Central LHIN

Plan d’activités annuel

2011-2012

Table des matières

Introduction

Mission et orientations stratégiques 3

Aperçu des activités et des programmes actuels et futurs des organismes 3

Analyse contextuelle 4

Plans détaillés pour le système de santé local

Modèle A : Services des urgences et autres niveaux de soins 5

Modèle A : Gestion et prévention des maladies chroniques 11

Modèle A : Santé mentale et toxicomanie 18

Modèle A : Équité en matière de santé 25

Planification de l'exploitation du RLISS

Modèle B : Plan de dépenses d'exploitation du RLISS 32

Modèle C : Plan de dotation en personnel du RLISS (équivalents plein temps) 33

Plan de communications

Modèle D : Plan de communications 34

Central **LHIN**

140 Allstate Parkway, Suite 210
Markham, ON L3R 5Y8
Tél. : 905 948-1872 • Téléc. : 905 948-8011
Sans frais : 1 866 392-5446
www.centrallhin.on.ca

Plan d'activités annuel du RLISS du Centre - 2011-2012

Mission et orientations stratégiques

Le RLISS du Centre est l'un des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) constitués par le gouvernement de l'Ontario en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* dans le but de planifier, coordonner, intégrer et financer les services de santé au palier local.

Notre Plan d'intégration des services de santé 2010-2013 (accessible sur notre site Web à www.centrallhin.on.ca) décrit quatre priorités en matière de planification qui ont été établies à la suite de consultations approfondies avec de nombreux intervenants. Nos activités et nos investissements locaux au cours de cette période de trois ans seront axés sur ces priorités, qui sont les suivantes :

- Services des urgences et autres niveaux de soins
- Gestion et prévention des maladies chroniques
- Santé mentale et toxicomanie
- Équité en matière de santé

Aperçu des activités et des programmes actuels et futurs des organismes

Pour l'exercice 2011-2012, le RLISS du Centre dispose d'un budget d'environ 1,7 milliard de dollars, qui se répartit entre divers programmes de santé dispensés par 90 fournisseurs de services, parmi lesquels :

- Sept hôpitaux publics et trois hôpitaux privés,
- 46 établissements de soins de longue durée,
- 40 fournisseurs de services de soutien communautaire,
- 22 fournisseurs de services de santé mentale et de toxicomanie,
- Un centre d'accès aux soins communautaires, et
- Deux centres de santé communautaires.

(De nombreux fournisseurs de services offrent des soins et des services dans plusieurs secteurs.)

Les résidents du RLISS du Centre bénéficient chaque année d'investissements ciblés sous forme de financement ponctuel supplémentaire pour permettre aux fournisseurs de services de santé d'effectuer davantage d'interventions, telles que des interventions oncologiques, des opérations du cœur, des arthroplasties du genou et de la hanche, et des examens d'imagerie (IRM et tomodensitométrie).

Ces investissements, ainsi que d'autres programmes spécifiques, tels que Vieillir chez soi et le Programme de financement axé sur les résultats dans les services d'urgence, ont permis de réduire le temps d'attente d'un grand nombre de ces interventions et d'améliorer l'accès aux services, pour faire en sorte que les patients reçoivent des soins rapides et adaptés aux besoins dans l'établissement le plus approprié.

Analyse contextuelle

Les principaux facteurs de changement dans le RLISS du Centre sont la croissance démographique (19,2 p. cent au cours des dix prochaines années contre 12,3 p. cent en Ontario) et le vieillissement de la population (une augmentation anticipée de 40 p. cent chez les personnes de plus de 65 ans au cours des dix prochaines années). De plus, le RLISS du Centre est caractérisé par une grande diversité géographique. Bien qu'il soit essentiellement urbain – environ 70 p. 100 de nos résidents vivent dans la partie Nord de Toronto, à Vaughan, Richmond Hill et Markham – les régions du nord ont conservé un caractère fortement rural, ce qui pose des enjeux sur le plan de l'obtention des services.

La population du RLISS du Centre est également très diversifiée, avec la proportion la plus élevée d'immigrants de la province, et près de deux fois plus de minorités visibles que la moyenne provinciale. Le RLISS du Centre abrite un nombre relativement faible d'Autochtones et de membres des Premières nations, et la proportion de Francophones représente environ 3,2 p. cent.

Le RLISS du Centre a cerné diverses questions qui pourraient entraver l'atteinte des objectifs associés aux quatre priorités de notre Plan d'intégration des services de santé. Voici un aperçu de ces questions et des solutions proposées.

- Capacité de recruter et de retenir des ressources humaines en santé appropriées – Activités de planification supplémentaires afin d'intégrer les services en vue de diminuer les écarts et d'améliorer les maillages entre les fournisseurs de services et envisager des façons de créer une capacité additionnelle.
- Optimisation des ressources financières – Améliorer la gestion du rendement et les stratégies d'efficacité.
- Diversité des niveaux de participation communautaire – Modifier notre approche à l'égard de la participation des intervenants et des collectivités.

Le RLISS du Centre s'est également engagé à soutenir un certain nombre de partenaires clés par le biais de diverses initiatives, comme par exemple la récente *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (y compris le projet d'amélioration de la qualité des soins de longue durée « Priorité aux résidents »), les stratégies de cybersanté, un groupe consultatif stratégique sur les temps d'attente, un engagement renouvelé avec les fournisseurs de soins primaires, des collaborations intersectorielles/interministérielles améliorées, l'élaboration d'une stratégie visant à renforcer notre capacité dans le secteur des services de soutien communautaire et un plan de service clinique pour faciliter la planification au cours des prochaines années.

Les priorités définies dans le Plan d'intégration des services de santé ont été choisies au moyen d'une méthode de pondération et de classement comprenant la concordance avec les priorités du ministère, la possibilité de corriger les lacunes identifiées dans notre « Évaluation des besoins et analyse des lacunes des services de santé », et la possibilité d'améliorer la viabilité. Les incidences positives d'une mise en œuvre réussie de notre Plan d'intégration des services de santé sont, notamment, un meilleur accès au système des soins de santé intégrés, une amélioration de l'état de santé des résidents et une amélioration de la viabilité du système de santé.

SERVICES DES URGENCES ET AUTRES NIVEAUX DE SOINS

MODÈLE A :

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS POUR LES SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Priorité pour les services de santé intégrés :

Services des urgences et autres niveaux de soins

Description de la priorité du PSSI :

La réduction des temps d'attente dans les services des urgences est une question complexe et une priorité pour la province et le RLISS du Centre. Étant donné que la circulation des gens dans le service des urgences dépend de la capacité de l'hôpital à admettre des patients dans ses lits de soins actifs ou à les transférer vers des milieux plus appropriés (par exemple, dans d'autres établissements de soins ou chez eux dans la collectivité avec des soins à domicile), la réduction des temps d'attente est un problème qui ne peut être réglé en se focalisant uniquement sur l'urgence. La stratégie du RLISS pour les services des urgences et les autres niveaux de soins concorde avec celle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et reconnaît qu'il faut apporter des améliorations dans l'ensemble du système pour assurer la prestation rapide des services aux urgences et l'existence de solutions de rechange aux services hospitaliers dans la collectivité.

Situation actuelle

Nombre de fournisseurs assurant des services liés à cette priorité :

Le RLISS du Centre finance six hôpitaux de soins actifs publics, un hôpital spécialisé public offrant des services de réadaptation, 46 établissements de soins de longue durée, un centre d'accès aux soins communautaires, 40 organismes de services de soutien communautaire et 22 organismes de santé et de lutte contre les dépendances communautaires. Un réseau consultatif sur le service des urgences/les autres niveaux de soins composé d'environ 13 fournisseurs de services de santé couvrant tout le continuum de soins, prodigue des conseils et fait office de ressource pour le RLISS.

Portée des services disponibles :

Soins d'urgence et soins urgents – Il y a huit services d'urgence dans les six hôpitaux de soins actifs du RLISS du Centre et un centre de soins urgents sur le site de Branson, à l'Hôpital général de North York.

Un responsable de la gestion des cas du CASC est présent dans chaque service des urgences. Tous les services des urgences hospitaliers sont financés pour fournir des services infirmiers en gestion des urgences gériatriques.

Trois services médicaux d'urgence fournissent des services d'ambulance et des services paramédicaux aux résidents du RLISS du Centre

Capacité en lits d'hospitalisation - En 2009-2010, la capacité en lits d'hospitalisation de tous les hôpitaux du RLISS du Centre était la suivante :

Lits de médecine : 720

Lits de chirurgie : 445

Lits de médecine/chirurgie mixtes : 43

Lits de soins intensifs et coronariens : 106

Lits de santé mentale (adultes) : 158

Lits de soins continus complexes : 167

Lits de réadaptation générale/spéciale : 185/54

Soins primaires – Outre les médecins de soins primaires communautaires, le RLISS du Centre compte deux centres de santé communautaires, onze équipes de santé familiale (huit équipes existantes et trois récemment annoncées), et deux cliniques dirigées par des infirmiers et des infirmières praticiens. Il y a aussi plusieurs équipes mobiles dirigées par des infirmières et des infirmiers pour les personnes âgées de santé fragile vivant à domicile ou dans des établissements de soins de longue durée.

Soins communautaires et soins de longue durée – À compter de mars 2009, il y avait 7 259 lits de soins de longue durée financés et fonctionnels dans notre RLISS. En 2009-2010, les hospitalisations dans le CASC du Centre se répartissaient ainsi pour les types de services suivants : soins actifs (40 % de tous les patients hospitalisés), réadaptation (33 %), soins d'entretien (23 %), soins de soutien de longue durée (2 %) et soins en fin de vie (2 %). À l'heure actuelle, les organismes de services de soutien communautaires du RLISS du Centre offrent un large éventail de services, parmi lesquels : services d'aide familiale, programmes de jour pour adultes, popote roulante, transport et soutien des aidants et aidantes naturels, ainsi que services favorisant l'autonomie.

