gériatriques d'urgence pour les tous les hôpitaux du RLISS dotés d'une salle des urgences. En outre, un réseau coordonné a été créé pour renforcer les maillages entre les fournisseurs et favoriser le partage du savoir et la coordination des soins.

2. Renforcer et organiser les ressources nécessaires aux déplacements au sein du système pour les aînés et leurs soignants

- Le RLISS a lancé et mis en œuvre le programme Doorways to Care qui offre une formation continue aux responsables des déplacements au sein du système.

⁷ EBALSS, rapport intérimaire, p.10. Comparaison des profils de population des RLISS

⁸ EBALSS, rapport intérimaire, p. 9

⁹ EBALSS, rapport intérimaire, p. 9

3. Améliorer le savoir-faire culturel dans le RLIS pour améliorer la prestation de services aux aînés de différentes communautés ethnoculturelles, religieuses et linguistiques

- Trois hôpitaux du RLIS ont volontairement soumis des plans à l'intention des aînés au RLIS en 2009. Ces plans sont fondés sur le modèle du réseau des programmes gériatriques régionaux et décrivent comment l'organisme répondra aux besoins des aînés dans différents secteurs, notamment procédures de traitement, environnement émotionnel, éthique et recherche, milieu physique et engagement global de l'organisme. Par le truchement de Vieillir chez soi, nous avons établi des programmes appropriés à la culture comprenant des programmes de jour, des logements avec services de soutien, des conseillers en audition et des services de soutien aux soignants.

4. Optimiser le déploiement des ressources pour assurer la pleine utilisation des services offerts. Améliorer le transport des aînés aux services de santé disponibles

- Au titre de Vieillir chez soi, le RLIS a reçu huit nouvelles fourgonnettes qui ont été allouées aux fournisseurs de services de santé. Outre cet investissement du ministère, le RLIS a amélioré les services de transport dans toutes ses régions et pilote un modèle de collaboration dans le nord entre un organisme de soutien communautaire et le Centre régional de santé Southlake.

5. Bâtir un système intégré de services pour les aînés et leurs soignants en améliorant les maillages entre les fournisseurs et en renforçant leur capacité de diffuser l'information, de procéder à des acheminements et de coordonner les services

- 1) Doorways to Care est un modèle qui offre au public un premier point de contact pour l'obtention de renseignements et de services d'acheminement. Il augmentera les acheminements vers les soutiens communautaires et comblera les lacunes dans les acheminements entre les hôpitaux, le CASC et les organismes communautaires. Doorways to Care offre des renseignements et des acheminements téléphoniques ainsi que des services de traduction pour promouvoir l'équité d'accès.
- 2) Au titre de Vieillir chez soi, on a renforcé la capacité communautaire et la coordination des services grâce à des programmes tels que Home at Last (de l'hôpital à la communauté), la collectivité comme solution de rechange au placement en maison de soins de longue durée (liste d'attente des clients des soins de longue durée du CASC vers la collectivité), la gestion de la polypharmacie pour les aînés à risque après le congé et grâce au renforcement de projets de logements avec services de soutien axés sur des partenariats et des interventions multiples. On examine des options pour un projet de démonstration centré sur l'autogestion de la santé.

ACTIVITÉS PRÉVUES :

Activités pour 2009-2010 :

Les services aux aînés pour 2009-2010 continueront de miser sur les investissements au titre de Vieillir chez soi et de concorder avec le PSSI et la stratégie Vieillir chez soi.

1. Accroître la capacité des services gériatriques spécialisés dans le RLIS

- Continuer d'améliorer la coordination des services et de réduire les écarts de service particulièrement dans les secteurs des démences et de la psychogériatrie. Ce travail sera éventuellement financé au titre de la stratégie Vieillir chez soi. Celle-ci permettra de dispenser des services de soutien à 712 aînés additionnels atteints d'une démence en 2009-2010 et d'offrir des services psychogériatriques à 1 020 aînés.
- Envisager d'améliorer les services de réadaptation gériatrique spécialisés et d'améliorer la

circulation des patients à l'aide de cyberacheminements vers les services de réadaptation et les soins continus complexes.

- Considérations clés : i) faire enquête sur d'éventuels obstacles réglementaires liés au projet de démonstration d'une unité de thérapie comportementale dans les maisons de soins de longue durée et ii) le rôle primordial des fournisseurs de soins primaires au titre du mandat de Vieillir chez soi.

2. Renforcer et organiser les ressources nécessaires aux déplacements au sein du système pour les aînés et leurs soignants

- Évaluer et éventuellement élargir l'effectif du secteur dans le cadre du programme Doorways to Care.
- Considérations : acheminements inter-RLISS dans le cadre du service d'acheminement de Doorways to Care et solutions de cybersanté pour augmenter l'efficacité des services.
- Continuer de renforcer la capacité communautaire à l'aide de la technologie, de l'élaboration de pratiques exemplaires et de projets de réduction des risques.

3. Améliorer le savoir-faire culturel dans le RLISS pour renforcer la prestation de services aux aînés de différentes communautés ethnoculturelles, religieuses et linguistiques

- Améliorer l'accès aux services dans les régions insuffisamment desservies du RLISS et pour les populations insuffisamment desservies. La stratégie Vieillir chez soi permettra d'augmenter de 1 098 le nombre d'aînés de différents groupes ethnoculturels recevant des services appropriés à la culture en 2009-2010 et d'offrir des services améliorés à 538 aînés ayant des besoins spéciaux, notamment une incapacité physique, des troubles mentaux, une aphasie ou une déficience auditive. On prévoit que 582 aînés vivant dans des régions insuffisamment desservies du RLISS recevront des services additionnels.

4. Optimiser le déploiement des ressources pour assurer la pleine utilisation des services offerts et améliorer le transport des aînés aux services de santé disponibles

- Coordonner centralement les services de transport du RLISS en tirant parti des fournisseurs de services de santé et de l'expertise sur le sujet. Ce projet reposerait sur l'utilisation optimale des flottes actuelles des organismes du RLISS (y compris des fourgonnettes obtenues au titre de Vieillir chez soi), les modèles de pratiques exemplaires, la formation coordonnée des conducteurs et les points d'accès communautaires pour les aînés vivant dans le RLISS.

5. Bâtir un système intégré de services pour les aînés et leurs soignants en améliorant les maillages entre les fournisseurs et en renforçant leur capacité de diffuser l'information, de procéder à des acheminements et de coordonner les services

- 1) Doorways to Care continuera d'améliorer les maillages entre les fournisseurs communautaires et le public et envisagera des solutions efficaces qui contribueront à réduire les journées consacrées aux ANS.
- 2) L'intégration du système et la coordination des services continueront de figurer parmi les critères du financement au titre de Vieillir chez soi lors du choix des projets et du renforcement des projets actuels. On envisagera de relier les fournisseurs de soins primaires dans le continuum de Vieillir chez soi et, éventuellement, de réduire les transferts inutiles de patients des maisons de soins de longue durée à l'hôpital et d'élargir les Community Referrals by Emergency Medicine Services (CREMS).
- 3) Éventuellement investir dans un projet de démonstration centré sur l'autogestion de la santé pour les aînés. Considérations : usage d'outils de cybersanté tels que l'appariement des ressources et la gestion des acheminements et ONEMail. Ces solutions permettront aux fournisseurs d'acheminer efficacement les patients aux services appropriés et de partager les renseignements électroniques

en toute sécurité, respectivement.

Activités pour 2010-2011 :

Les services aux aînés pour 2010-2011 continueront d'être financés au titre de la stratégie Vieillir chez soi et de concorder avec celle-ci et le PSSI. On concentrera les efforts sur la réduction du nombre de journées consacrées aux ANS et sur l'évitement des services des urgences.

1. *Accroître la capacité des services gériatriques spécialisés dans le RLISS*

Investir dans des projets qui visent à réduire l'utilisation des services des urgences grâce à une meilleure coordination des services gériatriques spécialisés. Évaluer les équipes gériatriques itinérantes et les services de soutien psychogériatrique. Investir dans les services de réadaptation gériatrique spécialisés offerts dans la collectivité.

2. *Renforcer et organiser les ressources nécessaires aux déplacements au sein du système pour les aînés et leurs soignants*

Mettre en œuvre les recommandations concernant le renforcement et l'amélioration des services Doorways to Care dans le RLISS. On entend, notamment, améliorer les maillages entre les hôpitaux et les organismes communautaires. Le cas échéant, établir des procédures intégrées avec d'autres projets de type Doorways to care dans d'autres RLISS (p. ex., le RLISS du Centre-Toronto). Éventuellement mettre en œuvre d'autres outils de cybersanté qui sont disponibles.

3. *Améliorer le savoir-faire culturel dans le RLISS pour améliorer la prestation de services aux aînés de différentes communautés ethnoculturelles, religieuses et linguistiques*

Mettre en œuvre un outil d'évaluation des retombées pour la santé afin d'évaluer l'équité en santé pour les aînés vivant dans le RLISS.

Continuer d'appuyer les projets réussis de Vieillir chez soi qui mettent en valeur la prestation de services appropriés à la culture et sont axés sur des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies à l'intention des populations à risque élevé.

4. *Bâtir un système intégré de services pour les aînés et leurs soignants et, pour ce, améliorer les maillages entre les fournisseurs et renforcer leur capacité de diffuser l'information, de procéder à des acheminements et de coordonner les services*

Rationaliser les projets centrés sur les soins primaires pour 1) optimiser les ressources utilisées, 2) rendre la prestation des services plus efficace 3) assurer la concordance entre les projets visant à améliorer la qualité et le rendement et les exigences ministérielles en matière de communications de données. Continuer de planifier, d'investir et d'évaluer les besoins de logements avec services de soutien dans le RLISS.

Activités pour 2011-2012 :

Les services aux aînés en 2011-2012 seront fonction des constatations et de l'incidence de la stratégie triennale Vieillir chez soi.

1. *Accroître la capacité des services gériatriques spécialisés dans le RLISS*

Examiner les lacunes de service restantes, faire les ajustements nécessaires et, éventuellement, investir dans d'autres services psychogériatriques. La planification doit continuer.

2. *Renforcer et organiser les ressources nécessaires aux déplacements au sein du système pour les*

aînés et leurs soignants

On doit accroître la planification et l'évaluation pour évaluer les activités futures au titre du programme Doorways to Care. Points à considérer : disponibilité de solutions de cybersanté et faisabilité de l'élaboration de procédures visant à encourager les acheminements des hôpitaux vers la collectivité.

3. *Améliorer le savoir-faire culturel dans le RLISS pour améliorer la prestation de services aux aînés de différentes communautés ethnoculturelles, religieuses et linguistiques*

Planifier et éventuellement mettre en œuvre certaines recommandations dégagées par l'évaluation des retombées pour la santé effectuée en 2010-2011. Continuer de planifier la prestation des services.

4. *Bâtir un système intégré de services pour les aînés et leurs soignants et, pour ce, améliorer les maillages entre les fournisseurs et renforcer leur capacité de diffuser l'information, de procéder à des acheminements et de coordonner les services*

Renforcer la coordination et l'accessibilité des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies dans le RLISS. Établir un volet d'autogestion de la santé dans plan d'action pour la santé des aînés du RLISS.

Les considérations pour 2011-2012 reposent principalement sur les résultats de la stratégie triennale Vieillir chez soi. On prévoit ajuster le financement et les projets après la troisième année pour les faire concorder avec les besoins du RLISS. La planification doit continuer.

PARTIES CONCERNÉES :

- Réseau consultatif des aînés – se compose de tous les secteurs concernés par la santé des aînés dans le RLISS du Centre. Ce groupe fournit des conseils et des directives sur la stratégie relative aux aînés et Vieillir chez soi.
- Municipalité régionale de York et ville de Toronto – contribuent à la planification de logements avec services de soutien pour les aînés.
- Groupe d'experts des citoyens pour les aînés – se compose d'aînés (usagers) qui utilisent le système et/ou de soignants vivant dans le RLISS. Ce groupe présente des commentaires sur les besoins des aînés vivant dans le RLISS.
- Groupe de travail sur le transport du RLISS du Centre – se compose de fournisseurs de services de santé du RLISS qui offrent un programme de transport aux aînés. Ce groupe de travail i) établira un modèle de pratiques exemplaires et ii) fournira un savoir-faire et des conseils concernant l'élaboration d'un modèle de service centralisé.
- Réseau de services de soutien communautaire – se compose des fournisseurs de services de soutien communautaire du RLISS. Les participants collaborent à des fins de planification et prennent part à des groupes de travail spéciaux.
- Groupe de travail sur les logements avec services de soutien – se compose d'intervenants du RLISS voués à la planification à long terme des besoins en matière de logements avec services de soutien dans le RLISS.
- Séance de participation communautaire – tenue à divers endroits dans le RLISS et regroupant diverses populations qui contribuent à la planification globale.
- Groupe des responsables de Vieillir chez soi – se compose des responsables de Vieillir chez soi des 14 RLISS. Les participants planifient et coordonnent l'orientation stratégique et les programmes de Vieillir chez soi.
- Centraide de Toronto et Centraide de la région de York – établiront des liens à l'échelle locale pour favoriser l'accès au soutien communautaire approprié à la culture.
- York Region Transit, Georgina Transit, municipalité régionale de York et autres fournisseurs de

services de transport – élaboreront un modèle centralisé.

- CASC du Centre – donne des conseils sur les déplacements au sein du système et les effets du programme Vieillir chez soi sur les congés de l'hôpital et les tendances d'acheminement.
- Organisme de concertation du RLIS du Centre, des hôpitaux et du CASC – présente des commentaires sur les enjeux liés aux autres niveaux de soins, y compris des renseignements provenant du site Web sur les autres niveaux de soins.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée – sollicite des conseils sur les questions de conformité et de politique liées au développement de lits de soins de longue durée.
- Groupe de travail sur les ressources humaines en santé – ce groupe de travail du RLIS du Centre donnera des conseils sur les problèmes de ressources humaines découlant des projets Vieillir chez soi.
- Réseau pour la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie – ce réseau présentera des conseils et un soutien à la mise en œuvre de services gériatriques spécialisés, notamment : mise en place et évaluation d'équipes itinérantes psychogériatriques, de logements avec services de soutien pour les aînés atteints de troubles mentaux et/ou d'une démence et d'unités de thérapie comportementale dans les maisons de soins de longue durée.

