



Réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton

Plan d'activités annuel

Du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012



Le 30 juin 2011

M. Alex Bezzina
Sous-ministre adjoint
Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
80, rue Grosvenor
5^e étage, édifice Hepburn
Toronto (ON) M7A 1R3

Objet : Plan d'activités annuel 2011-2012 du Réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton

Monsieur,

J'ai le plaisir de vous envoyer un exemplaire de notre plan d'activités annuel de 2011-2012 tel qu'approuvé par le conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé de Mississauga Halton.

Conformément aux directives reçues du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'ébauche de notre plan d'activités 2011-2012 a été révisée de manière à éviter le dédoublement avec d'autres exigences en matière de rapport des RLISS, pour insister surtout sur les objectifs et plans d'action concernant les changements apportés au système et leurs résultats. Cette ébauche du plan d'activités annuel s'inspire de notre Plan de services de santé intégrés (PSSI) échelonné sur trois ans. Les plans d'action de chacune des priorités indiquées dans le PSSI sont présentés en suivant le modèle fourni par le ministère.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Le directeur général,

Bill MacLeod

Pièces jointes

**Réseau local d'intégration des services de santé
de Mississauga Halton**

**Plan d'activités annuel
2011-2012**

Table des matières

2. CONTEXTE	4
2a. Mandat	4
2b. Aperçu des programmes et priorités actuels et futurs du RLISS de MH	4
2c. Réussites principales – Améliorer l'accès, la qualité et la durabilité	5
2d. Priorités principales du RLISS de MH en 2011-2012	9
 3. PRIORITÉS DU PSSI 2010-2013.....	 12
3a. Amélioration de l'accès, de la qualité et de la durabilité du système de santé	13
i) Stratégie concernant la capacité	17
3b. Intégration des soins de santé dans le RLISS de Mississauga Halton	18
3c. Prévention et gestion des maladies chroniques	22
3d. Intégration des services de santé mentale et de toxicomanie	24
3e. Amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des personnes âgées	27
3f. Renforcement des soins de santé primaires	29
3g. Cybersanté	31
3h. Services en français	33
3i. Engagement de la population autochtone	37
 4. PLAN DES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT ET DE PLANIFICATION DU PERSONNEL DU RLISS	 39
 5. PLAN DE COMMUNICATIONS.....	 41

2. CONTEXTE

Le plan d'activités annuel est un volet important du cadre de responsabilisation entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le ministère) et le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS). Il sert à mettre en œuvre le plan de services de santé intégrés (PSSI) en déterminant des objectifs annuels et plans d'action pour chaque priorité du PSSI. Il souligne les mesures ainsi que les changements prévus pour le prochain exercice financier 2011-2012.

L'information ci-dessous résume le mandat du RLISS et le système de santé local dans lequel fonctionne le RLISS.

2a. Mandat

Le RLISS de Mississauga Halton (MH) veut s'assurer que l'on puisse offrir des services de santé accessibles et adaptés dans le but d'améliorer la santé de la population. Ceci correspond à la vision du RLISS de MH d'avoir un système de santé intégré pour ses collectivités, qui favorise un état de santé optimal et fournit des soins de santé de qualité au moment et à l'endroit opportuns. Le PSSI est un rapport échelonné sur trois ans précisant les objectifs pour réussir à réaliser cette vision. Il est élaboré à partir des commentaires obtenus des résidents, intervenants et fournisseurs des services de santé.

2b. Aperçu des programmes et priorités actuels et futurs du RLISS de MH

Le RLISS de MH finance 33 services de soutien communautaire, 12 organismes de santé mentale et de toxicomanie, un centre d'accès aux soins communautaires (CASC), 27 foyers de soins de longue durée et trois hôpitaux (y compris six établissements hospitaliers). Le RLISS de MH a conclu des ententes de responsabilisation avec chacun de ces organismes et ces ententes précisent le genre et le niveau de services à prodiguer; les ressources financières nécessaires pour offrir les services ainsi que les résultats prévus.

Tous les organismes du RLISS de MH suivent les priorités indiquées dans le Plan de services de santé intégrés (PSSI) en ce qui concerne l'amélioration du système de santé. Les priorités stratégiques du RLISS de MH pour 2010-2011 à 2012-2013 sont les suivantes :

- Améliorer l'accès, la qualité et la durabilité du système de santé
- Créer des programmes régionaux à l'échelle du RLISS de MH
- Prévenir et gérer les maladies chroniques
- Intégrer les services de santé mentale et de toxicomanie
- Améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées
- Renforcer le système de soins primaires

En plus des six priorités indiquées ci-dessus, six catalyseurs ont été identifiés dans le PSSI comme points importants afin de réussir à atteindre toutes nos priorités stratégiques. Nous tiendrons aussi compte des catalyseurs stratégiques dans le plan d'activités annuel.