Nombre et type de clients desservis annuellement :

Urgences - 436 637 personnes se sont rendues dans les services des urgences des hôpitaux du RLISS du Centre en 2009/2010, soit une augmentation de 7,9 % en volume par rapport à l'année précédente. En 2009-2010, environ 10 % des visites aux urgences dans le RLISS du Centre ont donné lieu à une hospitalisation.

Soins aux patients hospitalisés - En 2009-2010, les hôpitaux du RLISS du Centre ont dispensé l'équivalent de 586 952 jours-patients de soins. Les jours-patients pour les autres niveaux de soins ont représenté 15,43 % de tous les jours de soins aux patients hospitalisés concernés pour les hôpitaux de soins actifs du RLISS et une analyse de sensibilité a montré que 5 % des patients recevant un autre niveau de soins hospitalisés pour un séjour de longue durée ont représenté plus de 4 % de la proportion totale.

Soins de longue durée et soins communautaires – À compter de mars 2009, 7 092 lits de soins longue durée étaient désignés pour les séjours de longue durée (résidents permanents), 42 lits étaient désignés pour des séjours de courte durée, tels les services de relève, 61 lits étaient désignés pour les soins de convalescence et 64 lits pour le placement provisoire. La durée moyenne d'un séjour dans un lit de soins de longue durée est de trois ans.

En 2009-2010, le CASC du Centre a dispensé des soins à 78 764 clients. Les types de services dispensés étaient les suivants : gestion de cas (63 048 clients), soins infirmiers (17 640 clients), soutien personnel (22 649 clients), ergothérapie (12 096 clients), physiothérapie (7 542 clients), orthophonie (5 081 clients), travail social (1 391 clients) et services diététiques (1 255 clients), et services de placement (11 110 clients).

Collectivement, les organismes de soutien communautaire financés par le RLISS du Centre ont desservi 32 374 personnes en 2009/2010.

Questions clés :

Sous la pression de la croissance démographique, en particulier dans la population âgée, la demande de services, devrait continuer à augmenter. En 2008, environ 12 % de la population du RLISS du Centre était âgée de 65 ans et plus. Au cours des dix prochaines années, la population relative dans ce groupe d'âge devrait croître de 40 %, ce qui en fera le troisième groupe démographique le plus important de la province. Face à l'insuffisance du nombre de lits (en particulier dans les domaines de la réadaptation, des soins continus complexes, et des soins de longue durée, par rapport au taux par habitant) les fournisseurs de services de santé auront du mal à satisfaire la demande.

Une meilleure coordination des services est indispensable pour intégrer les soins destinés aux personnes atteintes d'affections davantage représentées dans les données des autres niveaux de soins (p. ex. accident vasculaire cérébral, démence, etc.).

Principales réussites :

Le RLISS du Centre a investi 33,6 millions de dollars dans le programme Vieillir chez soi au cours des

exercices 2008-2009 et 2009-2010 pour soutenir des initiatives visant à améliorer la capacité communautaire, à développer les maillages intersectoriels, et à créer une capacité supplémentaire pour atténuer les pressions qui pèsent sur les autres niveaux de soins. En 2010-2011, le RLISS a investi 19,3 millions de dollars supplémentaires. Les principales initiatives financées par le programme Vieillir chez soi, la redistribution des ressources au cours de l'exercice et diverses sources ont été : l'élargissement des services de réadaptation, la création de 64 lits de soins de longue durée provisoires et de 39 lits de soins transitoires (rétablissement/réadaptation), des logements avec services de soutien, des programmes de jour pour adultes et des services aux patients atteints de démence. En outre, des investissements ont été réalisés pour financer des programmes de soins à domicile améliorés (le programme Chez soi avant tout et le Projet d'équilibre de soins), une unité de soutien comportemental spécialisée de huit lits, une unité des réadaptation respiratoire spécialisée de quatre lits, un élargissement des équipes mobiles dirigées par des infirmières et des infirmiers, et un élargissement de la gestion de cas des traumatismes crâniens, des services de relève, des programmes de jour et des évaluations.

Les résultats rapportés dans le rapport Stocktake de novembre 2010 mettent en évidence les progrès accomplis dans la réduction du temps d'attente aux urgences et une modeste amélioration dans les journées d'autres niveaux de soins :

- Le nombre de visites non planifiées aux urgences pour 1 000 habitants est resté stable entre 59 et 64 au cours des cinq derniers trimestres, comparé à la moyenne provinciale de 99.
- La valeur correspondant au 90^{e} percentile pour la durée du séjour aux urgences des patients non hospitalisés (affections complexes et affections mineures/non compliquées) dépasse la cible de l'accord de rendement 2010-2011.
- Les indicateurs du Programme de financement axé sur les résultats pour les services d'urgence (proportion de patients gravement atteints admis dans un délai de huit heures; proportion de patients gravement atteints non admis traités dans un délai de huit heures; et proportion de patients non gravement atteints non admis traités dans un délai de quatre heures) dépassent tous les objectifs de rendement pour l'exercice 2010-2011, et ce, malgré une croissance moyenne supérieure à la normale du nombre total de visites aux urgences dans les hôpitaux du RLISS du Centre par rapport aux autres régions de la province, et malgré une augmentation disproportionnée des visites de patients plus gravement atteints.
- Le pourcentage des journées d'autres niveaux de soins est de 15,2 %, soit une modeste réduction de la valeur de référence, qui est de 15,43 %.

MODÈLE A :

PARTIE 2 : BUTS et PLANS D'ACTION

But n^{o} 1

Réduire la demande aux services des urgences

Concordance avec les priorités du gouvernement

Les buts du RLISS du Centre concordent avec les priorités provinciales pour les services des urgences et les autres niveaux de soins.

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.

	2011-2012	2012-2013	2013-2014
En fonction de l'affectation des ressources (y compris le programme Vieillir chez soi), investir dans des stratégies pour réduire le nombre de visites évitables aux services des urgences	25 %	25 %	25 %
Par le biais des réseaux consultatifs du RLISS du Centre, déterminer et diffuser les meilleures pratiques pour le déroutement des urgences • En fonction de l'affectation des ressources, favoriser l'exécution des meilleures pratiques par le fournisseur de soins de santé	25 %	25 %	25 %

Mesures de réussite

Maintenir le rendement dans les visites non planifiées aux urgences par 1 000 habitants.

Obtenir une réduction minimum de 10 % (par rapport à la valeur de départ) du nombre de transferts entre les maisons de soins infirmiers et les services des urgences par le biais des initiatives d'équipes mobiles dirigées par des infirmières et des infirmiers

Satisfaire ou dépasser les cibles de l'accord de rendement pour les visites répétées non planifiées aux urgences dans un délai de trente jours pour les troubles de santé mentale et les problèmes de toxicomanie (voir le but n^{o} 2 et le but n^{o} 3 des priorités pour la santé mentale et toxicomanie).

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

La disponibilité des ressources financières, y compris la capacité des ressources humaines en santé, aura une incidence sur notre aptitude à fournir d'autres services aux urgences.

La croissance démographique (et la demande qui en découle) risque de dépasser les nouveaux investissements dans le déroutement des patients.

L'amélioration de la planification des mises en congé et du maillage vers les soins primaires sera limitée par le fait que la majorité des services de soins primaires ne font pas partie du mandat du RLISS.

But n^{o} 2

Accroître la capacité et améliorer le rendement des services des urgences

Concordance avec les priorités du gouvernement :

Les buts du RLISS du Centre concordent avec les buts de la priorité provinciale pour les urgences et les autres niveaux de soins.

Plans d'action / Interventions:	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.

	2011-2012	2012-2013	2013-2014
fonction de l'affectation des ressources, appuyer la participation des fournisseurs de services de santé aux initiatives d'amélioration de la qualité des urgences	25 %	25 %	25 %
Appuyer la mise en œuvre des projets liés aux priorités provinciales : • Initiative « Hôpital adapté aux aînés » • Programme de prévention des chutes	50 % à déterminer	25 % à déterminer	25 % à déterminer

Mesures de réussite

Nouvelles améliorations dans tous les indicateurs sur les temps d'attente/la durée du séjour aux urgences du Programme de financement axé sur les résultats.

Tous les hôpitaux du RLISS du Centre auront effectué une évaluation et un plan d'atténuation de l'initiative « Hôpital adapté aux aînés »

Satisfaire ou dépasser les cibles du programme de prévention des chutes (à déterminer).

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

Les politiques de rapprochement financier du Programme de financement axé sur les résultats risquent d'interrompre les initiatives d'amélioration de la qualité aux urgences avant que les résultats aient été démontrés.

La disponibilité des ressources financières aura une incidence sur notre aptitude à répondre à cette priorité, y compris la mise en œuvre des stratégies « Hôpital adapté aux aînés ».

Il reste à publier une charte du projet décrivant les éléments du programme de prévention des chutes, ce qui risque de retarder la mise en œuvre de cette initiative.

But n^{o} 3

Diminuer la durée du séjour des patients en attente d'ANS pour améliorer l'accès aux services hospitaliers

Concordance avec les priorités du gouvernement :

Les buts du RLISS du Centre concordent avec les buts de la priorité provinciale pour les urgences et les autres niveaux de soins.