RENDEMENT :

☐	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 49 jours	☒	Proportion de patients admis dont la durée du séjour est ≤ à 8 heures Cible du RLISS pour 2009-2010 34 %	☒	Favoriser l'autogestion de la santé
☐	Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien – 90 ^e percentile Repère provincial atteint 182 jours	☒	Proportion de patients gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 8 heures pour les cas de niveaux 1 et 2 sur l'ÉTQ et de ≤ 6 heures pour les cas de niveau 3 sur l'ÉTQ Cible du RLISS 86 %	☒	Promouvoir un mode de vie sain
☐	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 100 jours	☒	Proportion de patients non gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 4 heures Cible du RLISS 93 %	☐	Renforcer les collectivités
☐	Temps d'attente pour un examen diagnostique (IRM/tomodensitométrie) Cible du RLISS pour 2009-2010 IRM : 95 jours Tomodensitométrie : 28 jours	☒	Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins Cible du RLISS 8,7 %	☐	Assurer des résultats fondés sur des preuves
☐	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou Cible du RLISS pour 2009-2010 Hanche : 182 jours Genou : 182 jours	☒	Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée Cible du RLISS 85 jours	☐	Assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue
				☐	Favoriser une répartition plus intelligente des ressources
				☒	Répondre aux divers besoins des collectivités de l'Ontario

Le *temps d'attente* est le temps écoulé entre la décision de traiter et le moment où le traitement est reçu. Le 90^e percentile est le point où 9 patients sur 10 ont reçu leur traitement.

*** Voir Résultats pour les clients en page 26**

RÉSULTATS POUR LES CLIENTS :

Taux de visites à l'urgence pouvant être gérées ailleurs

- La stratégie Vieillir chez soi continuera d'appuyer les projets qui visent à réduire les visites à l'urgence inutiles effectuées par les aînés.

Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée

- La stratégie Vieillir chez soi continuera d'appuyer la prestation de services communautaires comme solution de rechange à l'inscription sur une liste d'attente pour un placement prématuré dans une maison de soins de longue durée.

Pourcentage de journées consacrées aux ANS

- La stratégie Vieillir chez soi vise à réduire les journées consacrées aux ANS et comprend donc plusieurs projets axés sur cet indicateur.

Promouvoir un mode de vie sain

- À ce jour, la stratégie Vieillir chez soi a traité du diabète et de l'accident vasculaire cérébral, mais nous entendons faire fond sur les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies pour arriver à réduire l'utilisation globale des hôpitaux.

Favoriser l'autogestion de la santé

- Nous examinons plusieurs options visant à intégrer l'autogestion de la santé dans la stratégie Vieillir chez soi du RLISS. À déterminer.

Offrir des soins plus rapides à proximité du domicile

- La majorité des projets de Vieillir chez soi ont pour but d'améliorer l'accessibilité et la coordination des services pour les aînés qui vivent dans leur propre domicile. Nous avons donc renforcé les services de transport pour faciliter les trajets des gens qui habitent dans les régions éloignées du RLISS.

Élargir la capacité communautaire

- Nous avons fait des investissements pour élargir la capacité communautaire dans le RLISS. Ces investissements ont porté sur l'élaboration de pratiques exemplaires, la planification des ressources humaines et la mise à niveau de la technologie de l'information. Le RLISS entend continuer de renforcer la capacité communautaire par le truchement de Vieillir chez soi, mais les détails restent à planifier.

Renforcer les collectivités

- La stratégie Vieillir chez soi renforce les collectivités en améliorant la coordination des services, le transfert du savoir entre les secteurs et les services offerts aux aînés vivant dans le RLISS.

Assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue

- Le RLISS surveillera étroitement les projets Vieillir chez soi durant les trois années de la stratégie et veillera à ce qu'il y ait des améliorations continues et des maillages plus étroits, le cas échéant, dans l'ensemble du système. Le programme Doorways to Care, qui a été lancé en juin 2008, surveillera et évaluera continuellement sa propre incidence et envisagera de nouvelles façons d'interfacer au sein du système.

Répondre aux divers besoins des collectivités de l'Ontario

- La stratégie Vieillir chez soi comprend plusieurs programmes destinés à améliorer l'accessibilité aux services pour les diverses collectivités du RLISS. Nous mettrons en œuvre un outil d'évaluation des retombées pour la santé afin d'évaluer l'équité en santé pour les aînés dans la perspective de nos fournisseurs.

RETOMBÉES FINANCIÈRES :

Financement requis :

Cybersanté : Requiert un financement additionnel pour un système d'appariement des ressources et de renvoi pour Doorways to Care et des cyberacheminements et l'appariement des ressources pour d'autres types de services gériatriques (p. ex., lits et services de réadaptation).

Santé mentale et lutte contre la toxicomanie

ANALYSE DU CONTEXTE :

Selon Statistique Canada (2002), 20 % des Canadiens seront personnellement aux prises avec des troubles mentaux¹⁰. Les troubles mentaux graves tels que définis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée affectent de 2,5 à 3 % de la population¹¹. Selon cette statistique et le nombre de personnes âgées de 15 ans et plus (1 374 249), au moins 41 227 résidents du RLISS requièrent divers types de services de santé mentale durant leur vie.

En 2006-2007, 6,7 % des consultations à l'urgence ont été effectuées par des patients atteints de troubles mentaux et 5,5 % portaient sur des actes autodestructeurs intentionnels¹². Au Canada¹³ :

- 2,6 % des gens sont alcooliques
- 9 % des femmes et 25 % des hommes sont des buveurs à haut risque
- plus de 1 % des gens sont toxicomanes

Ces pourcentages suggèrent qu'au moins 35 730 résidents du RLISS pourraient avoir besoin d'un soutien quelconque pour une toxicomanie ou une alcoolodépendance durant leur vie.

Le RLISS du Centre alloue 33 \$ par tête aux services communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. C'est une des plus faibles affectations par tête (il se classe 11^e sur 14) de la province.

BUTS ET OBJECTIFS (d'après le PSSI) :

Établir un système d'information exhaustif à l'appui d'un meilleur accès aux services et de l'acheminement rapide du client au service.

1. Mettre au point des systèmes clairement définis pour l'accès, l'acheminement et la coordination.
2. Mettre au point un système de services inclusif et réceptif pour répondre aux besoins actuels et émergents des communautés ethnoraciales dans des milieux possédant des compétences culturelles. Assurer que les usagers et les familles participent pleinement à la planification, à la

¹⁰ Rapport sur les maladies mentales au Canada, Santé Canada, octobre 2002

¹¹ Franchir les étapes, Ontario, 1999

¹² Mental Health and Addictions in Ontario LHINs, Ontario, 2008

¹³ idem.

- prestation et à l'évaluation des services.
3. Établir dans le RLISS un réseau consultatif sur la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie focalisé sur la planification et la coordination du système.
 4. Préconiser une configuration de services exhaustive, accessible qui intègre la santé mentale, la lutte contre la toxicomanie et autres services intersectoriels dans un continuum intégré de services mis à la disposition de tous les résidents du RLISS. Aider les usagers et leurs familles à formuler des stratégies axées sur les déterminants plus vastes de la santé (logement abordable, soutien du revenu, éducation et transport). Améliorer la capacité d'information et d'acheminement et coordonner les services.

Pour le secteur de la santé mentale et de la lutte contre la toxicomanie, le RLISS envisage un système axé sur le client, éperonné par l'usager, fondé sur la philosophie de la récupération selon laquelle les gens reçoivent les types et niveaux de soutien correspondant à leurs besoins, lequel minimise les iniquités inhérentes à l'accès aux services et reconnaît les pressions exercées dans les régions à forte croissance, les disparités observées entre les régions rurales et urbaines et la diversité culturelle.

SITUATION ACTUELLE :

Activités pour 2008-2009

À ce jour, le RLISS du Centre a établi un réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie composé de fournisseurs de services de santé, d'usagers/survivants, de membres des familles et d'organismes associés (recherche, enseignement, services sociaux). Ce réseau a accompli six activités clés :

1. **Modèle d'accès centralisé**
 - Élaborer un modèle d'accès centralisé pour les services de gestion de cas.
2. **Qualité des données**
 - Améliorer la qualité des données à l'aide des outils de collecte actuels du ministère.
3. **Formation**
 - 1) Offrir aux fournisseurs de services de santé une formation axée sur les troubles concomitants.
 - 2) Offrir une formation en santé mentale et en lutte contre la toxicomanie au personnel d'Ontario au travail, du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées et des services des urgences.
4. **Compétences culturelles**
 - Renforcer les compétences culturelles des fournisseurs de services de santé.
5. **Mise au point d'une page Web sur la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie**
6. **Appui aux équipes de santé familiale**
 - Créer un meilleur système de soutien pour les équipes de santé familiale pour leur permettre de servir les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie.

Plusieurs de ces initiatives seront terminées en mars 2009, y compris l'élaboration du modèle d'accès, le projet sur la qualité des données, les séances éducatives et le projet axé sur les compétences culturelles. La mise en œuvre du modèle d'accès et de l'initiative portant sur les équipes de santé familiale se poursuivra 2009-2010.

De plus, Le RLISS a travaillé activement avec l'Hôpital central de York pour rendre ses services de santé mentale conformes aux exigences de la désignation en vertu de l'annexe 1 de la *Loi sur la santé mentale*. La désignation a été octroyée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en août 2008.

La stratégie Vieillir chez soi a permis de financer trois projets qui ont une incidence sur la santé mentale des aînés et appuient les services de santé mentale dans le RLISS : l'élargissement de l'équipe itinérante gériatrique dans la région de York; des logements avec services de soutien pour les aînés dans le Nord de Toronto; et Extreme Cleaning, une entreprise d'usagers/de survivants qui vient en aide aux aînés qui risquent de perdre leur logement à cause de problèmes d'entretien.

ACTIVITÉS PRÉVUES :

Le RLISS a d'importants écarts de services qui ne peuvent être comblés uniquement en reconfigurant les services. Le réseau de la santé mentale et de la lutte contre la toxicomanie a cerné de nombreux écarts de services, les priorités étant les suivantes : logements avec services de soutien, compétences culturelles, gestion de cas, coordination des services, accès, soutien familial, soutien de l'emploi, gestion du sevrage (en milieu médical et résidentiel) et services à la jeunesse. À ce jour, le réseau a axé ses activités sur les quatre premières. Les activités de 2009-2010 et 2010-2011 cerneront la configuration des services, les services de soutien et les déterminants plus vastes de la santé pour réduire les écarts.

Activités pour 2009-2010

1. *Application du modèle d'accès centralisé aux services de gestion de cas*

- Un comité directeur des partenaires du RLISS a dirigé l'élaboration d'un cadre d'accès coordonné et d'un plan de mise en œuvre.
- Un modèle centralisé doté d'organismes responsables a été proposé; il prévoit la centralisation et la gestion de la liste d'attente, une utilisation plus efficace de la technologie à l'appui de l'identification des temps d'attente, des fonctions de gestion et du soutien des pairs et des stratégies précises pour répondre aux besoins des groupes insuffisamment desservis, marginalisés.
- Les fournisseurs de services de santé ont déjà mis en œuvre plusieurs éléments clés du cadre à l'aide de leurs ressources actuelles; cependant, la mise en œuvre de cette initiative exigera des ressources additionnelles.

2. *Élaboration d'une stratégie axée sur les services d'approche et de soutien aux familles*

- L'initiative est dirigée par le réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.
- L'initiative sera mise au point durant l'exercice 2009-2010.
- Une analyse de cas fondée sur les discussions préliminaires avec le réseau a été présentée en vertu des investissements prioritaires du Plan de services annuel. Si les fonds sont octroyés, la mise en œuvre débutera en 2009-2010 et se poursuivra en 2010-2011.

3. *Élaboration d'une stratégie de soutien de l'emploi pour les usagers/survivants*

- L'initiative est dirigée par le réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.
- L'initiative sera mise au point en 2009-2010 et prendra fin au début de 2010-2011.
- Une analyse de cas fondée sur les discussions préliminaires avec le réseau a été présentée en vertu des investissements prioritaires du Plan de services annuel.

4. *Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie de collaboration/d'intégration intersectorielle*

- L'initiative est dirigée par le réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.
- L'initiative a débuté en 2008-2009 et prendra fin au début de 2009-2010.
- Les secteurs suivants seront inclus : services à l'enfance, éducation et soins primaires.

5. *Élaboration et mise en œuvre d'un modèle résidentiel de gestion du sevrage*

- L'initiative est dirigée par le réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.
- L'initiative a débuté en 2008-2009 et prendra fin au milieu de 2009-2010.

- Une analyse de cas pour le financement opérationnel a été présentée en vertu des investissements prioritaires du Plan de services annuel.
 - On a entamé l'élaboration d'un plan de mise en œuvre en prévision d'un financement futur.
6. ***Élaboration et mise en œuvre de logements avec services de soutien pour les toxicomanes***
 - Cette nouvelle initiative menée en association avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée prévoit un minimum de huit logements avec services de soutien pour les toxicomanes.
 7. ***Élargissement des logements avec services de soutien pour les aînés atteints d'une démence***
 - Les logements avec services de soutien sont une des priorités de la stratégie Vieillir chez soi du RLISS.
 - On s'attend à ce que d'autres logements pour les aînés atteints d'une démence soient financés au titre de la stratégie.
 8. ***Thérapie comportementale dans les maisons de soins de longue durée***
 - Le RLISS envisage un projet de démonstration au titre de la stratégie Vieillir chez soi; il portera sur des unités de thérapie comportementale dans deux maisons de soins de longue durée.

Activités pour 2010-2011

1. ***Élargissement du modèle d'accès centralisé aux logements avec services de soutien*** : dirigée par le réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, cette initiative sera menée en association avec le RLISS de Centre-Toronto.
2. ***Mise en œuvre d'une stratégie axée sur les services d'approche et de soutien aux familles*** : dirigée par le réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, cette initiative sera menée si un nouveau financement est octroyé au titre des investissements prioritaires du Plan de services annuel.
3. ***Élaboration d'une stratégie de soutien de l'emploi pour les usagers/survivants*** : dirigée par le réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, cette initiative sera élaborée en 2009-2010 et prendra fin au début de 2010-2011.
4. ***Élaboration et mise en œuvre de logements avec services de soutien pour les toxicomanes*** : une affectation préliminaire a été octroyée au RLISS pour huit logements (y compris un montant pour le supplément au loyer et le soutien) en 2009-2010. Le RLISS travaille avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour obtenir 40 logements avec services de soutien additionnels dotés dans une proportion 1 employé pour 8 clients. Le financement sera fourni dans le cadre de la réaffectation au titre de l'initiative de logements avec services de soutien pour les toxicomanes du ministère pour 2010-2011 et 2011-2012.
5. ***Équipes itinérantes psychogériatriques*** : il se peut que la stratégie Vieillir chez soi de 2010-2011 appuie des équipes itinérantes psychogériatriques additionnelles dans le RLISS.