- L'augmentation de la capacité
- Les partenariats pour la coopération
- La cybersanté
- Le transport
- L'engagement du public en matière de santé personnelle
- Les ressources humaines en santé

2c. Réussites principales – Améliorer l'accès, la qualité et la durabilité

Le RLISS de MH donne aux gens de nos collectivités les bons soins au bon moment et au bon endroit. Notre RLISS gère un budget de plus de 1,25 milliard de dollars, et de ce total, seulement le tiers d'un pour cent est consacré au fonctionnement du RLISS; ce qui est très efficace.

Le RLISS de MH se base sur les succès obtenus en 2010-2011 dans le plan d'activités annuel 2011-2012. Les principales réussites accomplies l'an dernier en ce qui concerne les priorités du PSSI, comprennent :

I. Améliorer la capacité des services communautaires

1. Soutien communautaire et services des CASC
 - a) Expansion de l'approche à domicile
 - b) Amélioration de la capacité des services communautaires
 - i. Expansion des services d'assistance – Programme de soutien à la vie quotidienne
 - ii. Expansion des services communautaires des CASC pour les personnes âgées ayant des besoins élevés ainsi que les patients nécessitant des soins palliatifs
 - c) Capacité des soins de transition
 - i. Mise en place de l'unité de soutien en cas de troubles du comportement

Résultats clés en 2010-2011 :

Mesure	Rendement 2009-2010	Rendement 2010-2011	Résultats
Pourcentage de jours-patients dans les autres niveaux de soins : soins actifs	9,20 %	T3 : 9,29 %	Amélioration et on se rapproche de l'objectif de 8,3 %.
Taux de mortalité dans les soins palliatifs à l'hôpital	51,80 %	50,20 %	Amélioration comparativement à la même période l'an dernier.
Taux de nouveaux renvois de l'hôpital aux foyers de soins de longue durée	54 %	30 %	Amélioration de 4 % comparé à l'exercice financier 2009-2010.
Nombre de patients sur la liste d'attente des foyers de soins de longue durée	1,106	919	Amélioration avec les bonnes personnes (qui n'ont pas d'autres choix) sur la liste d'attente comparativement à la même période de l'exercice financier précédent.

2. Services de santé mentale et de toxicomanie
 - a) Mise en place des programmes de troubles concomitants dans la communauté; une collaboration entre les organismes de santé mentale et de toxicomanies afin d'offrir plus de services de soins intégrés dans la collectivité, dans le but de permettre la gestion en cas de crise et d'assurer le soutien pour gérer les cas des gens se présentant aux urgences.

Mesure	Rendement 2010-2011	Résultats
Visites non prévues répétées à l'urgence dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale	T1 et 2 : 13,8 %	Amélioration du rendement de 2009-2010 à 14,2 % et on se rapproche de l'objectif de 2010-2011 de 12,6 %.
Visites non prévues répétées à l'urgence dans les 30 jours pour des problèmes de toxicomanies	T1 et 2 : 20,06 %	Amélioration du rendement de 2009-2010 à 20,3 % et on se rapproche de l'objectif de 2010-2011 de 17,4 %.

3. Amélioration de la capacité des foyers de soins de longue durée pour les personnes âgées frêles et ayant des besoins élevés

- a) Expansion du programme d'infirmières praticiennes pour améliorer la liaison entre l'hôpital et les foyers de soins de longue durée, dans le but de ramener ou d'accueillir des résidents de soins de longue durée nécessitant beaucoup de besoins dans leurs foyers de soins de longue durée.

Mesure	Rendement 2010-2011	Résultats
Augmenter le nombre de patients transférés de l'hôpital aux foyers de soins de longue durée : diminuer le nombre de jours passés à l'hôpital pour les résidents (patients hospitalisés) qui peuvent être envoyés dans un foyer de soins de longue durée avec les soutiens convenables fournis par l'équipe d'intervention des soins de longue durée gérée par les infirmières.	T2 : 28	Les données seront mises à jour pour l'exercice financier 2010-2011.

II. Améliorer les temps d'attente à l'hôpital

1. Temps d'attente aux urgences

- a) En raison des efforts des hôpitaux grâce au programme de financement des urgences axé sur les résultats, on a réussi à obtenir des améliorations en ce qui concerne les temps d'attente pour les patients non admis aux urgences, et ce malgré une hausse de la demande.

Mesure	Rendement 2010-2011	Résultats
90 ^e percentile de temps d'attente aux urgences pour les patients complexes non admis	6,70 heures	Dépasse l'objectif de 7 heures.
90 ^e percentile de temps d'attente aux urgences pour les patients non gravement atteints non admis	6,70 heures	Dépasse l'objectif de 4 heures.
Diminuer la durée du séjour moyen aux urgences pour les patients admis	Diminution de 8,9 heures	334 013 heures de temps d'attente aux urgences ont été éliminées en 2010-2011.