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Mettre en œuvre une stratégie complète pour les autres niveaux de soins dans les hôpitaux et le centre d'accès aux soins	75 %	25 %	

communautaires du RLISS du Centre			
Renforcer la mise en œuvre du programme « Chez soi avant tout » et des autres options et services des soins transitoires par le biais d'investissements du programme Vieillir chez soi	25 %	25 %	25 %
Participer aux groupes de travail du RLISS de la province pour optimiser l'emploi des ressources de réadaptation et de soins complexes	50 %	25 %	25 %
Poursuivre les activités de collaboration interministérielle/intersectorielle afin d'améliorer les ressources et les options de soins complexes	50 %	25 %	25 %
Sur la base des résultats du projet-pilote, explorer les solutions d'aide à la vie autonome, en concordance avec la politique 2010 de services d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées à risque élevé du ministère	50 %	25 %	25 %
En fonction de l'affectation des ressources, mettre en œuvre des stratégies de cybersanté applicables (p. ex. mise en concordance des ressources et des acheminements)	25 %	25 %	25 %

Mesures de réussite

Une Charte des autres niveaux de soins est signée par tous les hôpitaux et le centre d'accès aux soins communautaires du RLISS du Centre.

Un « tableau de bord » des ANS est créé pour contribuer à la prise de décision.

Atteindre ou dépasser la cible en pourcentage pour les ANS et la valeur correspondant au 90^{e} percentile pour les ANS.

Transition réussie pour les patients sous ventilation mécanique, des soins intensifs vers un autre milieu communautaire.

La collaboration interministérielle/intersectorielle favorise de nouvelles options résidentielles viables dans la collectivité pour les gens ayant des besoins de soins complexes.

Mettre en œuvre des éléments de la stratégie de mise en concordance des ressources et des acheminements concordant au plan provincial/RLISS.

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

La disponibilité des ressources financières aura une incidence sur notre aptitude à répondre efficacement à cette priorité.

Les politiques de financement des immobilisations risquent d'entraver la capacité des fournisseurs de services de santé à participer aux projets nécessitant des travaux de rénovation (par exemple, nouveaux logements/options résidentielles).

La réussite dépend du succès de la participation des fournisseurs de services de santé.

La stratégie de mise en concordance des ressources et des acheminements dépend de la disponibilité des ressources financières.

GESTION ET PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

MODÈLE A :

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS POUR LES SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Priorité pour les services de santé intégrés :

Gestion et prévention des maladies chroniques (GPMC)

Description de la priorité du PSSI

Les maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive, l'arthrite et les accidents vasculaires cérébraux ont des retombées personnelles, sociales et économiques importantes. En outre, le traitement des maladies chroniques et de leurs complications crée une demande énorme de soins actifs et de services communautaires. La stratégie de gestion et de prévention des maladies chroniques du RLISS du Centre se concentre sur la rationalisation du système de prestation et sur la mise en place d'un plan à l'appui de l'autogestion. Elle concorde avec le Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée qui préconise un système intégré et coordonné pour améliorer les résultats pour la santé, réduire les coûts associés au traitement des maladies chroniques et améliorer la viabilité du système de santé.

Situation actuelle

Nombre de fournisseurs assurant des services liés à cette priorité :

Le RLISS du Centre finance un large éventail de programmes et de services qui appuient la gestion et la prévention des maladies chroniques dans sept hôpitaux, deux centres de santé communautaire, un Centre d'accès aux soins communautaires et de nombreux fournisseurs communautaires. Bien qu'elles ne soient pas directement financées par le RLISS du Centre, onze équipes de santé familiale (huit équipes existantes et trois récemment annoncées), deux cliniques dirigées par des infirmières et des infirmiers praticiens récemment annoncées, plus de 1 380 médecins de famille et plus de 1 200 médecins spécialistes, trois unités de santé publique, et les programmes financés par le ministère de la Promotion de la santé jouent aussi un rôle vital dans la gestion et la prévention des maladies chroniques couvrant tout le continuum de soins du RLISS du Centre. Un réseau consultatif sur la gestion et la prévention des maladies chroniques composé d'environ douze fournisseurs de services de santé couvrant tout le continuum de soins, prodigue des conseils et fait office de ressource pour le RLISS.

Portée des services disponibles :

Diabète et maladie rénale chronique

Il y a deux centres de traitement des maladies rénales chroniques régionaux dans le RLISS du Centre, l'un à l'Hôpital York Central et l'autre à l'Hôpital régional Humber River. L'Hôpital régional Humber River est équipé de 52 postes de dialyse répartis sur deux sites et l'Hôpital York Central possède 61 postes de dialyse (dont 24 nouveaux postes situés sur le Campus de soins de santé de Vaughan). L'Hôpital Stevenson Memorial offre aussi des services de dialyse en tant que satellite de l'Hôpital Soldier's Memorial d'Orillia. On compte actuellement 14 équipes de formation à l'intention des diabétiques dans le RLISS du Centre. Le Centre de santé régional de Southlake parraine le Centre de coordination régional du diabète du RLISS du Centre dont la mission consiste à coordonner et améliorer les services à l'intention des diabétiques dans tout le RLISS, à l'appui de la stratégie provincial de lutte contre le diabète. L'Hôpital régional Humber River est l'établissement chef de file du RLISS pour la chirurgie bariatrique, un autre élément de la stratégie provinciale de lutte contre le diabète.

Soins cardiaques

Le Centre de santé régional de Southlake est l'établissement chef de file désigné par le ministère pour les soins cardiaques dans le RLISS du Centre. Le programme fournit des services cardiaques de pointe pour les résidents de la région de York, le comté Simcoe et Muskoka dans les domaines de spécialité suivants : diagnostic et cliniques cardiaques, chirurgie cardiaque, électrophysiologie complète (programme Rythme cardiaque), cardiologie interventionnelle (PCI), cardiologie médicale et réadaptation cardiaque. Les cinq autres hôpitaux de soins actifs dans le RLISS du Centre offrent des services de cardiologie médicale, ainsi qu'un éventail de services de diagnostic cardiaque et de programmes de prévention/réadaptation.

Soins oncologiques

Le Centre de santé régional de Southlake est l'établissement chef de file désigné par le ministère pour les soins oncologiques dans le RLISS du Centre. Le programme fournit des services oncologiques évolués à l'intention des résidents du RLISS du Centre dans les domaines de l'oncologie médicale et chirurgicale. Des services de radiothérapie complets ont été ouverts à Southlake en juin 2010. Les cinq autres hôpitaux de soins actifs dans le RLISS du Centre offrent des programmes d'oncologie médicale et chirurgicale, ainsi que des programmes de diagnostic et de prévention.

Soins de l'AVC

L'Hôpital York Central est le centre régional chef de file désigné pour les soins de l'AVC dans le RLISS du Centre. Il offre des soins actifs et des soins de réadaptation, parmi lesquels :

Soins de l'AVC organisés à l'intention de tous les patients de la région de York,

Services coordonnés fondés sur les meilleures pratiques et sur les données probantes,

Coordination avec le Centre d'AVC régional et d'autres partenaires, et

leadership dans tous les aspects des soins de l'AVC, dont la promotion, la prévention, les soins actifs, la réadaptation et les soins communautaires.

Les cinq autres hôpitaux de soins actifs dans le RLISS du Centre offrent aussi des services de soins actifs de l'AVC, ainsi qu'un large éventail de programmes de diagnostics, de réadaptation et de prévention.

Réadaptation

L'Hôpital de réadaptation St. John's est l'établissement de réadaptation spécialisé désigné dans le RLISS du Centre. L'établissement fournit des services spécialisés aux patients hospitalisés, des consultations externes et des services de réadaptation externe pour les amputations, le cancer, la chirurgie cardiovasculaire, les affections orthopédiques, les AVC et les affections neurologiques, les blessures traumatiques et les pathologies complexes. C'est également le seul établissement au Canada à offrir des programmes spécialisés de réadaptation aux brûlés et aux transplantés.

Tout un éventail de services aux patients hospitalisés, de services de consultation externe et de services de réadaptation externe sont également offerts dans les autres hôpitaux, les centres de santé communautaires, le Centre d'accès aux soins communautaires et de nombreux fournisseurs communautaires du RLISS du Centre.

Nombre et type de clients desservis annuellement (impact sur les hôpitaux)

En 2008, les maladies chroniques dans le RLISS du Centre représentaient 25 % des cas de patients hospitalisés (21 282 sorties d'hôpital), 10 % de visites aux urgences (34 086 visites), et environ 67 % d'admissions en réadaptation.

<u>Questions clés :</u>

Bien que la prévalence globale des maladies chroniques dans le RLISS du Centre soit inférieure à la moyenne provinciale, la croissance démographique supérieure à la moyenne fera peser des contraintes considérables sur les fournisseurs de santé au cours des prochaines années (on prévoit par exemple une augmentation des cas de diabète de 21 % dans les cinq prochaines années et de 50 % d'ici dix ans).

Pourcentage de la population souffrant de maladies chroniques (Projet d'enquête sur la santé, MSSLD, 2007)

	Arthrite	Hypertension	Asthme	Maladies cardiaques	Diabète	Dépression	BPCO	Cancer	AVC
RLISS du Centre	14,2	12,4	6,8	4,3	4,0	3,1	3,1	1,5	0,9
Ontario	17,2	15,4	8,0	4,8	4,8	4,8	4,1	1,5	1,1

D'après les résultats de la *Service Needs Assessment and Gap Analysis* (Évaluation des besoins en matière de services et analyse des écarts), 67 % des résidents du RLISS du Centre ont au moins une affection chronique et 42 % des personnes de plus de 65 ans sont atteintes de deux ou plusieurs affections chroniques. On a observé des variations des taux de prévalence et des facteurs de risque entre les sept régions de planification du RLISS, dont voici les principales différences :

Région de planification de North York Ouest : risque relatif et prévalence plus élevés pour le diabète

Région de planification Simcoe-Sud/York-Nord : prévalence plus élevée pour les maladies pulmonaires obstructive chroniques, l'hypertension et les maladies cardiaques

Principales réussites :

Un certain nombre de réussites ont été enregistrées au cours de l'année passée à l'appui de la priorité de la gestion et de la prévention des maladies chroniques, dont notamment :

Un Centre de coordination régional du diabète a été annoncé au Centre de santé régional de Southlake.