Activités pour 2011-2012

1. ***Élaboration et mise en œuvre de logements avec services de soutien pour les toxicomanes*** : une affectation préliminaire a été octroyée au RLISS pour huit logements (y compris un montant pour le supplément au loyer et le soutien) en 2009-2010. Le RLISS travaille avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour obtenir 40 logements avec services de soutien additionnels dotés dans une proportion 1 employé pour 8 clients. Le financement sera fourni dans le cadre de la réaffectation

au titre de l'initiative de logements avec services de soutien pour les toxicomanes du ministère pour 2010-2011 et 2011-2012.

Évaluation des nouvelles initiatives : le RLISS s'associera aux responsables des activités susmentionnées pour évaluer l'incidence de ces initiatives sur la santé mentale des résidents de sa région, l'utilisation des services des urgences et les autres niveaux de soins.

PARTIES CONCERNÉES :

- Le réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie composé de fournisseurs de services de santé du RLISS qui reçoivent des subventions pour les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et de fournisseurs établis à l'extérieur du RLISS qui offrent des services dans les limites du RLISS ou aux résidents du RLISS. Le réseau est également associé à des organismes tels que Jewish Child and Family Services, à des services d'abri, à des services à la jeunesse et à des services de formation. Les participants mènent des activités de planification au niveau du réseau et du groupe.
- Les RLISS du Grand Toronto participant au projet d'accès centralisé. Les renseignements et les résultats du projet axé sur les compétences culturelles sont également partagés avec les RLISS du Grand Toronto.
- Le ministère des Services sociaux et communautaires s'est associé au RLISS pour offrir des programmes de formation portant sur la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie au personnel d'Ontario au travail et du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.
- Les municipalités – région de York et ville de Toronto – s'associent pour planifier les logements avec services de soutien et les services de gestion du sevrage en milieu résidentiel.
- La commission scolaire locale participera à l'élaboration d'initiatives intersectorielles avec le secteur de l'enseignement.

RENDEMENT :

☒	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 49 jours	☒	Proportion de patients admis dont la durée du séjour est ≤ à 8 heures Cible du RLISS pour 2009-2010 34 %	☒	Favoriser l'autogestion de la santé
☐	Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien – 90 ^e percentile Repère provincial atteint 182 jours	☒	Proportion de patients gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 8 heures pour les cas de niveaux 1 et 2 sur l'ÉTG et de ≤ 6 heures pour les cas de niveau 3 sur l'ÉTG Cible du RLISS 86 %	☒	Promouvoir un mode de vie sain
☐	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 100 jours	☒	Proportion de patients non gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 4 heures Cible du RLISS 93 %	☐	Renforcer les collectivités
☐	Temps d'attente pour un examen diagnostique (IRM/tomodensitométrie) Cible du RLISS pour 2009-2010 IRM : 95 jours Tomodensitométrie : 28 jours	☒	Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins Cible du RLISS 8,7 %	☒	Assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue
☐	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou Cible du RLISS pour 2009-2010 Hanche : 182 jours Genou : 182 jours	☒	Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée Cible du RLISS 85 jours	☒	Répondre aux divers besoins des collectivités de l'Ontario

Le temps d'attente est le temps écoulé entre la décision de traiter et le moment où le traitement est reçu. Le 90^e percentile est le point où 9 patients sur 10 ont reçu leur traitement.

*** Voir Résultats pour les clients en page 33**

RÉSULTATS POUR LES CLIENTS :

Pourcentage de journées consacrées aux ANS

- Meilleur accès aux services de santé mentale et de gestion de la toxicomanie et aux logements avec services de soutien dans le RLISS du Centre
- Réduction du nombre de journées consacrées aux ANS grâce à la disponibilité accrue de logements avec services de soutien et à l'accès rationalisé
- Réduction des temps d'attente entre la demande de service et l'évaluation ou l'intervention à court terme

Taux de visites à l'urgence pouvant être gérées ailleurs/répondre aux divers besoins des collectivités de l'Ontario

- Diminution du recours aux services des urgences grâce à l'augmentation des services de soutien aux pairs et aux familles, à l'accroissement du soutien communautaire professionnel, à un accès simplifié aux services et à la mise en œuvre de services de gestion du sevrage en milieu résidentiel

Élargir la capacité communautaire

- Capacité accrue de répondre aux diverses collectivités à l'aide des services actuels

Favoriser l'autogestion de la santé

- Repérage précoce des personnes atteintes de troubles mentaux, prestation d'un soutien familial, formation du personnel des urgences et partenariats avec le secteur de l'éducation menant à une diminution des symptômes à long terme des troubles mentaux

Assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue

- Repérage précoce des toxicomanes grâce à la mise en œuvre de services de gestion du sevrage en milieu résidentiel, à des logements avec services de soutien et à des partenariats avec le secteur de l'éducation

RETOMBÉES FINANCIÈRES :

Financement requis :

Application du modèle d'accès centralisé aux services de gestion de cas : Le RLISS a recours à 200 000 \$ au titre du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes pour élaborer cette initiative. Dans une analyse de cas en vertu des priorités d'investissement du Plan de services annuel, il a demandé un financement annualisé de 500 000 \$ pour mettre en œuvre et maintenir le programme.

Élargissement du modèle d'accès centralisé aux logements avec services de soutien : Un financement sera peut-être nécessaire pour mettre en œuvre l'initiative d'accès centralisé aux logements avec services de soutien du RLISS de Centre-Toronto dans le RLISS du Centre; on pourrait obtenir un financement de développement au titre du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes en 2010-2011.

Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie axée sur les services d'approche et de soutien aux familles : La mise en œuvre de cette stratégie devrait coûter 215 000 \$ en financement annualisé. Une analyse de cas a été présentée en vertu des investissements nouveaux prioritaires du Plan de services annuel.

Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie de soutien de l'emploi pour les usagers/survivants : La mise en œuvre de cette stratégie devrait coûter 265 500 \$ en financement annualisé. Une analyse de cas a été présentée en vertu des investissements nouveaux prioritaires du Plan de services annuel.

Élaboration et mise en œuvre d'un modèle résidentiel de gestion du sevrage : La mise en œuvre de cette stratégie devrait coûter 1,5 million de dollars en financement annualisé et exiger un financement d'immobilisations majeur qui sera quantifié dans le cadre de l'élaboration d'un programme fonctionnel. Une analyse de cas relative à une subvention de fonctionnement sera présentée en vertu des investissements prioritaires du Plan de services annuel.

Vieillir chez soi : Les coûts associés aux initiatives Vieillir chez soi n'ont pas été déterminés pour 2010-2011 et 2011-2012.

Investissements ciblés provenant d'autres sources :

Élaboration et mise en œuvre de logements avec services de soutien pour les toxicomanes : Une affectation préliminaire a été octroyée au RLISS pour huit logements (y compris un montant pour le supplément au loyer et le soutien) en 2009-2010. Le RLISS travaille avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour obtenir 40 logements avec services de soutien additionnels dotés dans une proportion 1 employé pour 8 clients. Le financement sera fourni dans le cadre de la réaffectation au titre de l'initiative de logements avec services de soutien pour les toxicomanes du ministère pour 2010-2011 et 2011-2012.

Soins palliatifs

ANALYSE DU CONTEXTE :

La prestation de soins en fin de vie de qualité, rentables pose un enjeu considérable au système de santé en raison de notre population vieillissante et de l'incidence accrue de cancers, de troubles cardio-pulmonaires et autres maladies chroniques. Les recherches actuelles indiquent que la prestation en milieu communautaire de ce type de soins est la plus efficace et la mieux adaptée aux besoins des usagers; cependant, entre 73 et 75 % des Canadiens et 66 % des Ontariens continuent de mourir à l'hôpital¹⁴.

De nombreux patients meurent à l'hôpital ou se rendent à l'urgence inutilement parce que l'inaccessibilité de soins palliatifs experts limite leurs options. Un meilleur accès aux soins permettrait à un plus grand nombre de patients de rester dans leur propre domicile et de décéder chez eux. Bon nombre d'infirmières et de médecins n'ont aucune formation formelle en gestion des besoins complexes des patients qui requièrent des soins palliatifs. Les activités du réseau des soins palliatifs du RLISS du Centre auront une incidence positive sur le secteur des soins palliatifs.

BUTS ET OBJECTIFS (d'après le PSSI) :

Le RLISS n'a pas inclus les soins palliatifs dans son Plan de services de santé intégrés, mais depuis lors il a trouvé des façons d'améliorer ce secteur. Le RLISS entend améliorer la qualité et l'efficacité des soins et augmenter les options et l'accès aux soins pour les personnes atteintes d'une maladie dégénérative virtuellement mortelle en répondant rapidement aux besoins changeants des patients dans le continuum de soins. Le réseau des soins palliatifs veut améliorer les soins aux patients et à la famille, l'éducation, la communication et l'intervention, l'intégration, l'évaluation et la recherche.

¹⁴ Dying in Canada: Is it an Institutionalized, Technology Supported Experience. D.K. Heyland et. al, Journal of Palliative Care,16, 2000.

La Stratégie d'amélioration des soins en fin de vie de la province a trois objectifs :

1. déplacer le traitement des mourants des unités de soins actifs à des milieux appropriés choisis par le particulier;
2. améliorer la capacité de prestation de soins en fin de vie interdisciplinaires axés sur le client dans la collectivité;
3. améliorer l'accès, la coordination et l'uniformité des services et du soutien dans la province.

Toutes les activités du RLISS pour 2008-2009, ainsi que celles prévues pour les années suivantes, concordent avec les objectifs provinciaux susmentionnés et les appuient.

SITUATION ACTUELLE :

Activités pour 2008-2009

En octobre 2007, le RLISS du Centre a mis sur pied le réseau des soins palliatifs composé de représentants des hôpitaux, des fournisseurs communautaires, des hospices, des médecins et du CASC du Centre. Cette initiative répondait aux directives ministérielles pour la Stratégie d'amélioration des soins en fin de vie. Le réseau a accompli sept activités clés :

1. ***Élaboration d'un plan d'hospice résidentiel (y compris un programme fonctionnel et un plan opérationnel)***
 - Le plan vise la région de York. Le programme fonctionnel est complet et le plan opérationnel est en voie d'élaboration.
2. ***Élaboration et mise en œuvre d'un modèle d'équipe interdisciplinaire (financée au titre de la stratégie Vieillir chez soi de 2008-2009)***
 - La stratégie Vieillir chez soi comportera deux éléments : rester dans son propre domicile le plus longtemps possible et mourir confortablement chez soi si la personne et sa famille choisissent cette option. Des études ont démontré que la disponibilité d'une équipe de consultation spécialisée en soins palliatifs est requise pour atteindre ces objectifs. Cette initiative renforce la capacité des soins palliatifs dans le RLISS en renforçant l'accès aux soins palliatifs à domicile, en offrant des soins intégrés et en améliorant les déplacements au sein du système. Elle inclut un plan d'activités centré sur la connectivité électronique entre les fournisseurs.
3. ***Site Web du réseau des soins palliatifs du RLISS du Centre***
 - Mise en route d'un site Web pour promouvoir le partage de connaissances avec les fournisseurs de services de santé, les membres du réseau, les usagers et les familles.
4. ***Programme ontarien de traitement collaboratif des symptômes du cancer*** (y compris outils d'évaluation communs)
5. ***Compétences de base***
 - Identification et promotion des compétences de base des infirmières et des préposés aux services de soutien à la personne qui dispensent des soins palliatifs aux clients
6. ***Formation axée sur la dyspnée***
 - Formation à l'intention des fournisseurs de soins directs pour réduire les visites à l'urgence des clients des soins palliatifs
7. ***Identification de possibilités d'intégration***

ACTIVITÉS PRÉVUES :

2009-2010 et 2010-2011 :

1. *Établissement d'un hospice dans la région de York*

- Dirigée par le Centre régional de santé Southlake, en partenariat avec le CASC du Centre et le réseau des soins palliatifs du RLISS, cette initiative prévoit l'acquisition d'un terrain dans la région de York et la construction d'un hospice de dix lits conformément au programme fonctionnel. Les partenariats avec la région de York et les donateurs communautaires sont essentiels à l'obtention des capitaux nécessaires. Des fonds opérationnels seront réclamés au titre de la stratégie Vieillir chez soi.

2. *Mise sur pied d'une équipe interdisciplinaire à domicile additionnelle*

- Dirigée par le centre de cancérologie du Centre régional de santé Southlake, en partenariat avec le réseau des soins palliatifs du RLISS, le centre Temmy Latner de l'Hôpital Mount Sinai et le CASC du Centre, cette initiative est destinée aux aînés et autres particuliers atteints de maladies dégénératives au stade avancé requérant une gestion de la douleur et des symptômes, un soutien psychosocial et spirituel et des interventions d'experts. L'objectif est de prévenir les visites inutiles à l'urgence et le décès à l'hôpital lorsque le domicile ou l'hospice aurait été le premier choix. Il s'agit d'un élargissement de l'initiative de 2009-2009 financée à même la stratégie Vieillir chez soi.

3. *Formation continue des fournisseurs de services de santé*

- Les groupes de travail sur la formation, la recherche et l'évaluation cerneront des programmes éducatifs pour les fournisseurs des hospices, les clients et leurs familles. Le financement de projets éducatifs visant à promouvoir les objectifs de cette initiative constitue un poste distinct pour le réseau des soins palliatifs du RLISS.
- Il importe que les professionnels qui dispensent des soins en fin de vie comprennent la culture, la religion et l'ethnie et leur rôle dans la prestation de traitements, car la perspective culturelle influence les attitudes à l'égard de la maladie, de la mort et du deuil. Les programmes éducatifs doivent fournir aux fournisseurs de services de santé des renseignements et des outils axés sur l'acquisition des compétences culturelles qui améliorent la prestation des soins.

4. *Intégration des services d'hospice de jour*

- En juin 2008, le RLISS a contribué à un forum ouvert sur l'intégration des fournisseurs de services d'hospice. Diverses activités ont été cernées à ce forum et par le groupe de travail sur l'intégration. On a mis sur pied des groupes de travail chargés d'évaluer l'impact éventuel de ces activités d'intégration et les possibilités de mise en œuvre.
- Les cinq principales activités d'intégration cernées aux fins d'élaboration ou d'étude future sont :
 - I. formation concertée des bénévoles
 - II. collecte de fonds et sensibilisation
 - III. solutions pour l'appariement des ressources et la gestion des acheminements
 - IV. formation des administrateurs
 - V. formation de la collectivité

Ces activités se poursuivront en 2009-2010 et en 2010-2011.