Un directeur régional du Réseau rénal de l'Ontario a été nommé pour le RLISS du Centre.

Dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi, plusieurs projets ont été financés, parmi lesquels les services de gestion des médicaments, la fourniture de programmes de promotion de la santé et de bien-être aux personnes âgées immigrantes, des programmes de soutien aux aidants et aidantes naturels pour les clients atteints de maladies chroniques complexes, des programmes de gestion et de prévention des maladies chroniques dans le cadre de programmes de logements avec services de soutien et services de réadaptation étendus.

MODÈLE A :

PARTIE 2 : BUTS et PLANS D'ACTION

But n^{o} 1

Appuyer le déploiement de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète du MSSLD

Concordance avec les priorités du gouvernement :

En 2008, le gouvernement de l'Ontario a annoncé une stratégie provinciale de lutte contre le diabète comprenant l'amélioration de l'accès à des soins dispensés en équipe, l'investissement dans la prévention du diabète, l'investissement dans la création d'un registre des cas de diabète, l'élargissement du programme de pompes à insuline, l'augmentation des services à l'intention des patients souffrant de maladies rénales chroniques et l'accroissement de l'accès à la chirurgie bariatrique. L'objectif du gouvernement pour la période 2010-2012 est d'améliorer l'accès et la qualité des services aux diabétiques et de continuer à renforcer les moyens d'action en améliorant la prévention et la prise en charge de la maladie.

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre

	les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
En fonction de l'affectation des ressources, appuyer la mise en œuvre continue de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète : • Projets pour les populations à haut risque (p. ex. Centre de soins complexes aux diabétiques) • Projets d'autogestion • Adoption et état de préparation du Système de gestion des maladies chroniques - Registre des cas de diabète (y compris l'Initiative des données de base sur le diabète)	à déterminer 20 % 15 %	à déterminer 20 % 15 %	à déterminer 20 % 20 %
Collaborer avec le nouveau Centre de coordination régional du diabète pour soutenir la mise en œuvre de ses objectifs pour 2011-2012	à déterminer	à déterminer	à déterminer

Mesures de réussite

Collaborer avec le fournisseur de santé désigné pour soutenir le déploiement du Centre de soins complexes aux diabétiques du RLISS du Centre afin de mettre en œuvre les activités requises dans les délais prévus.

Atteindre les cibles du projet d'autogestion pour la formation et l'encadrement/mentorat des fournisseurs de services pluridisciplinaires, la formation des pairs animateurs et des instructeurs principaux, et l'introduction de nouveaux outils et ressources pour promouvoir et soutenir l'autogestion efficace.

En partenariat avec le Centre de coordination régional du diabète, le Groupe d'action des soins primaires et d'autres, élaborer et mettre en œuvre une stratégie de participation des intervenants ciblant les fournisseurs de soins primaires afin de mieux faire connaître le Centre de coordination régional du diabète et ses objectifs.

Effectuer l'évaluation de l'état de préparation en soutien du Système de gestion des maladies chroniques - Registre des cas de diabète.

Organiser et animer une séance de participation visant à améliorer les taux de participation aux soins primaires à l'Initiative des données de base sur le diabète (IDBD)

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

Le moment du choix du Centre de soins complexes aux diabétiques pourrait retarder la mise en œuvre de cette stratégie.

Le manque de clarté concernant le rôle du RLISS (par rapport au rôle du Centre de coordination régional du diabète) pourrait restreindre les occasions de coordination et d'intégration au niveau local entre les fournisseurs de santé.

Les buts du Centre de coordination régional du diabète pour l'exercice 2011-2012 n'ont pas encore été publiés, ce qui pourrait retarder la mise en œuvre de cette stratégie.

La participation des intervenants peut être variable et influencer les taux de participation au projet Système de gestion des maladies chroniques (Registre des cas de diabète) et à l'Initiative des données de base sur le

diabète.

But n^{o} 2

Collaborer avec le Réseau rénal de l'Ontario pour améliorer l'accès aux services de dialyse

Concordance avec les priorités du gouvernement :

En 2009, le gouvernement de l'Ontario a annoncé la création d'un Réseau rénal de l'Ontario. Le Réseau rénal de l'Ontario a reçu pour mission d'assurer la coordination et l'intégration des soins rénaux à l'échelle de la province en sollicitant la participation active de la collectivité des intervenants en MRC. Ses priorités portent sur l'élaboration de normes et de lignes directrices pour les soins rénaux et la mise en place de systèmes d'information en vue d'évaluer le rendement.

Plans d'action / interventions:	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
En fonction de l'affectation des ressources, collaborer avec le Réseau rénal de l'Ontario pour mettre en œuvre les priorités émergentes pour la maladie rénale chronique • Améliorer le dépistage précoce et le cheminement des patients par une meilleure intégration des soins primaires	à déterminer	à déterminer	à déterminer

Mesures de réussite

En partenariat avec le Réseau rénal de l'Ontario, le Groupe d'action des soins primaires, le Réseau consultatif de gestion et de prévention des maladies chroniques, élaborer et mettre en œuvre une stratégie de participation des intervenants ciblant les fournisseurs de soins primaires afin de favoriser l'adoption de stratégies visant à retarder la progression de la maladie rénale chronique.

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

La disponibilité des ressources financières aura une incidence sur notre aptitude à répondre à cette priorité. De plus, le financement des services de dialyse comprend des fonds de base et un financement ponctuel ou au cours d'une année. L'aptitude à répondre aux demandes de services dépend de la poursuite du financement ponctuel.

Le moment du choix des annonces concernant les priorités provinciales pour la maladie rénale chronique pourrait retarder la mise en œuvre de cette stratégie

Le manque de clarté concernant le rôle du RLISS (par rapport au rôle du Réseau rénal de l'Ontario) pourrait restreindre les occasions de coordination et d'intégration au niveau local entre les fournisseurs de santé

But n^{o} 3

Renforcer le soutien à l'autogestion des maladies chroniques

Concordance avec les priorités du gouvernement :

Ce but concorde avec le *Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques de l'Ontari*o. Ce but contribue également à réduire les visites évitables aux urgences et à améliorer le rendement des services des urgences.

Plans d'action / interventions:	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Former un groupe de travail sur l'autogestion du SGMC au sein du RLISS du Centre afin de déterminer les principales priorités, d'élaborer un plan de travail, et de définir et diffuser les meilleures pratiques	20 %	20 %	20 %
Accroître l'intégration des soins primaires au sein du RLISS du Centre en élaborant une stratégie d'intégration des soins primaires pour le SGMC • Organiser au moins deux événements d'intégration des soins primaires	100 %		

Mesures de réussite

Réduire les taux de réadmission à 30 jours pour certains groupes de maladies analogues (en particulier les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'insuffisance cardiaque congestive).

Les priorités du plan de travail du Groupe de travail sur l'autogestion ont été accomplies.

Les séances d'intégration des soins primaires ont été réalisées.

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

La disponibilité des ressources financières aura une incidence sur notre aptitude à répondre efficacement à cette priorité.

Le niveau de participation des intervenants peut varier et influencer la mise en œuvre de l'autogestion en programmes et/ou services.

But n° 4

Améliorer les programmes et/ou services de prévention des maladies chroniques primaires et secondaires

Concordance avec les priorités du gouvernement :

Réduire les visites évitables aux urgences et les taux de réadmission à 30 jours pour certains groupes de maladies analogues afin d'améliorer le rendement des services des urgences

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Harmoniser les activités destinées à soutenir les recommandations pour la pratique clinique avec le rôle élargi du Conseil ontarien de la qualité des services de santé	50 %	50 %	
• Diffuser les meilleures pratiques pour les maladies chroniques par l'entremise du Groupe de travail sur la prévention des maladies secondaires	50 %	20 %	20 %
En fonction de l'affectation des ressources, financer de nouvelles propositions de projets	10 %	10 %	10 %
Saisir les occasions de collaboration avec la Santé publique et avec le ministère de la Promotion de la santé et du Sport	10 %	10 %	10 %

Mesures de réussite

Réduire les taux de réadmission à 30 jours pour certains groupes de maladies analogues (en particulier les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'insuffisance cardiaque congestive).

Des activités soutenant les directives du Conseil ontarien de la qualité des services de santé en matière de meilleures pratiques sont mises en œuvre dans les délais prévus. Le RLISS du Centre communique ces directives à tous les fournisseurs de santé.

Un cadre de collaboration avec la Santé publique et avec le ministère de la Promotion de la santé et du Sport est établi.

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

La disponibilité des ressources financières limitera notre aptitude à répondre efficacement à cette priorité.

La participation des intervenants peut varier.

Le RLISS n'a qu'un rôle limité dans la gestion et le financement des services de gestion et de prévention des maladies chroniques basées sur les soins primaires.

SANTÉ MENTALE ET TOXICOMANIE

MODÈLE A :

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS POUR LES SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Priorité pour les services de santé intégrés :

Santé mentale et toxicomanie

Description de la priorité du PSSI :

Les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie ont du mal à accéder à des soins parce que la demande dépasse largement les ressources disponibles. Par exemple, les données suggèrent que plus de 100 000 personnes dans la région du RLISS du Centre font une consommation abusive d'alcool et d'autres drogues, mais seulement un peu plus de 3 800 d'entre elles ont été traitées pour une toxicomanie. En continuant à faire de la santé mentale et de la lutte contre la toxicomanie une priorité, nous pouvons affecter les ressources où elles apporteront une contribution maximale à l'amélioration des services et à l'élimination des lacunes du système, à la réduction des temps d'attente pour les évaluations et services et à l'amélioration des services de soutien communautaire. Notre stratégie pour la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie concorde avec le modèle de prestation des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie élaboré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Situation actuelle

Nombre de fournisseurs assurant des services liés à cette priorité :

Le RLISS du Centre finance sept hôpitaux, 22 organismes communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie communautaires et six équipes de traitement communautaires dynamiques fournissant des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Un réseau consultatif sur la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie, composé d'environ 14 fournisseurs de services de santé couvrant tout le continuum de soins et soutenu par le personnel du RLISS du Centre, prodigue des conseils et fait office de ressource pour le RLISS. Le RLISS du Centre finance également un réseau de consommateurs/ex-consommateurs qui mène ses activités à partir du *Lance Krasman Memorial Centre for Community Mental Health*.

Portée des services disponibles :

Les fournisseurs de services du RLISS du Centre offrent les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie suivants :

Cinq établissements hospitaliers de l'Annexe 1

Environ 158 lits d'hospitalisation pour adultes et 18 lits d'hospitalisation pour enfants et adolescents

De nombreuses cliniques communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie spécialisées dans la gestion de cas, la toxicomanie et l'alcoolisme, les doubles diagnostics, le soutien des pairs, le soutien judiciaire, les troubles de l'alimentation, les logements avec services de soutien, l'orientation professionnelle, les troubles concomitants et le problème de jeu compulsif

Un centre de désintoxication de niveau 3

Nombre et type de clients desservis annuellement :

Les résultats de la Base de données sur les congés des patients et du Système d'information sur la gestion confirment qu'en 2009-20010, 47 276 personnes ont bénéficié de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie communautaires dans le RLISS du Centre. Parmi toutes ces personnes, 13 647 ont consulté un médecin aux urgences et 2 973 ont été hospitalisées.

D'après les résultats de la *Service Needs Assessment and Gap Analysis* (Évaluation des besoins en matière de services et analyse des écarts) de 2008, 107 258 résidents du RLISS du Centre souffrent de toxicomanie; toutefois, les données d'utilisation suggèrent que seulement 3 837 personnes (soit moins de 4 %) ont été traitées pour des problèmes de toxicomanie. Cette étude a également montré qu'entre 39 332 et 56 000 résidents nécessitant des services de santé mentale n'ont pas reçu de traitement. C'est dans la région de planification Simcoe Sud/York Nord que l'on observe les écarts les plus importants en termes de besoins non satisfaits.

Questions clés :

Les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie ont du mal à accéder à des soins parce que la demande dépasse largement les ressources disponibles. L'une des raisons des temps d'attente aux urgences est que les patients viennent y chercher des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie qui ne sont pas disponibles ailleurs dans la collectivité.

Les résidents du RLISS du Centre attendent entre un et neuf mois pour recevoir une évaluation initiale, et entre 1,5 et six mois pour recevoir des services. De nombreux services ont besoin d'une capacité supplémentaire, en particulier les logements avec services de soutien et la programmation de double diagnostic. Les patients ont également besoin de pouvoir accéder à des services de gestion du sevrage.

Des méthodes normalisées de collecte de données dans le secteur de la santé mentale et de la toxicomanie ont récemment été mises en œuvre dans certains organismes communautaires (mais pas tous). Par conséquent, les données de ce secteur n'ont pas toujours produit une évaluation précise des besoins, des écarts, des temps d'attente et de l'utilisation des services.

La stigmatisation persistante autour de la maladie mentale et l'incapacité à répondre à divers besoins constituent des obstacles pour les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie qui veulent se faire soigner et pour les fournisseurs de services de santé chargés de leur fournir des soins.

Principales réussites :

Dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi, l'Hôpital général de North York a mis en place un projet de déroutement des urgences visant à aider les personnes atteintes de troubles mentaux. Les résultats de la première année du projet ont mis en évidence une baisse de 73 % du taux de visites répétées aux urgences (dans un délai de 28 jours), les patients déclarant qu'ils iraient se faire soigner ailleurs qu'aux urgences en cas de nouvelle crise de santé mentale. En 2010-2011, ce projet a été étendu à l'Hôpital régional Humber River.

En 2009-2010, le RLISS du Centre a financé un projet d'éducation sur la lutte contre la stigmatisation auprès des employés des services des urgences des hôpitaux du RLISS du Centre et du personnel du programme Ontario au travail et du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. D'après les résultats, 92 % des participants ont exprimé un fort désir d'en savoir plus sur la santé mentale et la toxicomanie. Ce projet a été choisi parmi 16 projets pilotes dans le cadre de la campagne nationale de lutte contre la stigmatisation de la Commission de la santé mentale du Canada dont la phase 2 sera lancée au début 2011.

À partir de la fin de 2007, un modèle d'accès centralisé a été mis en place pour les services de gestion des cas pour les personnes atteintes de troubles mentaux nécessitant des services de soutien individuel dans les collectivités de la région de York, de Toronto Nord et de Scarborough. Un modèle de carrefour d'accès centralisé comprenant deux sites a été mis au point par les services de soutien de York et les services de soutien de Toronto Nord, et financé par le RLISS du Centre. Ce modèle offre des informations, évalue l'admissibilité des patients, administre une liste d'attente combinée pour la gestion des cas et les services de l'équipe de traitement communautaire dynamique, soutient les personnes qui sont sur la liste d'attente, et offre un soutien à court terme aux personnes qui ont des besoins immédiats. Les deux sites du modèle ont estimé qu'ils dépasseront leurs cibles de 50 % à 100 % d'ici le 31 mars 2010 *(TO BE UPDATED)*.

En août 2010, le RLISS du Centre a reçu 551 678 $ de financement supplémentaire d'honoraires à la séance en matière de santé mentale pour soutenir les services psychiatriques indirects assurés par des psychiatres et des médecins généralistes hospitaliers afin de renforcer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie pour les personnes à haut risque.

MODÈLE A :

PARTIE 2 : BUTS et PLANS D'ACTION

But n^{o} 1

Mettre en œuvre les priorités émergentes et provinciales en matière de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie

Concordance avec les priorités du gouvernement :

En juillet 2009, le gouvernement de l'Ontario a publié un document de travail intitulé « Chaque porte est la bonne porte - Vers une stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances – Document de travail ». Les objectifs décrits dans ce document sont les suivants :

Améliorer la santé et le bien-être de tous les Ontariens

Réduire l'incidence des maladies mentales et de la toxicomanie

Dépister de façon précoce les maladies mentales et les problèmes de toxicomanie, et intervenir de manière appropriée, et

Offrir des services de haute qualité, efficaces, intégrés, adaptés à la réalité culturelle et axés sur les personnes, ainsi que du soutien aux Ontariens qui souffrent d'une maladie mentale ou d'un problème de toxicomanie, ou les deux, des cas les plus simples aux plus complexes.

En septembre 2010, un comité spécial a présenté ses récents travaux à l'Assemblée législative, dont notamment une recommandation pour la création d'un nouvel organisme de santé mentale et de lutte contre les dépendances. En décembre 2010, le Groupe consultatif ministériel de la Stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances a publié un rapport intitulé « Respect, rétablissement, résilience : Recommandations pour la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario ». Ces trois rapports devraient former le socle de la mise en œuvre du plan décennal.

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
En fonction de l'affectation des ressources, mettre en œuvre les stratégies applicables/approuvées de la stratégie décennale pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances du ministère	À déterminer	À déterminer	À déterminer
Continuer à participer au projet du Système de soutien au comportement de l'Ontario conformément au plan de travail	25 %	25 %	25 %

Mesures de réussite

Actions/activités annoncées dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie ministérielle pour la santé

mentale et la lutte contre les dépendances dans les délais prévus. Encourager la participation des fournisseurs de services de santé à un projet de démonstration associé avec la phase 2 du projet du Système de soutien au comportement de l'Ontario
Quels sont les risques/obstacles à une mise en œuvre réussie?
La date prévue de la publication du plan d'action par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pourrait retarder la mise en œuvre de ces stratégies. La disponibilité des ressources financières aura une incidence sur notre aptitude à répondre efficacement à cette priorité. La suffisance des ressources humaines en santé spécialisées pourrait entraver la mise en œuvre en temps voulu de ces stratégies.

But n^{o} 2

Réduire les lacunes dans les services et améliorer les maillages dans l'ensemble du continuum de soins

Concordance avec les priorités du gouvernement :

En juillet 2009, le gouvernement de l'Ontario a publié un document de travail intitulé « Chaque porte est la bonne porte - Vers une stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances – Document de travail ». En septembre 2010, un comité spécial a présenté ses récents travaux à l'Assemblée législative, dont notamment une recommandation pour la création d'un nouvel organisme de santé mentale et de lutte contre les dépendances. En décembre 2010, le Groupe consultatif ministériel de la Stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances a publié un rapport intitulé « Respect, rétablissement, résilience : Recommandations pour la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario ». Ces trois rapports définissent les objectifs de réduction des lacunes dans les services et d'amélioration les maillages dans l'ensemble du continuum de soins.

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
En fonction de l'affectation des ressources, maintenir les services offerts par le Programme d'accès centralisé	10 %	10 %	10 %
En fonction de l'affectation des ressources, mettre à profit les résultats du projet pilote soutenant les foyers de soins spéciaux et le logement avec services de soutien à court terme	25 %	25 %	25 %
Explorer des possibilités de financement d'autres options de logement avec services de soutien pour les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie	25 %	25 %	25 %

Mesures de réussite

Réduire les temps d'attente et/ou augmenter le nombre de clients desservis par le Programme d'accès centralisé.