PARTIES CONCERNÉES :

- Le comité directeur du réseau des soins palliatifs du RLISS du Centre – les membres sont des hôpitaux, fournisseurs communautaires, hospices, médecins et le CASC du Centre. Leur rôle consiste à diriger l'intégration des services de soins palliatifs dans le RLISS.
- Les fournisseurs de services de santé et les bénévoles – ils donnent au réseau des conseils concernant les besoins des récipiendaires de soins palliatifs et appuient la planification et la mise en œuvre des activités du réseau en participant aux groupes de travail et en mettant en valeur les services de santé.
- Les municipalités – les partenariats avec les municipalités sont essentiels à la mise en œuvre réussie d'hospices à cause des questions de terrain et de zonage.

RENDEMENT :

☐	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 49 jours	☒	Proportion de patients admis dont la durée du séjour est ≤ à 8 heures Cible du RLISS pour 2009-2010 34 %	☒	Favoriser l'autogestion de la santé
☐	Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien – 90 ^e percentile Repère provincial atteint 182 jours	☒	Proportion de patients gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 8 heures pour les cas de niveaux 1 et 2 sur l'ÉTQ et de ≤ 6 heures pour les cas de niveau 3 sur l'ÉTQ Cible du RLISS 86 %	☒	Promouvoir un mode de vie sain
☐	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 100 jours	☒	Proportion de patients non gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 4 heures Cible du RLISS 93 %	☐	Renforcer les collectivités
☐	Temps d'attente pour un examen diagnostique (IRM/tomodensitométrie) Cible du RLISS pour 2009-2010 IRM : 95 jours Tomodensitométrie : 28 jours	☒	Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins Cible du RLISS 8,7 %	☐	Assurer des résultats fondés sur des preuves
☐	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou Cible du RLISS pour 2009-2010 Hanche : 182 jours Genou : 182 jours	☒	Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée Cible du RLISS 85 jours	☒	Assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue
				☐	Favoriser une répartition plus intelligente des ressources
				☒	Répondre aux divers besoins des collectivités de l'Ontario

Le temps d'attente est le temps écoulé entre la décision de traiter et le moment où le traitement est reçu. Le 90^e percentile est le point où 9 patients sur 10 ont reçu leur traitement.

*** Voir Résultats pour les clients en page 39**

RÉSULTATS POUR LES CLIENTS :

Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée

- La mise en route d'équipes multidisciplinaires dans le RLISS grâce à la stratégie Vieillir chez soi permet aux gens de rester dans leur propre domicile plus longtemps, peut-être jusqu'à la fin de leur vie. Une personne traitée par l'équipe multidisciplinaire est moins apte à emménager dans une maison de soins de longue durée.

Pourcentage de journées consacrées aux ANS

- L'établissement d'un hospice dans la région de York, comme solution de rechange aux soins en établissement pour les personnes qui arrivent au terme de la vie et ne peuvent mourir chez elles, facilitera le transfert des patients renvoyés de l'hôpital à un milieu de soins approprié.

Taux de visites à l'urgence pouvant être gérées ailleurs

- À sa conférence d'octobre 2008, le réseau des soins palliatifs a offert au personnel infirmier et aux préposés aux services de soutien de la personne une formation et des outils pratiques pour la gestion de la dyspnée. Une formation additionnelle sera fournie durant l'année avec l'aide du CASC. La dyspnée est une des raisons les plus courantes des visites à l'urgence par les clients des soins palliatifs.

Élargir la capacité communautaire

- Le réseau met en œuvre de nouveaux services au titre de la stratégie Vieillir chez soi, notamment un hospice de dix lits dans la région de York et des équipes multidisciplinaires de soins palliatifs.

Renforcer les collectivités

- Les collectivités sont renforcées par des équipes de soins formelles et informelles qui travaillent de concert pour aider les personnes atteintes de maladies mortelles à rester dans leur collectivité le plus longtemps possible.

Assurer l'obtention de résultats fondés sur des preuves/assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue

- Les groupes de travail sur la recherche et l'évaluation, l'éducation et l'intégration du réseau des soins palliatifs travaillent ensemble pour diffuser des outils communs d'évaluation et d'acheminement dans les diverses disciplines du secteur des soins palliatifs. En outre, le réseau organise une conférence annuelle en vue de diffuser et de partager les connaissances en meilleures pratiques.

Répondre aux divers besoins des collectivités de l'Ontario

- Un des buts de l'hospice et de l'équipe multidisciplinaire est de s'associer aux groupes religieux et ethnoculturels pour répondre aux divers besoins des patients qui reçoivent des soins palliatifs.

RETOMBÉES FINANCIÈRES :

Financement requis :

Établissement d'un hospice dans la région de York : le Centre régional de santé Southlake est responsable de cette initiative axée sur la construction d'un hospice de dix lits. Le RLISS prévoit octroyer à ce projet 500 000 \$ en fonds de fonctionnement au titre de la stratégie Vieillir chez soi. Voir

ci-après les plans de collecte de fonds pour ce projet (**Investissements ciblés provenant d'autres sources**).

De plus, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée affecte 580 000 \$ aux soins infirmiers et au soutien personnel par l'entremise du CASC du Centre.

Mise sur pied d'équipes interdisciplinaires à domicile additionnelles : on demandera un financement au titre de Vieillir chez soi pour créer d'autres équipes interdisciplinaires à domicile.

Formation continue des fournisseurs de services de santé : un financement à l'appui de ce projet est fourni par l'entremise du réseau des soins palliatifs du RLISS.

Intégration des services d'hospice de jour : on demandera un financement au titre du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes pour les projets d'intégration des hospices de jour.

Investissements ciblés provenant d'autres sources :

Établissement d'un hospice dans la région de York : la création d'un hospice est généralement favorablement accueillie par les collectivités. On a demandé un terrain à la municipalité régionale de York au titre du programme fonctionnel. On sollicitera des dons avec l'aide de la fondation du Centre régional de santé Southlake afin de recueillir des fonds d'immobilisations pour cet hospice de dix lits.

Mise sur pied d'équipes interdisciplinaires à domicile additionnelles : le médecin-chef du Centre régional de santé Southlake a présenté en avril 2007 une proposition relative à un autre mode de paiement pour un médecin spécialisé en soins palliatifs. Si cette proposition est approuvée, les médecins pourront faire partie des équipes interdisciplinaires.

Prévention et gestion des maladies chroniques

ANALYSE DU CONTEXTE :

Le fardeau des maladies chroniques sur les gens, le système de santé et l'économie est énorme et croissant. Les maladies chroniques sont la principale cause de décès et d'incapacité évitable et elles représentent la majeure partie de l'utilisation des services de santé¹⁵. Le terme maladie chronique fait référence à une affection qui progresse lentement, dure longtemps et a tendance à s'aggraver. Les maladies chroniques peuvent être gérées ou maîtrisées, mais il y n'a généralement pas de remède. Elles comprennent plusieurs maladies, notamment cancer, diabète, dépression, maladie du cœur, hypertension, accident vasculaire cérébral, maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme et arthrite. Dans le RLISS du Centre, ces neuf maladies chroniques représentent¹⁶ :

- 10 % des consultations à l'urgence
- 25 % des visites aux omnipraticiens

Trente-neuf pour cent des résidents du RLISS sont atteints d'au moins une des neuf maladies chroniques

¹⁵ Conseil canadien de la santé (2007). *Why Health Care Renewal Matters: Learning from Canadians with Chronic Conditions*. Toronto: Conseil canadien de la santé. www.healthcouncilcanada.ca

¹⁶ Projet d'analyse des données sur le système de santé (2007). *Chronic Conditions in Central LHIN*. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto

susmentionnées et 42 % des résidents âgés de 65 ans et plus étaient atteints d'au moins deux d'entre elles.

En 2008-2009, le RLISS a axé ses efforts dans le secteur du diabète sur les principales activités de la stratégie de cybersanté commune et sur les démarches du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. En juillet 2008, le ministère a annoncé qu'il lançait une nouvelle stratégie de lutte contre le diabète de 741 millions de dollars qui vise à prévenir, gérer et traiter le diabète. Il élabore certains éléments de la stratégie centralement, notamment le Registre des cas de diabète qui sera mis en œuvre à l'échelle locale. Le bureau de la cybersanté du RLISS du Centre a également centré ses efforts à court terme sur le diabète, précisément pour appuyer la mise en œuvre du Registre des cas de diabète à l'échelle locale.

BUTS ET OBJECTIFS (d'après le PSSI) :

1. Aider les personnes atteintes d'une maladie chronique à obtenir un traitement dans le continuum de soins.
2. Aider les fournisseurs de services de santé (notamment de soins primaires) à mettre en œuvre des solutions électroniques (notamment les dossiers médicaux électroniques) afin d'améliorer la qualité des services qu'ils offrent aux patients atteints de maladies chroniques.
3. Créer un groupe de travail composé de fournisseurs de services de santé et autres intervenants (p. ex., administration municipale) qui renforcera la promotion de la santé et la prévention des maladies.
4. Augmenter le soutien à l'autogestion pour les personnes atteintes de maladies chroniques.
5. Promouvoir un continuum intégré de services dans le secteur des maladies chroniques auprès des fournisseurs de services de santé du RLISS.

SITUATION ACTUELLE :

Activités pour 2008-2009

L'EBALSS a révélé que la prévalence des maladies chroniques est moins élevée dans le RLISS du Centre que dans la province. On prévoit que ces chiffres vont changer. En effet, au cours des dix prochaines années, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera considérablement dans le RLISS. On prévoit que la cohorte d'âges 65 à 74 croîtra de 56 %, la cohorte 75 à 84 de 13 % et la cohorte 85 et plus de 43 %. Ces chiffres sont significatifs, car les personnes de plus de 65 ans ont au moins deux maladies chroniques. L'EBALSS a également révélé que le taux de croissance du diabète sera plus élevé que la moyenne provinciale dans certaines zones de planification du RLISS, notamment dans la région de North York Ouest. Le RLISS a la chance de pouvoir planifier de manière à accommoder la croissance du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques.

Le réseau consultatif sur la prévention et la gestion des maladies chroniques met actuellement en œuvre deux initiatives clés du PSSI :

1. ***Améliorer l'accès aux traitements contre le diabète dans les régions rurales du RLISS***
 - Utiliser une approche polyvalente y compris la télésurveillance du domicile et les visites à domicile et aménager de nouvelles cliniques rurales.
2. ***Améliorer l'aptitude des fournisseurs de services de santé à mettre en œuvre des stratégies d'autogestion des maladies***
 - La formation des fournisseurs, la diffusion vidéo sur site Web d'ateliers de formation, les ressources et le matériel de site Web et les crédits pour formation continue sont utilisés à cette fin.

ACTIVITÉS PRÉVUES :

Un vaste éventail de facteurs de risque influence le développement et l'apparition des maladies chroniques; ils sont liés à l'âge, au mode de vie et au statut socio-économique. On a démontré qu'il est possible de prévenir ou de retarder les maladies chroniques. La meilleure façon de réduire les maladies chroniques est d'en prévenir l'apparition ou, si elles sont présentes, de retarder l'apparition des complications. Cette tâche peut être accomplie dans l'ensemble du continuum de soins offerts par différents fournisseurs. Des services communautaires plus robustes prévoyant un soutien à domicile pour les personnes atteintes de maladies chroniques peuvent prévenir ou retarder les complications. On peut réduire la fragmentation entre les fournisseurs de services de santé en améliorant la coordination des services et la communication (p. ex., dossier médical électronique). À son tour, la fragmentation réduite engendre des soins plus continus et améliore les résultats pour le patient. Le réseau consultatif sur la prévention et la gestion des maladies chroniques entend envisager ces différentes approches à l'égard de l'amélioration des résultats pour la santé et élaborer un plan global focalisé qui mise sur le PSSI original et peut être mis en œuvre à l'aide des services actuels.

Activités pour 2009-2010 :

1. *Plan stratégique et axé sur des résultats pour la prévention et la gestion des maladies chroniques*

- Le nouveau réseau consultatif sur la prévention et la gestion des maladies chroniques élaborera ce plan et le distribuera à grande échelle aux fournisseurs du RLISS, les invitant à envisager la mise en œuvre de quelques-unes des activités énoncées. Cette démarche a pour but de focaliser les efforts des différents fournisseurs pour maximiser l'impact global. On établira des indicateurs de rendement à l'aide des renseignements et des données que l'on est en train de recueillir auprès des hôpitaux et des organismes communautaires.

2. *Groupe de travail multidisciplinaire et multiculturel*

- Le rapport de 2007 du Conseil ontarien de la qualité des services de santé a décrit quelques programmes interdisciplinaires de prévention du diabète utilisés dans d'autres compétences. Le Conseil estimait qu'une diminution de 33 % des cas de diabète en Ontario permettrait d'économiser 70 millions de dollars par année en frais de traitement et que ce montant augmenterait à 500 millions de dollars annuellement en trois ans. Misant sur ces constatations, le RLISS établira un groupe de travail multidisciplinaire et multiculturel qui envisagera des activités pratiques de prévention primaire et secondaire pouvant être intégrées aux pratiques actuelles. Les fournisseurs seront informés des activités et pourront les mettre en œuvre volontairement.

3. *Fiche de renseignements sur la gestion de l'information / technologie de l'information (GI/TI)*

- On a démontré que la GI/TI améliore la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Les facteurs qui renforcent la capacité de la GI/TI mentionnés dans les publications seront brièvement décrits dans une fiche de renseignements qui sera distribuée à grande échelle aux fournisseurs du RLISS, particulièrement aux fournisseurs de soins primaires. Des renseignements sur le Registre des cas de diabète du ministère leur seront également fournis.

4. *Accident vasculaire cérébral et diabète / dialyse*

- La stratégie Vieillir chez soi subventionnera un nouveau programme de prévention des accidents vasculaires cérébraux portant principalement sur la prévention de l'hypertension, principal facteur de risque d'accident vasculaire cérébral, chez les personnes âgées. Le comité consultatif de la prévention et de la gestion des maladies chroniques conseillera les responsables du projet et envisagera la meilleure façon de tirer parti des leçons apprises dans le RLISS. L'Ontario Stroma System (OSS) réexamine ses frontières et envisage de les faire concorder avec celles du RLISS. Le comité consultatif se tiendra au courant des discussions et engagera l'OSS, le cas échéant. Si

le programme inclut le traitement des accidents vasculaires cérébraux, le comité consultatif obtiendra le soutien neurologique approprié.