Réduire les visites répétées non planifiées aux urgences dans un délai de 30 jours pour les maladies mentales.

Réduire les visites répétées non planifiées aux urgences dans un délai de 30 jours pour la toxicomanie.

Réduire les jours d'ANS pour les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie .

Quels sont les risques/obstacles à une mise en œuvre réussie?
La disponibilité des ressources financières aura une incidence sur notre aptitude à répondre efficacement à cette priorité. La suffisance des ressources humaines en santé spécialisées dans la collectivité pourrait entraver la mise en œuvre en temps voulu de ces stratégies.

But n° 3
Élargir les services de santé mentale communautaires
Concordance avec les priorités du gouvernement :
Ce but concorde avec la priorité du ministère consistant à réduire les temps d'attente aux urgences, et à réduire les visites aux urgences répétées non planifiées dans un délai de 30 jours pour les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie.

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Évaluer le programme et les propositions de services qui soutiennent le déroutement des urgences et améliorent la coordination des soins entre les hôpitaux et les fournisseurs communautaires En fonction de l'affectation des ressources, financer de nouvelles propositions et des propositions élargies	25 %	25 %	25 %
Élaborer et mettre en œuvre un plan de participation avec les fournisseurs de soins primaires Organiser deux séances d'éducation/renforcement des capacités avec les médecins de famille	50 %	25 %	25 %
Explorer la faisabilité de l'augmentation des ressources pour des populations ciblées (p. ex. programmes de jours pour la maladie d'Alzheimer, troubles concomitants/double diagnostic/programmes de jour spécialisés)	25 %	25 %	25 %

Mesures de réussite
Réduire les visites répétées non planifiées aux urgences dans un délai de 30 jours pour les maladies mentales. Réduire les visites répétées non planifiées aux urgences dans un délai de 30 jours pour la toxicomanie. Réduire les jours d'ANS pour les personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie.
Quels sont les risques/obstacles à une mise en œuvre réussie?
La disponibilité des ressources financières aura une incidence sur notre aptitude à répondre efficacement à cette priorité. La suffisance des ressources humaines en santé spécialisées dans la collectivité pourrait entraver la mise en œuvre en temps voulu de ces stratégies. Le niveau de participation des fournisseurs de soins primaires peut varier.

But n^{o} 3
Accroître la sensibilisation à la diversité des besoins
Concordance avec les priorités du gouvernement :
Ce but concorde avec les buts en matière de diversité et de lutte contre la stigmatisation décrits dans la stratégie décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, dans le rapport du Comité spécial et dans le rapport du Groupe consultatif ministériel.

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
En fonction de l'affectation des ressources, élargir les initiatives de lutte contre la stigmatisation et de formation à la diversité culturelle	25 %	25 %	25 %
Accroître le niveau de participation des personnes ayant une expérience vécue et de leurs familles par l'entremise du réseau de consommateurs/ex-consommateurs et d'autres initiatives	25 %	25 %	25 %

Mesures de réussite
Mettre en œuvre la phase 2 de la campagne nationale de lutte contre la stigmatisation de la Commission de la santé mentale du Canada. Organiser deux séances de participation avec les personnes ayant une expérience vécue et leurs familles.

Quels sont les risques/obstacles à une mise en œuvre réussie?
La disponibilité des ressources financières aura une incidence sur notre aptitude à répondre efficacement à cette priorité. Le niveau de participation des personnes ayant une expérience vécue peut varier.

But n^{o} 5
Améliorer la qualité et l'analyse des données dans le secteur de la santé mentale et de la toxicomanie
Concordance avec les priorités du gouvernement :
Ce but concorde avec l'orientation stratégique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée consistant à établir un cadre stratégique pour la durabilité du système de santé. Il soutient notamment la planification et la prise de décision basées sur des données probantes, l'analyse et la valeur de l'investissement.

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
De concert avec un groupe de fournisseurs de services de santé, réaliser un projet d'amélioration des données	25 %	25 %	25 %
En fonction de l'affectation des ressources, mettre en œuvre un outil d'évaluation/prise de décision normalisé permettant de recueillir les données électroniques de manière plus sécuritaire et plus efficace (p. ex. Projet d'évaluation commune – Santé mentale communautaire)	10 %	10 %	10 %

Mesures de réussite
Améliorer notre compréhension des causes des visites répétées non planifiées aux urgences dans un délai de 30 jours pour les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie et élaborer un plan d'action Au moins 50 p. cent des fournisseurs de services de santé intéressés par l'adoption du Projet d'évaluation commune – Santé mentale communautaire ont des résultats positifs
Quels sont les risques/obstacles à une mise en œuvre réussie?
La disponibilité des ressources financières aura une incidence sur notre aptitude à répondre efficacement à

cette priorité.

ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ

MODÈLE A :

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS POUR LES SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS

Priorité pour les services de santé intégrés :

Équité en matière de santé

Description de la priorité du PSSI :

L'équité en matière de santé, priorité du RLISS du Centre, vise à diminuer les disparités de santé au sein de groupes de population ciblés dans les régions de planification Simcoe Sud/York Nord et North York Ouest. Ces deux zones abritent des populations à risque qui affichent une incidence plus élevée que la moyenne de troubles médicaux graves et un accès insuffisant aux soins primaires.

Le RLISS est guidé par la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* pour répondre aux besoins, aux priorités et aux questions liées à la prestation des services de santé des populations autochtones et francophones. En juin 2009, une nouvelle définition inclusive des Francophones a été introduite, portant à 30 000 le nombre de résidents francophones dans le RLISS du Centre.

Un réseau consultatif sur l'équité en matière de santé, composé d'environ 15 fournisseurs de services de santé couvrant tout le continuum de soins, prodigue des conseils et fait office de ressource pour le RLISS.

Situation actuelle

Nombre de fournisseurs :

Dans la région de planification de Simcoe Sud/York Nord, le RLISS du Centre finance deux hôpitaux (le Centre régional de santé Southlake à Newmarket et l'Hôpital Stevenson Memorial à Alliston) et environ 25 organismes communautaires. Dans la région de planification de North York Ouest, le RLISS du Centre finance un hôpital sur trois sites (Hôpital régional Humber River), deux centres de santé communautaires (Black Creek et Vaughan) et environ dix organismes communautaires.

Portée des services liés aux initiatives d'équité en matière de santé :

En conformité avec l'Annexe B de l'Entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers, les hôpitaux du RLISS du Centre ont élaboré des plans d'équité en matière de santé qui définissent les priorités ciblées pour l'année à venir. En conformité avec l'Annexe E de l'Entente de responsabilisation en matière de services multiples, les fournisseurs de services communautaires du RLISS du Centre ont eux aussi élaboré des plans d'équité en matière de santé pour l'année à venir. Ces priorités sont les suivantes :

- Améliorer l'accès et la disponibilité des services multilingues et d'interprétation
- Améliorer l'accès aux services de transport pour les patients/clients
- Améliorer la compréhension et la sensibilité aux besoins culturels dans la prestation des services de santé

Nombre et type de clients :

La population de la région de planification Simcoe Sud/York Nord compte environ 113 257 résidents et le plus faible pourcentage de minorités visibles dans le RLISS. Le secteur de Simcoe Sud est majoritairement rural, avec des petites villes et des villages, comme Alliston, alors que le secteur de York Nord, également à majorité rurale, comprend la collectivité des Premières nations qui réside sur l'île Georgina. Les personnes de plus 65 ans représentent à peine un peu plus de 11 p. cent de la population (comparativement à 12,4 p. cent dans l'ensemble du RLISS du Centre) tandis que les familles monoparentales représentent 12,6 p. cent

(comparativement à 15,1 p. cent dans l'ensemble du RLISS). On estime que le taux de croissance des personnes de plus de 65 ans dans la région Simcoe Sud/York Nord sera de 44 p. cent au cours des dix prochaines années, contre 33 p. cent pour la moyenne de l'Ontario.

L'île Georgina est géographiquement isolée et uniquement accessible par bateau. Les services de santé dans les collectivités d'Alliston, Bradford, Keswick et Sutton sont limités. La ville de New Tecumseth (qui comprend les collectivités d'Alliston et Tottenham) est mal desservie dans le domaine des soins primaires, avec 25 médecins en exercice comparativement aux effectifs désignés de 30 médecins. De la même manière, la ville de Georgina (sans compter les collectivités de Keswick et Sutton) compte 19 médecins en exercice comparativement aux effectifs désignés de 25 médecins.

La population de la région de planification de North York Ouest compte environ 237 884 résidents. Cette zone englobe le quartier « Jane-Finch », qui se compose à près de 60 % d'immigrants. On y trouve aussi la plus forte proportion de familles à faible revenu (20,5 p. cent) et la plus forte proportion de familles monoparentales (27 p. cent). Cinquante p. cent de la population appartient à une minorité visible. C'est aussi la deuxième population la plus âgée du RLISS du Centre, avec 14,8 p. cent de personnes de plus de 65 ans, comparativement à 12,4 p. cent dans l'ensemble du RLISS du Centre.

Questions clés :

La région de planification Simcoe Sud/York Nord offre des services de soins primaires plus limités à ses résidents. Le taux de prévalence pour le diabète est le troisième le plus élevé du RLISS du Centre et ses résidents ont aussi le taux de prévalence le plus élevé pour les maladies cardiaques et l'hypertension. Actuellement, la population autochtone se compose de 190 résidents en réserve et de 500 résidents hors réserve (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2007). Il n'y a pas de fournisseurs de soins primaires sur l'île Georgina et les résidents doivent traverser le lac Simcoe pour se rendre à Sutton, Keswick, voire plus loin pour consulter des médecins de soins primaires. Le secteur de planification offre un accès limité aux transports publics intégrés et dépend fortement de véhicules personnels.

La région de planification North York Ouest est confrontée à un certain nombre de difficultés socio-économiques qui ont une incidence sur la santé de la population. Elle compte la plus forte proportion de familles à faible revenu et de personnes âgées de plus de 20 ans n'ayant pas de diplôme d'études secondaires. Cette région compte le plus grand nombre de diabétiques, et ce nombre devrait continuer à croître. Les résidents de cette région se rendent beaucoup plus souvent aux services des urgences que les résidents des autres régions de planification, en raison de l'accès limité aux soins primaires, aux cliniques sans rendez-vous et aux services communautaires qui traitent les cas non urgents.

Principales réussites :

Au cours du dernier exercice, un certain nombre de réussites importantes ont été réalisées dans les efforts pour appuyer la priorité de l'équité en matière de santé :

- Trois nouvelles équipes de santé familiale ont été annoncées, une pour desservir la collectivité de Don Mills, une deuxième à l'Hôpital régional Humber River et une troisième au Centre médical de Woodbridge. En outre, deux cliniques dirigées par des infirmières et des infirmiers praticiens ont été annoncées, une à Sutton et l'autre à North York Ouest.
- Un rapport final sur l'atelier intitulé *Dialogue and Collaboration: Keys to Effective Aboriginal Patient Care* a été rédigé et d'importantes recommandations ont été présentées au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à Santé Canada et aux principaux intervenants autochtones et non autochtones.
- Un cadre stratégique et une première série de rapports sur l'équité en matière de santé dans les hôpitaux ont été produits. Un cadre stratégique et une première série de rapports sur l'équité en matière de santé dans le secteur des services de soutien communautaires ont été produits.
- Une approbation a été reçue pour un coordonnateur de langue française et le choix d'une entité de planification pour les services de santé en français, cette dernière étant répartie entre les RLISS du Centre, du Centre-Est et de Simcoe Nord Muskoka.

- Une Table ronde sur les soins de santé complexes a été organisée avec 13 fournisseurs de services de santé et intervenants (dont des représentants de la Santé publique) pour discuter des possibilités et des défis pour le système à desservir les jeunes adultes ayant des besoins de soins complexes.
- Un Groupe d'action de soins primaires interdisciplinaire a été créé pour améliorer l'intégration et la participation des soins primaires dans le RLISS du Centre.
- De nouvelles directives pour la participation communautaire, y compris des critères clés pour la mobilisation des fournisseurs de services de santé et un cadre d'évaluation, ont été élaborés et mis en œuvre. Une mobilisation continue des Chippewa de la communauté des Premières nations de l'île Georgina a été entreprise.

MODÈLE A :

PARTIE 2 : BUTS et PLANS D'ACTION

But n^{o} 1

Augmenter les investissements dans les services de santé dans les régions de planification géographiques identifiées afin de résoudre les inégalités sur le plan de l'accès aux services de santé, en particulier pour améliorer l'accès aux soins pour les diabétiques et les soins primaires dans ces régions.

Concordance avec les priorités du gouvernement :

Notre stratégie pour l'équité en matière de santé concorde avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (réduire les barrières à l'accès aux soins), la stratégie de participation des Autochtones et la stratégie de planification des services en français.

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
De concert avec les responsables municipaux et d'autres intervenants clés, élaborer des stratégies et des propositions pour accroître l'accès aux services de soins primaires dans les principales régions du RLISS • Par l'entremise du Groupe d'action des soins primaires, cerner les occasions d'améliorer la collaboration entre les soins primaires et les autres secteurs afin d'optimiser l'accès, la	25 %	25 %	25 %

	disponibilité des services et la navigation des patients entre les services • Collaborer avec le coordinateur du partenariat communautaire de Professions Santé Ontario	25 %	25 %	25 %
	Collaborer avec le Centre de coordination régional du diabète récemment créé pour améliorer l'accès aux soins pour les diabétiques dans les régions de planification de Simcoe Sud/York Nord et North York Ouest	25 %	25 %	25 %
	Tester l'utilisation d'un outil d'évaluation de l'équité en matière de santé destiné à l'affectation du Financement des priorités urgentes pour 2011-2012	100 %	à déterminer	à déterminer

Mesures de réussite
Élaborer un processus pour améliorer la collaboration entre les équipes de santé familiale/cliniques dirigées par des infirmières et des infirmiers praticiens du RLISS du Centre et les autres fournisseurs de soins primaires. Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de participation traitant de la question de l'accès aux soins primaires des patients orphelins. Explorer les possibilités de financement pour financer les projets facilitant l'accès des patients orphelins aux services de sons primaires (p. ex. unités de soins primaires mobiles). Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de participation portant sur les fournisseurs de soins primaires afin de faire connaître le Centre de coordination régional du diabète.
Quels sont les risques/obstacles à une mise en œuvre réussie?
Le recrutement et la rétention des ressources humaines en santé, y compris des médecins de famille et des infirmières et infirmiers praticiens en soins primaires, seront essentiels pour favoriser l'élargissement des services de soins primaires. Au cours des dix prochaines années, la population générale du RLISS devrait enregistrer une croissance de 19 %, avec une pointe de plus de 40 % pour les personnes âgées. Cette croissance supérieure à la moyenne fera peser des contraintes supplémentaires sur les fournisseurs de soins de santé. Les obstacles en matière de transport dus à la géographie et à l'emplacement des services continueront de restreindre l'accès aux services, en particulier dans la région de planification Simcoe Sud/York Nord.

But n^{o} 2
Continuer à mettre en œuvre les stratégies de participation visant à améliorer les relations et la collaboration entre les secteurs, en mettant l'accent sur les populations autochtones et francophones, et le public dans les zones géographiques déterminées.
Concordance avec les priorités du gouvernement :
Notre stratégie pour l'équité en matière de santé concorde avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (participation communautaire et partenariats renouvelés), la stratégie de participation des Autochtones et la stratégie de planification des services en français.

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.

	2011-12	2012-13	2013-14
Mettre en œuvre les règlements décrits dans la nouvelle stratégie de participation de la communauté francophone • De concert avec les RLISS du Centre-Est et de Simcoe Nord-Muskoka, élaborer une entente sur les rôles et responsabilités avec la nouvelle entité de planification des services en français • Mobiliser des entités de planification choisies dans les autres RLISS dans le cadre de la participation communautaire à l'égard des services en français	30 % 30 %	30 % 30 %	30 % 30 %
Collaborer avec le RLISS de la RGT afin de cerner et de promouvoir les occasions de services de santé en français	25 %	25 %	25 %
Faciliter les occasions de dialogue et de réseautage entre les fournisseurs de services de santé et la communauté autochtone du RLISS du Centre • Parrainer un événement de participation de suivi • Nommer des membres de la communauté autochtone dans les groupes de planification du RLISS du Centre	100 % 100 %	à déterminer à déterminer	à déterminer à déterminer
Mettre en œuvre les règlements décrits dans la nouvelle stratégie de participation de la communauté autochtone (*prévu au printemps 2011*)	à déterminer	à déterminer	à déterminer
Appuyer la mise en œuvre des stratégies de participation communautaire des fournisseurs locaux • Organiser des réunions trimestrielles • Aider à harmoniser les stratégies avec des plans d'équité en matière de santé • Aider à l'intégration des plans des hôpitaux et des organismes communautaires	100 % 30 % 30 %	à déterminer 30 % 30 %	à déterminer 30 % 30 %
Appuyer la mise en œuvre des stratégies de			

participation communautaire des hôpitaux • Organiser des réunions trimestrielles • Aider à harmoniser les stratégies avec les plans d'équité en matière de santé • Aider à l'intégration des plans des hôpitaux et des organismes communautaires	100 % 30 % 30%	à déterminer 30 % 30%	à déterminer 30 % 30%

Mesures de réussite

De concert avec les RLISS du Centre-Est et de Simcoe Nord Muskoka, établir une entente de responsabilisation avec l'entité de planification des services en français.

Intégration de membres de la communauté francophone dans toutes les activités de participation communautaire du RLISS.

Poursuivre la participation active aux activités de planification des services en français.

Organiser au moins un événement de participation ciblée sur la santé des Autochtones.

Nommer des membres autochtones aux réseaux consultatifs du RLISS du Centre et d'autres groupes de planification, le cas échéant.

Établir des attentes/buts pour le plan d'équité en matière de santé et des stratégies de participation communautaire pour les inclure dans les ententes de responsabilisation de services respectives.

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

La disponibilité des ressources financières aura une incidence sur notre aptitude à répondre efficacement au plan de mise en œuvre pour la participation des Francophones et des Autochtones.

Un retard dans la publication des règlements/la stratégie de la participation de la communauté autochtone entraînera un retard de la mise en œuvre de cette initiative.

L'engagement des fournisseurs de services de santé à l'égard de la participation communautaire.

But n^{o} 3

Surveiller les indicateurs de l'état de santé dans les régions géographiques identifiées en collaboration avec la Santé publique.

Concordance avec les priorités du gouvernement :

Notre stratégie pour l'équité en matière de santé concorde avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et vise à améliorer l'état de santé de tous les Ontariens et Ontariennes, en particulier ceux et celles qui sont en très mauvaise santé. Ce but concorde également avec la stratégie du ministère consistant à s'associer à d'autres participants dans le système de santé local, y compris la Santé publique.