- L'Hôpital régional Humber River et l'Hôpital central de York, les deux centres régionaux de traitement des néphropathies chroniques du RLIS, se réuniront régulièrement pour planifier les services de dialyse à l'échelle du RLIS, particulièrement les services communautaires. D'autres fournisseurs de services de dialyse seront invités aux réunions et mis en œuvre, le cas échéant.

Activités pour 2010-2011 :

- Les activités lancées en 2009-2010 seront élargies. Les activités axées sur les trois domaines prioritaires du comité consultatif – prévention, TI/GI et continuum de soins – seront réexaminées et celles qui auront une incidence continueront.
- Le Registre des cas de diabète du ministère aura été déployé depuis un an et les données préliminaires sur les réussites et les enjeux seront examinées pour déterminer quels mécanismes de soutien, le cas échéant, pourraient en améliorer la mise en œuvre.
- Durant le présent exercice, le comité consultatif commencera également à étudier les populations à risque élevé et à formuler des interventions pour ces groupes.
- Le réseau de dialyse sera probablement élargi à l'échelle du RLIS et des possibilités de collaboration entre les fournisseurs de services seront envisagées, notamment en matière de formation. Le programme de prévention des accidents vasculaires cérébraux devrait dégager des résultats préliminaires permettant d'identifier les éléments du programme qui ont eu les effets souhaités et ceux qui ont besoin d'être révisés.

Activités pour 2011-2012 :

- Les activités pour 2011-2012 seront fonction des démarches qui auront réussi au cours des années précédentes et auront eu une incidence positive sur la qualité des services.

PARTIES CONCERNÉES :

- Le réseau consultatif sur la prévention et la gestion des maladies chroniques – composé de fournisseurs de services de santé, d'organismes partenaires (p. ex., santé publique), ce réseau est chargé de fournir une orientation stratégique globale et des directives concernant l'intégration et la coordination des services aux personnes atteintes de maladies chroniques dans le RLIS.
- La coalition pour la prévention et la gestion des maladies chroniques – ses membres représentent les fournisseurs de services de santé du secteur des maladies chroniques, les usagers, les organismes partenaires et les organismes de recherche et d'enseignement. La coalition se réunit deux fois l'an et son rôle consiste à présenter diverses perspectives et des commentaires sur les plans et les directives stratégiques élaborés par le réseau consultatif.
- Les groupes de travail sur la prévention et la gestion des maladies chroniques axés sur l'autogestion et la coordination du système. Composés de fournisseurs de services de santé et d'organismes partenaires, ils réalisent des projets précis sous la direction du réseau consultatif.

RENDEMENT :

☐	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 49 jours	☒	Proportion de patients admis dont la durée du séjour est ≤ à 8 heures Cible du RLISS pour 2009-2010 34 %	☒	Favoriser l'autogestion de la santé
☐	Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien – 90 ^e percentile Repère provincial atteint 182 jours	☒	Proportion de patients gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 8 heures pour les cas de niveaux 1 et 2 sur l'ÉTQ et de ≤ 6 heures pour les cas de niveau 3 sur l'ÉTQ Cible du RLISS 86 %	☒	Promouvoir un mode de vie sain
☐	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 100 jours	☒	Proportion de patients non gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 4 heures Cible du RLISS 93 %	☐	Renforcer les collectivités
☐	Temps d'attente pour un examen diagnostique (IRM/tomodensitométrie) Cible du RLISS pour 2009-2010 IRM : 95 jours Tomodensitométrie : 28 jours	☒	Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins Cible du RLISS 8,7 %	☐	Assurer des résultats fondés sur des preuves
☐	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou Cible du RLISS pour 2009-2010 Hanche : 182 jours Genou : 182 jours	☒	Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée Cible du RLISS 85 jours	☒	Assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue
				☐	Favoriser une répartition plus intelligente des ressources
				☒	Répondre aux divers besoins des collectivités de l'Ontario

Le temps d'attente est le temps écoulé entre la décision de traiter et le moment où le traitement est reçu. Le 90^e percentile est le point où 9 patients sur 10 ont reçu leur traitement.

*** Voir Résultats pour les clients en page 45**

RÉSULTATS POUR LES CLIENTS :

Offrir des soins plus rapides à proximité du domicile / taux de visites à l'urgence pouvant être gérées ailleurs

- Visites à l'urgence gérées ailleurs : pour ce faire, l'on offre des services communautaires dans les régions rurales du RLISS, notamment par le truchement de cliniques rurales pour diabétiques et de la prestation de soins à domicile, pour mieux contrôler le diabète et, de ce fait, améliorer les résultats pour les diabétiques et diminuer les visites à l'urgence.

Favoriser l'autogestion de la santé

- Le projet d'autogestion offre aux fournisseurs une formation qui leur permet d'aider les patients à développer une approche individualisée à l'égard de leur maladie chronique et, partant, à prendre soin d'eux-mêmes.

Promouvoir un mode de vie sain

- Les projets de cliniques rurales et d'autogestion incluent des messages relatifs à la promotion de la santé. Le projet en milieu rural prévoit également des liens avec les centres de loisirs municipaux pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Élargir la capacité communautaire

- Le projet en milieu rural renforce ou crée trois nouvelles cliniques communautaires et fournit des soins à domicile aux aînés frêles diabétiques.

RETOMBÉES FINANCIÈRES :

Financement requis :

Plan stratégique systémique sur la prévention et la gestion des maladies chroniques : Le plan, achevé en mars 2009, accorde la priorité aux cheminements/transitions cliniques et vise à améliorer les processus systémiques et les résultats pour les patients. Un projet pilote de développement auquel participent un hôpital, le CASC et les soins primaires requerra environ 700 000 \$. Ce montant sera réclamé au titre de Vieillir chez soi. Le projet pilote visera également les frais de financement annualisés pour la mise en œuvre du projet dans le CASC et les hôpitaux du RLISS. Cela permettra de fournir des services dans la collectivité et de réduire les réadmissions à l'hôpital/l'urgence.

Groupe de travail multisectoriel sur la prévention primaire et secondaire : L'on s'attend à ce que la mise en œuvre de cette stratégie occasionne des travaux de développement qui coûteront 500 000 \$. Le financement annualisé requis sera calculé lorsque le travail de développement sera achevé.

Autogestion des patients diabétiques et victimes d'un accident vasculaire cérébral : La mise en œuvre de ce volet de la stratégie, qui mise sur le projet terminé en 2008-2009, coûtera environ 250 000 \$ en frais de développement. Le financement annualisé requis sera calculé durant l'étape de développement.

Services des urgences

ANALYSE DU CONTEXTE

Les services des urgences jouent un rôle important dans notre système de santé et sont utilisés par des millions d'Ontariens chaque année; en 2006-2007, il y a eu 5 262 529 visites aux services des urgences de la province. Cela représente environ 40 visites à l'urgence pour chaque tranche de 100 personnes dans la province. L'on constate que 70 % des visites à l'urgence sont effectuées dans les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires à volume élevé¹⁷. Les six hôpitaux de soins actifs du RLISS du Centre appartiennent à la catégorie des hôpitaux communautaires à volume élevé¹⁸ (c.-à-d. que le nombre annuel de visites est supérieur à 30 000). L'on s'attend à ce que la demande de services d'urgence dans la province augmente parallèlement à l'augmentation de la population. La réduction des temps d'attente à l'urgence est un projet clé du ministère.

Le RLISS considère les services des urgences comme une priorité dans son Plan de services de santé intégrés, car la capacité de ces services est poussée à la limite par la croissance démographique, la disponibilité décroissante de médecins de soins primaires et le manque de solution de rechange.

En 2006-2007, le RLISS du Centre a enregistré 411 672 visites à l'urgence, ce qui représente environ 8 % du nombre total de visites à l'urgence en Ontario et correspond à la proportion de visites que le RLISS s'attendrait à recevoir¹⁹.

L'Hôpital général de North York, l'Hôpital régional Humber River et le Centre régional de santé Southlake représentaient la majorité du volume de visites à l'urgence dans la région du RLISS. Moins de 6 % des visites à l'urgence effectuées par les résidents du RLISS surviennent à l'extérieur de celui-ci. Au regard de l'échelle canadienne de triage et de gravité²⁰ :

- La majorité des services d'urgence dans le RLISS du Centre se rapportent aux niveaux III et IV²¹ de l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG), ce qui correspond à la moyenne nationale.
- Seulement 0,49 % des services d'urgence se rapportent au niveau I de l'ÉTG, ce qui correspond aux tendances provinciales.
- Parmi les patients appartenant au niveau I de l'ÉTG, 52,8 % ont 65 ans et plus.

Au cours des dix prochaines années, l'augmentation du nombre d'utilisateurs des services des urgences sera principalement attribuable à la cohorte 65 et plus qui enregistrera une hausse de 40 %. Les cohortes 20 – 34 et 35 – 64 seront les deux suivantes. Présument les modèles actuels de prestation des services et la croissance démographique attendue dans le RLISS, les consultations à l'urgence progresseront plus

¹⁷ Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : Combien de temps les patients passent-ils dans les services d'urgence en Ontario?, Institut canadien d'information sur la santé, janvier 2007

¹⁸ Canadian Institute for Health Informatics

¹⁹ Évaluation des besoins et analyse des lacunes des services de santé (EBALSS). KPMG. Novembre 2008

²⁰ Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : Combien de temps les patients passent-ils dans les services d'urgence en Ontario?, Institut canadien d'information sur la santé, janvier 2007

²¹ L'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) est un outil qui permet aux départements des urgences de trier les clients selon le type de cas et la gravité de l'état afin d'assurer que les patients les plus gravement atteints sont traités en premier (niveau I = réanimation; niveau II = très urgent; niveau III = urgent; niveau IV = moins urgent; niveau V = non urgent)

rapidement que le taux provincial²² :

- D'ici à 2011, le nombre de consultations à l'urgence dans le RLISS progressera de plus de 4 %, comparativement à environ 3 % pour la province.
- D'ici à 2013, l'écart entre les moyennes du RLISS et de la province s'établira à 2 %.
- D'ici à 2018, l'écart passera à près de 4 %. Les consultations à l'urgence dans le RLISS auront augmenté de 15 % par rapport à 2006-2007, tandis que les visites à l'urgence à l'échelle de la province monteront d'un peu moins de 12 %.

Les projections susmentionnées indiquent que les visites à l'urgence augmenteront plus rapidement que la moyenne provinciale et qu'il faudra probablement augmenter les services des urgences.

SITUATION ACTUELLE :

Activités pour 2008-2009 :

Le RLISS du Centre a mis sur pied le réseau consultatif sur les services des urgences mentionné dans son Plan de services de santé intégrés. Le réseau est composé d'urgentologues, d'infirmières de services d'urgence et d'administrateurs des secours médicaux d'urgence et du Centre d'accès aux soins communautaires du Centre. Il a établi des groupes de travail à court terme chargés d'élaborer des recommandations en vue d'améliorer l'accès à ce qui suit :

1. Intervention rapide du spécialiste (consultant)
2. Services d'imagerie diagnostique et de laboratoire
3. Équipe d'intervention rapide (p. ex., équipe envoyée dans les maisons de soins de longue durée pour traiter les patients âgés)
4. Services de soutien (p. ex., travailleur social, infirmière spécialisée en gestion des urgences gériatriques, etc.)

Ces groupes de travail ont été mis sur pied en réponse aux recommandations du rapport du Hospital Emergency Department and Ambulance Effectiveness Working Group intitulé « Improving Access to Emergency Services: A System Commitment » (été 2005)²³.

L'on s'attend à ce que ces recommandations soient présentées au réseau en janvier 2009.

Le responsable des services des urgences et le réseau consultatif des services des urgences du RLISS participent activement à la mise en œuvre de la stratégie sur les services des urgences/autres niveaux de soins du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et à l'avancement du Plan de services de santé intégrés du RLISS. La stratégie ministérielle prévoit un investissement de 109 millions de dollars pour réduire les temps d'attente à l'urgence et le nombre de journées consacrées aux autres niveaux de soins dans les hôpitaux de soins actifs. Dans le cadre de ces stratégies, la province élaborera un système de présentation de rapports sur les services des urgences qui permettra aux RLISS de surveiller le rendement des services des urgences à partir de l'automne 2008.

Le déploiement de l'équipe itinérante dirigée par des infirmières dans les maisons de soins de longue durée est un autre élément de la stratégie sur les services des urgences/autres niveaux de soins. Cette équipe dispenserait des soins aux pensionnaires des maisons qui se rendraient autrement à l'urgence. Cette initiative devrait être mise en œuvre à l'automne 2008, sous réserve de l'approbation du ministère et du conseil d'administration. De plus, les aînés de 85 ans et plus qui arrivent à l'urgence seront identifiés

²² Évaluation des besoins et analyse des lacunes des services de santé (EBALSS). KPMG. Novembre 2008.

²³ Également appelé rapport Schwartz.

par le Centre d'accès aux soins communautaires par le truchement du projet de notification des services des urgences; ce projet sera mis en œuvre dans trois hôpitaux du RLISS et l'on prévoit l'élargir à d'autres hôpitaux de la région.

BUTS ET OBJECTIFS (selon le PSSI) :

Les objectifs prioritaires pour les services des urgences sont les suivants :

1. Repérer les obstacles à l'accès aux services des urgences dans le RLISS, notamment les obstacles qui affectent les patients des diverses communautés.
2. Élaborer des stratégies de communication et de transition entre les fournisseurs de soins primaires, les fournisseurs de services communautaires et de soins de longue durée et les services d'urgence.
3. Évaluer la satisfaction des utilisateurs et des fournisseurs des services d'urgence.
4. Améliorer la circulation grâce à des procédures dans les services des urgences du RLISS.
5. Élaborer des stratégies axées sur des solutions de rechange aux services des urgences.

Les autres niveaux de soins constituent pour le RLISS une nouvelle priorité éperonnée en grande partie par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Elle découle des priorités axées sur les aînés et les services des urgences et est intégrée dans ce plan. On met l'accent, notamment, sur l'augmentation de la capacité des autres niveaux de soins dans des régions ciblées, l'amélioration des déplacements des patients et la surveillance continue du rendement.

ACTIVITÉS PRÉVUES :

Activités pour 2009-2010 :

1. Élaboration de plans de mise en œuvre

- En 2008-2009, le réseau consultatif sur les services des urgences élaborera des plans de mise en œuvre axés sur l'atteinte des buts et des objectifs susmentionnés. Durant l'année, on partagera les plans de mise en œuvre avec le groupe de travail sur la diversité et l'inclusion pour obtenir ses commentaires concernant le respect des besoins des populations diversifiées. Les plans tiendront également compte des facteurs qui favorisent les visites à l'urgence, notamment les déterminants sociaux de la santé.

PARTIES CONCERNÉES :

- Le réseau consultatif sur les services des urgences – composé d'employés des urgences des hôpitaux de soins actifs du RLISS et du Centre d'accès aux soins communautaires du Centre et d'un représentant d'une maison de soins de longue durée. Les membres participent à la planification au niveau du réseau et du groupe de travail.
- Les municipalités : les secours médicaux d'urgence – des représentants de la région de York et de la ville de Toronto sont membres du réseau consultatif.
- Le responsable des services des urgences du RLISS du Centre – se réunit chaque mois avec ses homologues des autres RLISS et les représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

RENDEMENT :

☐	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 49 jours	☒	Proportion de patients admis dont la durée du séjour est ≤ à 8 heures Cible du RLISS pour 2009-2010 34 %	☒	Favoriser l'autogestion de la santé
☐	Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien – 90 ^e percentile Repère provincial atteint 182 jours	☒	Proportion de patients gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 8 heures pour les cas de niveaux 1 et 2 sur l'ÉTQ et de ≤ 6 heures pour les cas de niveau 3 sur l'ÉTQ Cible du RLISS 86 %	☒	Promouvoir un mode de vie sain
☐	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 100 jours	☒	Proportion de patients non gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 4 heures Cible du RLISS 93 %	☐	Renforcer les collectivités
☐	Temps d'attente pour un examen diagnostique (IRM/tomodensitométrie) Cible du RLISS pour 2009-2010 IRM : 95 jours Tomodensitométrie : 28 jours	☒	Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins Cible du RLISS 8,7 %	☐	Assurer des résultats fondés sur des preuves
☐	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou Cible du RLISS pour 2009-2010 Hanche : 182 jours Genou : 182 jours	☒	Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée Cible du RLISS 85 jours	☒	Assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue
				☐	Favoriser une répartition plus intelligente des ressources
				☒	Répondre aux divers besoins des collectivités de l'Ontario

Le temps d'attente est le temps écoulé entre la décision de traiter et le moment où le traitement est reçu. Le 90^e percentile est le point où 9 patients sur 10 ont reçu leur traitement.

*** Voir Résultats pour les clients en page 50**

RÉSULTATS POUR LES CLIENTS :

Taux de visites à l'urgence pouvant être gérées ailleurs :

- L'on s'attend à ce que le volume de transferts des maisons de soins de longue durée aux hôpitaux du RLIS diminue grâce à l'équipe itinérante dirigée par des infirmières.
- L'on s'attend à ce que le Programme de financement axé sur les résultats entraîne une réduction des temps d'attente aux services des urgences de l'Hôpital régional Humber River, de l'Hôpital général de North York et de l'Hôpital central de York.

Assurer des résultats fondés sur des preuves

- Les initiatives des services des urgences au titre du Programme de financement axé sur les résultats concordent avec les recommandations du rapport Schwartz (2005).

Taux de réadmission pour un infarctus aigu du myocarde

- L'on s'attend à ce que les initiatives des services des urgences au titre du Programme de financement axé sur les résultats, qui visent notamment les cas cardiaques urgents, entraînent une diminution des taux de réadmission pour un infarctus aigu du myocarde.

Élargir la capacité communautaire

- L'on s'attend à ce que l'équipe itinérante dirigée par des infirmières élargisse la capacité communautaire au moyen d'une formation.

Assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue

- L'on s'attend également à ce que les initiatives des services des urgences au titre du Programme de financement axé sur les résultats augmentent la satisfaction des patients.
- Par suite des délibérations et des recommandations des divers groupes de travail dirigés par le réseau consultatif sur les services des urgences, l'on s'attend à ce que les résidents du RLIS aient accès à des services identiques et semblables dans tous les hôpitaux du RLIS, et ce, dans des délais acceptables.

RETOMBÉES FINANCIÈRES :

Financement requis :

Stratégie sur les services des urgences/autres niveaux de soins: Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé un financement pour l'année 1 de la stratégie pluriannuelle sur les SU/ANS qui vise l'atteinte d'objectifs de rendement précis dans 23 hôpitaux ciblés, dont trois sont situés dans le RLIS du Centre.

Les groupes de travail du réseau présenteront leurs recommandations en janvier 2009. L'on s'attend à ce que la mise en œuvre de ces recommandations ait une incidence sur le financement, mais on en ignore l'ampleur. Le RLIS pourrait plus facilement formuler un plan à long terme pour les services des urgences s'il était au courant des stratégies à court terme et à long terme des secours d'urgence de l'Ontario, y compris des affectations de fonds, car il pourrait assurer une concordance et une vision partagée.

Cancer

ANALYSE DU CONTEXTE :

Même si les taux de survie au cancer ont augmenté régulièrement ces dernières années (le taux de survie à cinq ans pour la majorité des cancers excède maintenant 50 %), le cancer reste une des causes principales de mortalité et l'une des maladies qui croît le plus rapidement en Ontario. Les statistiques compilées par Action Cancer Ontario (ACO), organisme responsable de la coordination et de la prestation des services de cancérologie dans la province, démontrent l'ampleur de l'enjeu²⁴ :

- Plus de 50 000 Ontariens reçoivent un diagnostic de cancer chaque année
- Un Ontarien sur trois recevra un diagnostic de cancer durant sa vie
- Deux ménages sur trois en Ontario ont été affectés par le cancer
- Le cancer est la deuxième cause de décès en Ontario, entraînant le décès d'environ 25 000 personnes chaque année
- Le cancer est la principale cause des années potentielles de vie perdues chez les personnes de moins de 40 ans
- L'on s'attend à ce que le nombre de nouveaux cas de cancer passe de 54 000 en 2004 à 74 000 en 2014
- 85 % des nouveaux cas de cancer surviennent chez les personnes de 50 ans et plus
- Environ 410 000 personnes en Ontario vivent avec le cancer; l'on s'attend à ce que ce nombre passe à 460 000 au cours des trois prochaines années
- On pourrait éviter environ 50 % du fardeau du cancer en réduisant les facteurs de risque connus

Les données suivantes pour le RLISS du Centre illustrent à l'échelle locale les tendances observées dans l'ensemble de la province²⁵ :

RLISS	Année civile	Incidence du cancer	Mortalité due au cancer	Chiffre de population
Centre	2007	7 400	3 009	1 657 047
Centre	2010	8 271	3 287	1 765 619
Centre	2015	9 824	3 756	1 940 232

²⁴ Institut national du cancer du Canada : Statistiques canadiennes sur le cancer, 2002.

²⁵ Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario, Action Cancer Ontario; Projections démographiques pour l'Ontario, ministère des Finances de l'Ontario; conversion des codes postaux aux RLISS, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

BUTS ET OBJECTIFS (selon le PSSI) :

De concert avec ACO, le Centre régional de santé Southlake et d'autres hôpitaux et fournisseurs de services de santé, le RLISS du Centre a mis sur pied un comité directeur du programme régional de cancérologie, sous les auspices d'ACO. Le comité directeur, dont le mandat consiste à aider le RLISS à formuler un plan de services de cancérologie, a établi les objectifs suivants :

1. Relier les fournisseurs de services de cancérologie et planifier un continuum de services de cancérologie afin d'offrir un système intégré de soins aux patients.
2. Travailler de concert avec les fournisseurs de services de cancérologie pour assurer la mise en œuvre du plan de services de cancérologie de l'Ontario.
3. Repérer des possibilités de planification future (immobilisations et fonctionnement) et favoriser l'intégration et la coordination des services.
4. Encourager l'élaboration et la prestation d'excellents programmes.
5. Assurer une rétroaction valable pour le patient et l'utilisateur.
6. Surveiller les rapports statistiques, les activités d'ACO et autres développements externes susceptibles d'avoir une incidence sur la prestation des services de cancérologie.
7. Cerner les questions et établir des processus de résolution en ce qui a trait à la prestation de services de cancérologie exhaustifs.
8. Par l'entremise du vice-président régional, présenter à ACO des recommandations concernant les priorités cliniques et administratives et l'affectation des ressources.

SITUATION ACTUELLE :

Activités pour 2008-2009

À ce jour, le RLISS a mis sur pied un comité directeur des services de cancérologie composé de représentants d'ACO, du Centre régional de santé Southlake et d'autres hôpitaux et fournisseurs de services de santé de sa région.

Dernièrement, le comité directeur a :

1. ***Avalisé un projet portant sur l'élaboration d'un système de stockage et de repérage numérique pour les hôpitaux***
 - Ce système permettra aux fournisseurs de services de santé de Southlake de consulter et de visionner les radiographies, ultrasons, clichés mammaires et autres images en ligne.
2. ***ContrôleCancerColorectal***
 - Il a appuyé le nouveau programme de dépistage provincial au moyen de partenariats et de promotions dans les divers secteurs du RLISS et de messages d'intérêt public dans les transports en commun locaux.

Le comité s'attache également à renforcer la relation entre le Centre régional de santé Southlake et l'Hôpital Princess Margaret, un centre d'excellence qui offre un des programmes de cancérologie les plus importants du monde, pour aider le Centre régional de santé Southlake à aménager son nouveau centre régional de cancérologie. Le Centre régional de santé Southlake a installé un centre de cancérologie intérimaire innovateur qui offrira des consultations en radiothérapie et un soutien sur son campus ainsi que des services de transport gratuits pour les patients qui doivent recevoir leur radiothérapie à l'Hôpital Princess Margaret. Ces patients se rendront à Toronto moins souvent, car les consultations avec les oncologues auront lieu au Centre régional de santé Southlake.

ACTIVITÉS PRÉVUES :

2009-2010

Action Cancer Ontario :

Le diagnostic, le traitement et la prise en main rapides de toutes les personnes atteintes d'un cancer sont des priorités et un enjeu continu en Ontario. En réponse à cet enjeu, ACO a établi des programmes régionaux de cancérologie dans chaque RLISS. Ce sont des programmes virtuels qui relient les fournisseurs de traitements anticancéreux, les organismes et les décideurs dans le secteur des traitements anticancéreux dans chaque RLISS. Chaque organisme est responsable de la prestation de services de cancérologie aux patients de sa région, tandis que chaque programme régional de cancérologie est chargé de mettre en œuvre les priorités du plan de services de cancérologie de l'Ontario (élaboré par ACO) pour améliorer l'accès à d'excellents services de cancérologie dans sa collectivité. Les programmes régionaux de cancérologie misent sur les relations, les réseaux et les programmes de collaboration établis par les fournisseurs de services de cancérologie de leurs régions. Le partenariat entre les programmes régionaux de cancérologie, les fournisseurs locaux de services de cancérologie et ACO est essentiel à la prestation de services bien coordonnés à tous les patients de l'Ontario. Ce partenariat a été reconfiguré dans les RLISS pour assurer que la coordination et la prestation des services de cancérologie concordent avec les autres services de santé à l'échelle locale.

Le rendement du RLISS du Centre est conforme aux délais d'attente pour les chirurgies établis par la province et l'Hôpital régional Humber River et l'Hôpital général de North York sont en tête. Le bon rendement du RLISS a incité ACO à réduire les temps d'attente encore davantage. On a communiqué avec l'organisme pour l'aviser que cela pourrait être perçu comme étant une récompense négative. En outre, à mesure que les temps d'attente diminuent, il devient de plus en plus difficile de les réduire encore plus. ACO a écouté, mais a maintenu que les cibles moins élevées étaient réalisables et a décidé de s'en tenir aux objectifs poussés.

Le comité a exprimé les préoccupations suivantes à propos de la décision d'Action Cancer Ontario :

- Il pourrait être impossible de réduire les temps d'attente encore davantage
- Pour un temps d'attente de moins d'un mois, la moyenne est de 2 ou 3 semaines
- Il serait plus utile de surveiller le temps d'attente pour l'obtention d'une évaluation

Le RLISS est responsable de 14 domaines et le cancer est l'un d'eux. On n'a pas conclu d'entente avec le gouvernement dans les 14 domaines. En effet, trois ententes sont en voie de négociation avec le ministère et le RLISS n'a pas encore assumé la responsabilité de ces trois domaines.

Conformément au plan de services de cancérologie de l'Ontario, tout patient qui souhaite être traité à proximité de son domicile pourra l'être. Nous anticipons que trois groupes de patients devront obtenir des soins à l'extérieur du RLISS; ils représenteront environ 25 % des patients.

- Ceux qui reçoivent des traitements spécialisés pour une leucémie aiguë, une greffe de moelle osseuse, des cancers de la tête et du cou ou des sarcomes, entre autres cancers rares (~5 %)
- Les sujets participant à des essais cliniques non offerts dans le RLISS (de 5 à 10 %)
- Les patients qui décident de se rendre à l'extérieur du RLISS (de 5 à 10 %)

Malgré nos efforts en vue de répondre aux besoins de notre population, nous reconnaissons qu'il y aura un quatrième groupe de patients : ceux qui doivent aller à l'extérieur du RLISS pour recevoir un

traitement dans les délais d'attente acceptables.

À l'heure actuelle, la région n'a pas la capacité requise pour traiter tous les patients résidant dans le RLISS. Les tendances des déplacements de 2006-2007 révèlent qu'au moins la moitié des patients traités se sont rendus dans le RLISS du Centre-Toronto. Le taux moyen de sorties du RLISS (60 %) n'est pas uniforme dans la région : moins de 30 % des patients du centre nord reçoivent des traitements à l'extérieur des limites du RLISS. Le nombre plus élevé de flux interrégionaux vers le sud du RLISS est attribuable à la proximité du RLISS du Centre-Toronto. En renforçant la capacité locale et en diminuant les flux interrégionaux, le RLISS pourrait répondre aux besoins d'une population croissante, réduire les temps d'attente et améliorer l'accès aux services de cancérologie proches du domicile.

Les maladies gérées localement sont celles qui affectent le sein, le côlon, la prostate et les poumons. De nombreuses tumeurs hématologiques malignes sont également traitées dans le RLISS. Il vaut la peine de mentionner que, dans le RLISS, les hématologues/oncologues traitent les tumeurs hématologiques bénignes en dehors de leur charge de travail en oncologie, car il y a peu ou pas de médecins spécialistes de ces tumeurs. Les patients nécessitant une chimiothérapie très intense (leucémie aiguë et greffe de moelle osseuse) ou un traitement combinant chimiothérapie/chirurgie/radiation (tête et cou) reçoivent généralement leurs soins dans le RLISS du Centre-Toronto.