Plans d'action / interventions :	Veuillez indiquer le taux d'achèvement anticipé pour chacune des trois prochaines années. Par exemple, si le taux d'achèvement d'un but est de 75 % après trois années et que ce taux est réparti

	équitablement entre les trois années, entrez 25 % dans chaque colonne.		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Saisir les occasions de collaboration avec la Santé publique pour promouvoir et soutenir les activités de promotion de la santé • Soutenir la mise en œuvre de l'initiative de prévention des chutes de la province	à déterminer	à déterminer	à déterminer
De concert avec la Santé publique, surveiller, analyser et diffuser des indicateurs de santé sur la population. Utiliser les résultats pour éclairer les décisions d'affectation des ressources chaque fois que c'est possible.	25 %	25 %	25 %
Animer des forums intersectoriels/interministériels (y compris dans les municipalités) afin de coordonner la planification des services pour les populations visées par cette priorité • Parrainer un événement	100 %	à déterminer	à déterminer

Mesures de réussite

Collaboration régulière avec les unités de santé publique et nomination d'un représentant de la santé publique dans les réseaux consultatifs du RLISS du Centre ou d'autres groupes de planification, le cas échéant.

Atteindre ou dépasser les cibles du programme de prévention des chutes (à déterminer – voir Services des urgences et autres niveaux de soins, but n^{o} 2).

Élaborer et mettre en œuvre au moins un événement de participation intersectoriel/interministériel.

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

Nécessité d'établir un cadre stratégique pour la collaboration avec la Santé publique afin de faciliter une collaboration fructueuse.

Il reste à publier une charte du projet décrivant les éléments du programme de prévention des chutes, ce qui risque de retarder la mise en œuvre de cette initiative.

La disponibilité des ressources financières aura une incidence sur notre aptitude à répondre efficacement à cette priorité.

Modèle B : Dépenses de fonctionnement du RLISS

Postes de dépenses ($)	Dépenses réelles 2009-2010	Affectations 2010-2011	Dépenses prévues 2011-2012	Dépenses prévues 2012-2013	Dépenses prévues 2013-2014
Salaires et rémunération	2,389,750	2,522,372	2,676,000	2,676,000	2,676,000
Avantages sociaux					
HOOPP	240,174	251,493	258,000	258,000	258,000
Autres avantages	337,538	343,721	347,622	347,622	347,622
Total Avantages sociaux	***577,712***	***595,214***	***605,622***	***605,622***	***605,622***
Transport et communications					
Déplacements du personnel	9,621	10,555	10,500	10,500	10,500
Déplacements des administrateurs	9,818	10,011	10,000	10,000	10,000
Communications		30,711	30,000	30,000	30,000
Autres	62,208	51,074	50,000	50,000	50,000
Total Transport et communication	***81,647***	***102,351***	***100,500***	***100,500***	***100,500***
Services					
Hébergement	196,643	219,853	220,000	220,000	220,000
Publicité	4,451	4,000	4,000	4,000	4,000
Frais de consultation	224,281	72,886	30,000	25,000	25,000
Location d'équipement	31,654	30,022	30,000	30,000	30,000
Indemnités journalières des administrateurs	126,525	127,638	128,000	128,000	128,000
Coûts partagés des SCO	362,714	409,501	409,500	409,500	409,500
Autres dépenses de réunion	37,180	39,576	39,500	39,500	39,500
Autres coûts des administrateurs	53,689	49,427	49,500	49,500	49,500
Impression et traduction	22,354	20,000	20,000	20,000	20,000
Perfectionnement du personnel	66,508	65,256	60,000	60,000	60,000
Total Services	***1,125,999***	***1,038,159***	***990,500***	***985,500***	***985,500***
Fournitures et équipement					
Équipement informatique	76,421	85,000	10,000	15,000	15,000
Fournitures de bureau et achat d'équipement	90,916	66,526	27,000	27,000	27,000
Total Fournitures et équipement	***167,337***	***151,526***	***37,000***	***42,000***	***42,000***
Fonctionnement du RLISS : dépenses totales prévues	4,342,445	4,409,622	4,409,622	4,409,622	4,409,622
Objectif de financement annuel			4,409,622	4,409,622	4,409,622
Écart			-	-	-

Modèle C : Plan de dotation en personnel (équivalents temps plein)

Titre du poste	ETP 2009/2010 au 31 mars 2010	Prévisions ETP 2010/2011	Prévisions ETP 2011/2012	Prévisions ETP 2012/2013	Prévisions ETP 2013/20134
PDG	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Directeur principal/directrice principale	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
Contrôleur/contrôleuse	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
Directeur/directrice	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Directeur/directrice des communications	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Coordonnateur/coordonnatrice des communications	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Coordonnateur général/coordonnatrice générale	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Attaché/attachée de direction	-	1.0	1.0	1.0	1.0
Adjoint administratif/adjointe administrative	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
Adjoint/adjointe des communications et des opérations	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Chef de bureau	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Coordonnateur/coordonnatrice de projet	3.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Coordonnateur principal/coordonnatrice principale	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Planificateur/planificatrice	3.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Conseiller/conseillère	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0
Conseiller principal/conseillère principale	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Responsable, aide à la décision	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Planificateur principal/planifiactrice principale, SLD			0.6	0.6	0.6
Épidémiologiste	-	-	1.0	1.0	1.0
Total ETP	**26.6**	**29.6**	**31.2**	**31.2**	**31.2**

7.4. Modèle D -Plan de communications – RLISS du Centre

Objectifs : Quel est le but du plan d'activités annuel?

Le Plan d'activités annuel est l'un des deux documents directeurs qui sont essentiels au travail du RLISS du Centre; l'autre document est le Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2010-2013. Ces documents décrivent le travail entrepris par le RLISS du Centre pour planifier les services des santé pour les résidents du RLISS du Centre.

Le PSSI guide les activités et les responsabilités des fournisseurs de santé locaux, tel que décrit dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* . Il offre un aperçu du système de santé actuel, cerne les aspects à améliorer en priorité et établit les normes à respecter pour la mise en œuvre. Tout cela vise à promouvoir la vision du RLISS du Centre, à savoir *Des collectivités compassionnelles, des gens en meilleure santé et un système de santé durable.*

Le Plan d'activités annuel décrit les activités requises pour progresser vers la réalisation des objectifs définis dans le PSSI. Les quatre priorités sont les suivantes : services des urgences et autres niveaux de soins; gestion et prévention des maladies chroniques; santé mentale et toxicomanie; et équité en matière de santé.

Contexte : Pourquoi faisons-nous un Plan d'activités annuel?

En vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et de l'Entente de performance Ministère-RLISS, les RLISS sont tenus de publier leur plan d'activités annuel pour informer les intervenants sur les stratégies et les initiatives du RLISS pour répondre à ces priorités. Le Plan d'activités annuel du RLISS du Centre est l'instrument de communication qui permet d'informer les intervenants sur les plans opérationnels et stratégiques.

Publics cibles :

Le RLISS du Centre communique avec de nombreux intervenants, chacun ayant son propre niveau de compréhension du système de santé et du rôle du RLISS dans la planification, le financement, la coordination et l'intégration du système.

Les principaux intervenants du RLISS du Centre sont :

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- Conseil d'administration et personnel du RLISS du Centre
- Fournisseurs de services de santé financés par le RLISS du Centre, dont :
  - Sept hôpitaux publics et trois hôpitaux privés,
  - 46 établissements de soins de longue durée,
  - 40 fournisseurs de services de soutien communautaire,
  - 22 fournisseurs de services de santé mentale et de toxicomanie,
  - Un centre d'accès aux soins communautaires, et
  - Deux centres de santé communautaires.
- Réseaux consultatifs et comités du RLISS du Centre
- Autres fournisseurs de services de santé non financés par le RLISS du Centre, parmi lesquels :
  - Médecins/équipes de santé familiale/cliniques dirigées par des infirmières et des infirmiers praticiens
  - Santé publique
  - Autres professionnels de la santé

- Députés provinciaux du RLISS du Centre
- Municipalités
- Autres RLISS
- Médias locaux et régionaux
- Clubs de service/groupes communautaires/associations
- Membres du public :
    - Résidents qui vivent, travaillent et reçoivent des services dans les limites du RLISS du Centre
    - Autochtones et membres des Premières Nations, Francophones
    - Patients/clients/consommateurs et leurs familles

Démarche stratégique : quel type d'annonce?

Pour la publication de son Plan d'activités annuel, le RLISS du Centre se conformera à la stratégie provinciale déterminée collectivement par les RLISS et le ministère. Il peut s'agir de la publication coordonnée le même jour de documents par tous les RLISS (date à déterminer), de l'affichage en ligne du Plan d'activités annuel sur les sites Web individuels ou de la publication d'un communiqué de presse.

Tactique :

Dès que le Plan d'activités annuel du RLISS du Centre aura été approuvé par le ministère, le RLISS le mettra à la disposition du grand public en l'affichant sur son site Web. Tout au long de la préparation du plan, nous serons en concertation avec nos réseaux consultatifs, et nous partagerons le Plan d'activités annuel final avec nos principaux intervenants.

Le Plan d'activités annuel décrit les nombreuses initiatives importantes pour promouvoir les priorités du PSSI et chacune d'elles a sa propre stratégie de communication et sa propre démarche de participation. Le RLISS du Centre dispose d'un large éventail d'outils de communication qui lui permettront de mettre en lumière les progrès accomplis et les réussites collectives dans la réalisation des priorités du PSSI. Il s'agit notamment de notre site Web, de séquences d'actualités, de bulletins, Info Minute RLISS et de courriels.

Le RLISS du Centre s'efforcera également d'intégrer des efforts d'éducation et de communication appuyant les objectifs et les plans d'action du PSSI aux activités de participation communautaire qui se déroulent tout au long de l'année afin d'aider les fournisseurs de services de santé à mieux comprendre le plan.