Les tendances des déplacements de 2006-2007 révèlent que le pourcentage de patients atteints d'un cancer de la prostate traités dans le RLISS du Centre-Toronto est élevé. Bon nombre d'entre eux requièrent une radiothérapie et l'on croit que lorsque ce service sera offert au Centre régional de santé Southlake il sera possible de traiter un plus grand nombre de patients à proximité de leur domicile.

Un pourcentage élevé de cas d'oncologie gynécologique est traité dans le RLISS du Centre-Toronto à cause du nombre peu élevé de spécialistes en oncologie chirurgicale. ACO publiera des recommandations concernant le nombre de centres d'oncologie gynécologique requis pour répondre à la demande et assurer la qualité des soins. Nous évaluerons les retombées éventuelles du rapport pour notre RLISS et, particulièrement, pour l'Hôpital général de North York qui compte actuellement un gynécologue oncologue.

PARTIES CONCERNÉES :

- Le programme régional de cancérologie du RLISS du Centre – composé de représentants d'ACO, du Centre régional de santé Southlake, d'autres hôpitaux du RLISS, de fournisseurs de services de santé et de membres de trois bureaux de santé publique. Sous les auspices d'ACO, ce groupe aide le RLISS à élaborer un plan pour les services de cancérologie, la détection précoce et la prévention des maladies dans la population. Conformément au plan de services de cancérologie de l'Ontario, le quatrième objectif est la qualité des services. L'information provient en partie des clients et elle est transmise par les hôpitaux. Par conséquent, le comité directeur veille à ce que l'on effectue des sondages pour recueillir les commentaires des clients.

RENDEMENT :

☒ Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile	☐ Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée Cible du RLISS pour 2009-2010 85 jours	☒ Enable self-care
☐ Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien – 90 ^e percentile Repère provincial atteint 182 jours	☐ Pourcentage de jours consacrés aux ANS Cible du RLISS pour 2009-2010 8,7 %	☒ Promouvoir un mode de vie sain
☐ Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 100 jours	☐ Offrir des soins plus rapides à proximité du domicile Proportion de patients gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 8 heures pour les cas de niveaux 1 et 2 sur l'ÉTG et de ≤ 6 heures pour les cas de niveau 3 sur l'ÉTG	☒ Élargir la capacité communautaire
☐ Temps d'attente pour un examen diagnostique Cible du RLISS pour 2009-2010 IRM : 95 jours Tomodensitométrie : 28 jours	☐ Proportion de patients non gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 4 heures	☒ Renforcer les collectivités
☐ Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou Cible du RLISS pour 2009-2010 Hanche : 182 jours Genou : 182 jours	☐ Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée	☒ Assurer des résultats fondés sur des preuves Assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue
		☒ Favoriser une répartition plus intelligente des ressources
		☒ Répondre aux divers besoins des collectivités de l'Ontario

Le temps d'attente est le temps écoulé entre la décision de traiter et le moment où le traitement est reçu. Le 90^e percentile est le point où 9 patients sur 10 ont reçu leur traitement.

*** Voir Résultats pour les clients en page 56**

RÉSULTATS POUR LES CLIENTS :

Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90^e percentile

- Les temps d'attente sont une importante mesure de la rapidité avec laquelle les gens ont accès aux services de cancérologie. Ils indiquent également la capacité du système à répondre aux besoins de tous les patients et à fournir des services à proximité du domicile. La rapidité des traitements peut avoir une incidence significative sur les résultats des traitements, le pronostic et la qualité de vie.

Favoriser l'autogestion de la santé /promouvoir un mode de vie sain

- Près de 50 % des cancers peuvent être prévenus à l'aide d'une alimentation saine et d'une vie active, de tests de dépistage du cancer réguliers et de la mise en œuvre de politiques de promotion de la santé.

Offrir des soins plus rapides à proximité du domicile/renforcer les collectivités

- Conformément au plan de services de cancérologie de l'Ontario, tout patient qui souhaite être traité à proximité de son domicile pourra l'être.

Assurer l'obtention de résultats fondés sur des preuves/assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue/affecter les ressources plus judicieusement

- Le programme de soins fondés sur des preuves d'Action Cancer Ontario vise à améliorer la qualité des services de cancérologie en veillant à ce que les meilleures preuves scientifiques soient appliquées à la pratique clinique. Dans ce but, le programme dirige l'élaboration de directives et de normes de meilleures pratiques fondées sur des preuves dans onze secteurs de maladie, ainsi que dans sept groupes de directives cliniques. Les directives et les normes fondées sur des preuves sont conçues de manière à inciter les cliniciens, les dirigeants du système et les décideurs à prendre des décisions fondées sur des preuves.

RETOMBÉES FINANCIÈRES :

Financement requis :

Programme régional de thérapie systémique : Les membres se réunissent pour déterminer le volume de traitements systémiques que notre RLISS pourrait offrir si nous avions en place l'infrastructure idéale, notamment les fonds, l'espace et les ressources humaines. Après avoir débattu la question, le comité estimait que nous devons être réalistes, mais ne pas nous laisser restreindre par les déficiences actuelles et envisager les démarches qui pourraient accomplies avec un soutien au niveau requis.

Examen de la répartition aberrante des ressources entre les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires : On a également mentionné qu'il faut examiner la répartition aberrante des ressources entre les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires. Il est vrai que les hôpitaux d'enseignement ont besoin d'un certain niveau de ressources, mais les hôpitaux communautaires situés où les patients habitent et dans des régions à forte croissance ont des besoins aussi importants. Les prévisions visent un plan quinquennal et nous devrions envisager des démarches raisonnables et réalisables pour les prochaines années dans les limites des ressources dont nous disposons. Le comité directeur des services de cancérologie estimait que nos projections devraient refléter le rapatriement prévu des patients à notre RLISS, volumes qui fournissent suffisamment de masse critique aux hôpitaux pour qu'ils soient autosuffisants, peu importe leur taille. Cependant, dès que le modèle de financement et d'approvisionnement annuel sera avalisé, les hôpitaux devront absolument recevoir un soutien et un financement pour doter des postes.

Temps d'attente

ANALYSE DU CONTEXTE :

Le gouvernement de l'Ontario a établi des objectifs dans cinq secteurs clés pour réduire les temps d'attente pour les patients : chirurgie du cancer, pontage coronarien, chirurgie de la cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou et examens par IRM et tomodensitométrie.

Les temps d'attente cibles ont été établis à la suite de consultations avec des experts cliniques de toutes les régions de l'Ontario. Ils reflètent l'élaboration d'un nouveau système de priorités destiné à gérer d'une manière plus efficace et uniforme l'accès aux soins en mettant l'accent sur l'urgence des besoins.

Parmi les autres éléments de la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario, mentionnons une augmentation significative du nombre d'interventions pour réduire l'arriéré accumulé au cours de la dernière décennie, des investissements en technologies nouvelles, plus efficaces telles que les appareils d'IRM, la normalisation des pratiques exemplaires pour les fonctions médicales et administratives et la collecte et la communication de données exactes et à jour sur les temps d'attente pour améliorer le processus décisionnel et renforcer la responsabilisation.

BUTS ET OBJECTIFS (selon le PSSI) :

1. Accroître la capacité pour réduire les temps d'attente.
2. Renforcer les assises d'une planification concertée pour les services prioritaires visés par les temps d'attente.
3. Par l'entremise de groupes d'experts, élaborer des lignes directrices et des mesures visant à assurer qu'il n'y a pas de retombées négatives pour les autres services non visés par les temps d'attente dans chaque spécialité.
4. Rationaliser la collecte et l'interprétation des données pour utiliser pleinement les services.
5. Favoriser une sensibilisation aux services prioritaires visés par les temps d'attente, la communication uniforme et opportune des temps d'attente et un processus coordonné d'acheminement et de suivi.

SITUATION ACTUELLE :

Activités pour 2008-2009 :

Comme l'a révélé notre Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS de 2008-2009, le RLISS du Centre surpasse généralement les objectifs provinciaux pour la chirurgie du cancer, les pontages coronariens, les examens par tomodensitométrie et la chirurgie de la cataracte. Par ailleurs, par suite du vieillissement rapide de la population et des changements aux tendances d'utilisation, les temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les examens par IRM continuent de poser des enjeux.

Afin d'améliorer son rendement en ce qui a trait à la chirurgie de la cataracte et aux arthroplasties de la hanche et du genou, le RLISS a adopté des modèles de collaboration novateurs tels que les centres à volume élevé et les évaluations communes. Dans le cas des examens par IRM et tomodensitométrie, il faut ajouter des appareils et/ou des quarts pour réduire les temps d'attente.

1. Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte :

- Par suite de la croissance démographique rapide et du vieillissement de la population, le RLISS continuera de faire face à une demande élevée pour cette intervention.

2. Temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche et du genou :

- Une croissance démographique rapide, conjuguée au vieillissement de la population (dû au nombre supérieur à la moyenne d'aînés qui déménagent dans les aires de retraite du RLISS), continuera de générer une demande élevée pour ces procédures dans le RLISS.

3. Temps d'attente pour un examen par IRM :

- Dans le domaine en croissance rapide de l'IRM cardiaque, la demande de services d'IRM au centre régional de cardiologie du RLISS (exploité par le Centre régional de santé Southlake) augmentera considérablement. Outre les volumes accrus, ces examens prennent beaucoup de temps. En réponse à cette nouvelle tendance et à la demande, le Centre régional de santé Southlake a embauché un cardiologue expérimenté dans le domaine. Le Centre deviendra un des centres cardiaques innovateurs qui utilisent les examens par IRM pour améliorer le diagnostic et le traitement des maladies du cœur. L'augmentation prévue des examens par IRM plus longs et complexes exacerbera les pressions et les risques en ce qui a trait à la capacité de s'engager à respecter les objectifs provinciaux au cours des années ultérieures.

4. Temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie :

- Le développement de l'angiographie cardiaque par tomodensitométrie exerce des pressions importantes sur la capacité actuelle. Ces examens dégageront des bienfaits, car le nombre de cathétérismes cardiaques diminuera. Ils devraient devenir la norme de traitement pour un segment des patients atteints de maladies du cœur.

ACTIVITÉS PRÉVUES :

Activités pour 2009-2010

1. Améliorer les temps d'attente

- Le RLISS du Centre entend réduire les temps d'attente en adoptant une approche systémique plutôt qu'une approche axée sur l'établissement individuel. À cette fin, il examinera de nouveaux modèles de collaboration innovateurs.

PARTIES CONCERNÉES :

- Le groupe de planification stratégique des temps d'attente – inclut tous les hôpitaux du RLISS et le Centre d'accès aux soins communautaires du Centre. Ce groupe dirige l'analyse du rendement du RLISS en matière de temps d'attente et contribue au repérage de stratégies visant à régler les problèmes de rendement.

RENDEMENT :

☐	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 49 jours	☒	Proportion de patients admis dont la durée du séjour est ≤ à 8 heures Cible du RLISS pour 2009-2010 34 %	☒	Favoriser l'autogestion de la santé
☐	Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien – 90 ^e percentile Repère provincial atteint 182 jours	☒	Proportion de patients gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 8 heures pour les cas de niveaux 1 et 2 sur l'ÉTQ et de ≤ 6 heures pour les cas de niveau 3 sur l'ÉTQ Cible du RLISS 86 %	☒	Promouvoir un mode de vie sain
☐	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 100 jours	☒	Proportion de patients non gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de ≤ 4 heures Cible du RLISS 93 %	☐	Renforcer les collectivités
☐	Temps d'attente pour un examen diagnostique (IRM/tomodensitométrie) Cible du RLISS pour 2009-2010 IRM : 95 jours Tomodensitométrie : 28 jours	☒	Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins Cible du RLISS 8,7 %	☐	Assurer des résultats fondés sur des preuves
☐	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou Cible du RLISS pour 2009-2010 Hanche : 182 jours Genou : 182 jours	☒	Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée Cible du RLISS 85 jours	☒	Assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue
				☐	Favoriser une répartition plus intelligente des ressources
				☒	Répondre aux divers besoins des collectivités de l'Ontario

Le temps d'attente est le temps écoulé entre la décision de traiter et le moment où le traitement est reçu. Le 90^e percentile est le point où 9 patients sur 10 ont reçu leur traitement.

*** Voir Résultats pour les clients en page 60**

RÉSULTATS POUR LES PATIENTS :

Stratégie de réduction des temps d'attente : affectations incrémentielles pour **2008-2009**

- 4 044 chirurgies de la cataracte (2 826 100 \$)
- 925 chirurgies cardiaques (14 629 341 \$)
- 1 356 arthroplasties de la hanche et du genou (9 173 400 \$)
- 465 chirurgies du cancer (3 404 473 \$)
- 21 533 heures d'examens par IMR (5 598 580 \$)
- 1 618 heures d'examens par tomodensitométrie (404 600 \$)

Total du financement incrémentiel pour **2008-2009** : **27 267 694 \$**

Total du financement incrémentiel depuis le lancement de la Stratégie de réduction des temps d'attente :
107 248 884 \$

Pourcentage de changement entre **mars 2009 et mars 2008 (du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009)**

- Les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte ont **DIMINUÉ** de 3,52 %
- Les temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche ont **DIMINUÉ** de 15,47 %
- Les temps d'attente pour une arthroplastie du genou ont **DIMINUÉ** de 13,33 %
- Les temps d'attente pour un examen par IRM ont **DIMINUÉ** de 10 %
- Les temps d'attente pour un examen par tomodensitométrie ont **AUGMENTÉ** de 11,42 %

RETOMBÉES FINANCIÈRES :

Financement requis :

Financement continu pour les temps d'attente : Les hôpitaux du RLIS ont souligné la nécessité de transformer le financement unique actuel pour la Stratégie de réduction des temps d'attente en un financement de base continu afin d'instaurer une stabilité dans le système.

RENDEMENT :

☐	Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 49 jours	☒	Proportion de patients admis dont la durée du séjour est $\leq$ à 8 heures Cible du RLISS pour 2009-2010 34 %	☒	Favoriser l'autogestion de la santé
☐	Temps d'attente pour un pontage aortocoronarien – 90 ^e percentile Repère provincial atteint 182 jours	☒	Proportion de patients gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de $\leq$ 8 heures pour les cas de niveaux 1 et 2 sur l'ÉTQ et de $\leq$ 6 heures pour les cas de niveau 3 sur l'ÉTQ Cible du RLISS 86 %	☒	Promouvoir un mode de vie sain
☐	Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90 ^e percentile Cible du RLISS pour 2009-2010 100 jours	☒	Proportion de patients non gravement atteints non admis traités dans le délai provincial de $\leq$ 4 heures Cible du RLISS 93 %	☐	Renforcer les collectivités
☐	Temps d'attente pour un examen diagnostique (IRM/tomodensitométrie) Cible du RLISS pour 2009-2010 IRM : 95 jours Tomodensitométrie : 28 jours	☒	Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins Cible du RLISS 8,7 %	☐	Assurer des résultats fondés sur des preuves
☐	Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou Cible du RLISS pour 2009-2010 Hanche : 182 jours Genou : 182 jours	☒	Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée Cible du RLISS 85 jours	☐	Assurer la qualité et la capacité de la prestation des services grâce à une amélioration continue
				☐	Favoriser une répartition plus intelligente des ressources
				☒	Répondre aux divers besoins des collectivités de l'Ontario

Remarque : Les initiatives décrites dans le plan détaillé correspondent aux priorités du PSSI et aux nouvelles priorités. Elles seront entreprises dans les limites de l'affectation approuvée pour le RLISS. Les tableaux de rendement visent à aider le lecteur à comprendre la concordance entre les initiatives planifiées et les cibles de rendement. Puisque les cibles pour les temps d'attente à l'urgence ont défini de nouvelles attentes pour le RLISS, aucune donnée confirmée n'a été fournie en page 60. Soulignons que les initiatives décrites dans les présentes n'assureront pas à elles seules l'atteinte des cibles de rendement, car elles sont des indicateurs systémiques. Dans le cadre d'une planification et de procédures de financement plus macro, le RLISS entreprend des initiatives et formule des principes axés sur une affectation plus judicieuse des ressources et une sensibilité accrue aux résultats systémiques. Dans l'entente de responsabilisation, le RLISS reconnaît l'apport de ses fournisseurs de services de santé à l'atteinte des indicateurs de rendement systémiques. Il continuera de surveiller le rendement du système et d'adapter de nouvelles initiatives de financement ciblant éventuellement les indicateurs non atteints.

Sommaire financier

Le RLISS du Centre ne prévoit pas de réaffectations entre les secteurs. Comme l'indique la section intitulée Analyse du contexte, sa région enregistre un des taux de croissance les plus élevés en Ontario et il faut élargir les services dans tous les secteurs. Le RLISS n'a pas la souplesse ni les ressources excédentaires voulues pour effectuer des transferts à d'autres secteurs.

Notre plan de dépenses comprend ce qui suit :

1. un plan triennal conformément à l'annexe 9 de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS;
2. des initiatives annoncées par le ministère, dont quelques-unes ne figurent pas à l'annexe 9.

Le plan triennal propose d'exécuter le mandat du RLISS et d'atteindre ses priorités.

Planification des opérations du RLISS

Opérations du RLISS

Dans le cadre de son rôle de gestionnaire local des systèmes, le RLISS continue de mettre en œuvre un cadre de responsabilité financière solide afin que les fournisseurs de services de santé puissent exercer leurs activités conformément aux attentes définies dans les ententes sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) et les ententes sur la responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M).

Le RLISS est déterminé à axer ses efforts sur les projets conformes au PSSI, les priorités du ministère et à se conformer à l'Entente de responsabilisation, dont il entend atteindre les objectifs de rendement.

Demandes spéciales de financement

Voici quelques-uns des projets spéciaux planifiés au titre du budget de fonctionnement du RLISS :

1. Cybersanté – 600 000 \$:

Afin que le programme soit rentable, le RLISS du Centre et le RLISS du Centre-Toronto ont mis sur pied un conseil de la cybersanté et un bureau de cybersanté communs pour optimiser leurs ressources financières et humaines. Le conseil, qui est composé de fournisseurs de services de santé des deux RLISS, offre des conseils stratégiques sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de cybersanté commune. Les bureaux de cybersanté sont situés dans les deux RLISS, partagent un gestionnaire commun et servent de centre pour les activités axées sur la cybersanté au niveau des RLISS, assurant une concordance avec les orientations provinciales en matière de cybersanté.

Les projets de cybersanté suivants seront mis en œuvre au cours des prochaines années : le projet d'appariement des ressources et de renvoi qui assurera le transfert sans heurts et efficace des clients au sein du système de santé à l'aide de normes procédurales établies et de la participation aux initiatives provinciales telles que le système de notification des services des urgences et du CASC. Le RLISS

envisage également avec enthousiasme de participer au déploiement du Registre des cas de diabète, qui identifiera les personnes diabétiques et surveillera les directives de meilleures pratiques.

Les ressources requises serviraient à financer les coûts engagés par le Bureau de gestion des projets de cybersanté pour gérer le déploiement du projet de cybersanté dans le RLISS. Une bonne partie du budget (36 %) s'applique aux frais de personnel imputés au University Health Network. Environ 316 000 \$, représentant 53 % du budget, sont affectés au financement des coûts initiaux d'évaluation du projet d'appariement des ressources et de renvoi approuvé par le conseil le 26 mai 2009.

En 2008-2009, le ministère a octroyé 483 700 \$ à la cybersanté. Le responsable de la cybersanté devra fournir un plan opérationnel pour les résultats visés en 2009-2010.

2. Projet d'immobilisations de Vaughan – 215 000 \$

En octobre 2008, le ministère a octroyé 190 000 \$ pour aider le RLISS à assumer les coûts d'élaboration du programme directeur des services hospitaliers prévus dans Vaughn. Le montant additionnel de 25 000 \$ financerait les frais internes du RLISS associés à ce projet.

3. Responsable du rendement des SU/ANS – 100 000 \$

Les ressources requises portent sur le coût d'un ETP voué à la surveillance et à la communication des activités effectuées par le RLISS pour atteindre les objectifs fixés pour les services des urgences et les autres niveaux de soins. Ce financement représente un coût annualisé qui a été financé pour une partie de l'année 2008-2009. Les principales responsabilités rattachées au poste sont les suivantes :

- Représenter le RLISS à titre de responsable du rendement des autres niveaux de soins et des services des urgences (ANS/SU) pour appuyer le directeur général et l'équipe de la haute direction du RLISS.
- Élaborer un cadre de rendement pour les secteurs clés, notamment Vieillir chez soi, Programme de financement axé sur les résultats, Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes et qualité.
- Surveiller les mesures de rendement utilisées par le groupe de travail sur le rendement, les contrats et les affectations pour respecter les exigences de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS.
- Appuyer et bâtir le nouveau cadre de rendement prévu dans le deuxième Plan de services de santé intégrés (PSSI).
- Présenter une analyse du rendement à la haute direction
- Intégrer les processus de planification, de gestion du rendement et de financement des nouvelles initiatives.

4. Santé des Autochtones – 20 000 \$

Ce financement ponctuel affecté à l'élaboration d'une stratégie destinée à améliorer les résultats pour la santé des Autochtones vivant dans la région du RLISS a été approuvé par le conseil le 28 avril 2009. Il permettra d'embaucher un conseiller qui évaluera les lacunes de services en consultation avec les organismes et les communautés autochtones.

5. Responsable des services des urgences – 75 000 \$

Ce financement permettra de rembourser partiellement le RLISS des frais engagés par son responsable des services des urgences pour élaborer une stratégie exhaustive pour les services des urgences de concert avec les représentants du RLISS et les hôpitaux, laquelle vise à améliorer l'accès, la qualité et l'intégration du système.

Le responsable des services des urgences du RLISS relève du directeur général du RLISS et du responsable provincial des temps d'attente à l'urgence. Les principales responsabilités rattachées au poste sont les suivantes :

I. Responsabilités au niveau provincial

- Siéger à la table provinciale des responsables des services des urgences des RLISS.
- Contribuer à une analyse provinciale trimestrielle des données des services des urgences.
- Appuyer la mise en œuvre de la stratégie pour les services des urgences et autres améliorations systémiques.
- Assumer la planification des ressources humaines des services des urgences.

II. Responsabilités au niveau du RLISS

- Aviser le directeur général du RLISS des ressources des urgences des hôpitaux de la région.
- Organiser et présider le réseau des services des urgences du RLISS composé de représentants des hôpitaux de la région, d'employés désignés du RLISS et autres intervenants concernés.
- Préconiser des améliorations à la prestation des services d'urgence.
- Diriger la planification, les essais et la gestion des événements en cas d'augmentation subite de la demande à l'urgence.

6. Vieillir chez soi

L'initiative Vieillir chez soi du RLISS exigera un investissement de 106 millions de dollars sur trois ans. L'élaboration stratégique de cette initiative requiert du personnel additionnel et le RLISS prévoit continuer de discuter de la possibilité d'augmenter le personnel.

Planification des opérations du RLISS

Buts :

1. Voir à ce que les ressources financières et humaines du RLISS soient utilisées le plus efficacement possible pour atteindre les objectifs des principales stratégies ministérielles et respecter les responsabilités énoncées dans l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS.

Objectifs :

1. Embaucher et retenir du personnel possédant les compétences et les antécédents requis et pouvant fournir le leadership et le savoir nécessaires à l'atteinte du but opérationnel susmentionné.
2. Bâtir une solide culture de gestion du rendement.
3. Continuer de travailler et de bâtir des relations solides avec les fournisseurs de services de santé, la collectivité et les Francophones et Autochtones à des fins de planification stratégique.

Plan de communications

Le Plan de services annuel renferme de nombreuses annonces, mais ne requiert pas de plan de communications stratégiques distinct.

Les versions française et anglaise du Plan de services annuel approuvé seront mises à la disposition du public, des fournisseurs de services de santé et des autres partenaires sur le site Web du RLISS du Centre.

Le calendrier des activités de communication liées au Plan de services annuel sera déterminé en fonction des directives du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et coordonné avec les autres RLISS.

Communications stratégiques

Les communications réussies sont le fruit d'un programme bien planifié et mis en œuvre correctement. Elles engendreront une sensibilisation, une compréhension, un sentiment de confiance et un soutien accru à l'égard des initiatives du RLISS du Centre.

Le service des communications a pour rôle premier de travailler de concert avec l'équipe de la haute direction et le conseil d'administration du RLISS et avec le MSSLD pour planifier, lancer et évaluer un programme de communications efficace pour le RLISS. Ce programme devrait cibler les communications bilatérales, assurant que des renseignements courants et exacts sont diffusés et reçus par les auditoires internes et externes.

Aux premiers stades de sa mise en œuvre, le service des communications du RLISS a reçu des renseignements sur les communications, leur rôle et leur objectif au sein d'une organisation. À mesure que le RLISS adoptera un positionnement stratégique plus proactif, le service des communications abandonnera son rôle de fournisseur de services pour devenir un partenaire stratégique. Les communications intégrées assurent que les initiatives et les programmes sont mis en valeur dans l'ensemble du RLISS. Des communications proactives résulteront d'un travail avec les médias locaux, de communications renforcées articulées sur le Web et de stratégies de participation interne et communautaire.

Élaboration d'un cadre de communications

Les activités de communication devraient respecter les calendriers suivants :

- **Court terme** – Focaliser les communications axées sur les questions/événements et faire un suivi avec les processus existants. (C'est-à-dire Health Check-In, communiqués de presse, site Web, relations avec les médias, breffages, réunions du conseil)
 - **Statut** : en cours
- **Moyen terme** – Communications proactives axées sur les programmes ou initiatives qui reflètent le rôle du RLISS dans la planification, la coordination, l'intégration et le financement des services de santé.
 - **Statut** : À ce jour, on a accompli du travail sur le site Web (Vieillir chez soi, EBALSS et PSSI 2). En outre, communication proactive avec les médias et les députés à l'aide de *Health Check-In*. Les prochaines étapes seront déterminées et priorisées.

- **Long terme** – Communications axées sur la mission et le mandat qui reflètent les objectifs et les buts du RLISS. Élaborer un cadre et une démarche proactive pour le service des communications. (C’est-à-dire actualiser la stratégie de communication du RLISS, prioriser les tactiques et établir des calendriers réalistes, ce qui mènera en fin de compte à des communications améliorées avec les auditoires.)

Buts

1. Accroître la sensibilisation aux priorités du RLISS et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
2. Promouvoir la pensée concertée et innovatrice qui favorise les changements systémiques.
3. Soutenir l’évolution d’une approche intégrée à l’égard de la prestation des services de santé.
4. Abandonner l’accent sur l’organisme en faveur de la collaboration systémique.

Objectifs

1. Créer de nouvelles possibilités de participation publique à la planification du RLISS.
2. Valider la pertinence des priorités actuelles et déterminer les questions émergentes auprès des intervenants publics et des fournisseurs de services de santé.
3. Promouvoir le processus de PSSI, les possibilités de participation publique et l’engagement des fournisseurs de services de santé et partager les résultats à l’aide de moyens de communication multivoies.
4. Asseoir la visibilité et la réputation du RLISS grâce à des relations proactives avec les médias et le gouvernement.

Intervenants/auditoires clés

<i>Public</i>	<i>Fournisseurs de services de santé</i>	<i>Intervenants intéressants/influents</i>
• Résidents qui vivent, travaillent et reçoivent des services dans les limites du RLISS du Centre (y compris groupes ethnoculturels et autres groupes marginalisés) • Patients/clients/usagers et membres des familles • Autochtones et Premières nations • Francophones	• Membres de réseaux et de groupes consultatifs • Comité consultatif des professionnels de la santé • Dirigeants et personnel de première ligne des fournisseurs de services de santé • Médecins/équipes de santé familiale • Santé publique • Autres professionnels de la santé	• Conseil d’administration • Personnel du RLISS du Centre • Ministère de la Santé et des Soins de longue durée • Gouvernement (municipal, régional, provincial, fédéral) • Autres RLISS • Associations provinciales • Secteur des services communautaires • Secteur de l’enseignement • Médias

Messages clés

Participation, contribution et responsabilisation à l’échelle locale

Travailler avec notre collectivité pour créer un système de soins de santé solide axé sur le client.

Centre d'intérêt du RLISS du Centre

Travailler pour assurer que les besoins communautaires sont satisfaits et concordent avec les priorités du ministère et du RLISS.

Valeur de la rétroaction = résultat

Ensemble, nous pouvons créer un réseau de services de santé plus accessibles pour nos collectivités.

Conclusion

Le RLISS du Centre estime que, pour communiquer efficacement, il faut élaborer et mettre en œuvre un programme de communications exhaustif, structuré qui augmentera l'engagement et le soutien du public à l'égard du système de santé et du mandat des RLISS.

Les communications bilatérales sont essentielles à la réussite de l'organisme. Les communications permettent d'atteindre les objectifs cernés avec l'aide de tous les niveaux de l'organisme. Le RLISS du Centre doit intégrer les communications à la planification de tous les projets importants et potentiels ayant des implications pour les auditoires des RLISS. Il assurera ainsi une participation et/ou des communications adéquates et appropriées dès le début du processus avec le personnel, les résidents et autres auditoires.