**Données de base d'avril 2008 jusqu'à mars 2011.*

2. Temps d'attente pour les IRM et la tomodensitométrie

- a) Partage du système d'établissement des horaires du diagnostic par imagerie entre les trois hôpitaux afin de diminuer les temps d'attente du service.

Mesure	Rendement 2010-2011	Résultats
90 ^e percentile de temps d'attente pour l'IRM	143 jours	N'a pas atteint l'objectif de 2010-2011 de 121 jours. Une plus grande capacité en 2011 permettra de diminuer les temps d'attente.
90 ^e percentile de temps d'attente pour la tomodensitométrie	27 jours	Amélioration générale, on a surpassé les objectifs de 2010-2011 de 35 jours.

INDICATEURS DE RENDEMENT DU RLISS DE MISSISSAUGA HALTON
2010-2011

N°	Indicateur de rendement	Point de départ du RLISS – 2010-2011	Objectif de rendement du RLISS – 2010-2011	Plus récent trimestre - Rendement du RLISS 2010-2011	Résultat annuel du RLISS pour l'exercice 2010-2011
1	90 ^e percentile de temps d'attente pour les interventions oncologiques	60	60	63	57
2	90 ^e percentile de temps d'attente pour les pontages coronariens	37	37	35	34
3	90 ^e percentile de temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte	96	96	177	155
4	90 ^e percentile de temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche	138	138	141	144
5	90 ^e percentile de temps d'attente pour l'arthroplastie du genou	159	159	164	156
6	90 ^e percentile de temps d'attente pour l'IRM	121	121	141	143
7	90 ^e percentile de temps d'attente pour la tomodensitométrie	38	35	38	27
8	Pourcentage de jours dans les autres niveaux de soins – par établissement dans le RLISS***	9,21 %	8,30 %	9,29 %	9,73 %
9	90 ^e percentile de temps d'attente aux urgences pour les patients admis	38,60	28,40	42,37	35,87
10	90 ^e percentile de temps d'attente aux urgences pour les patients complexes non admis (CTAS I-III)	7,20	7,00	6,82	6,70
11	90 ^e percentile de temps d'attente aux urgences pour les patients non gravement atteints non admis (CTAS IV-V)	4,10	4,00	3,70	3,72
12	Visites non prévues répétées aux urgences dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale**	14,90 %	12,60 %	13,80 %	14,30 %
13	Visites non prévues répétées aux urgences dans les 30 jours pour des problèmes de toxicomanies**	20,40 %	17,40 %	20,06 %	19,59 %
15	Réadmission dans les 30 jours pour certaines maladies analogues**	13,10 %	13,10 %	13,97 %	13,64 %

** L'exercice 2010-2011 est basé sur seulement 2 trimestres de données (T1-T2 2010-2011) en raison de la disponibilité

*** L'exercice 2010-2011 est basé sur seulement 3 trimestres de données (T1-T3 2010-2011) en raison de la disponibilité

III. Planification des immobilisations (capacité des établissements)

1. Plan de capacité des soins actifs

- a) Nous avons terminé le plan de capacité des soins actifs complet échelonné sur 15 ans, qui incorpore les six sites des trois hôpitaux privés en fonction des besoins prévus à partir de la méthodologie MAS.

2. Projets d'immobilisations des hôpitaux
 - a) Les projets d'immobilisations importants à trois hôpitaux continuent grâce au soutien de la Direction de planification des dépenses en capital du ministère. Avec l'approbation du ministère pour le plan d'exploitation après la construction, l'élargissement de la capacité dans les hôpitaux va se poursuivre en 2010 ainsi qu'en 2011-2012.
3. Nouveau développement pour les soins de longue durée
 - a) Le Centre de santé Trillium a obtenu l'approbation du ministère pour créer un nouveau foyer de soins de longue durée de 220 lits à l'hôpital THC-West Toronto.

IV. Initiatives d'intégration importantes

1. Prévention et gestion des maladies chroniques :
 - a) Programme d'intervention communautaire MPOC : intégration par le biais du financement d'un projet pilote visant à augmenter l'accès de la gestion des maladies chroniques à domicile, afin de diminuer les taux de réadmission aux urgences et dans les hôpitaux et de mettre en place une approche axée sur la collectivité pour la prévention et gestion des maladies chroniques.
2. Soins de transition /réadaptation :
 - a) Unité de soutien des troubles du comportement au foyer de soins de longue durée Sheridan Villa : suit la stratégie provinciale du système de soutien des troubles du comportement. Ceci représente une intégration innovatrice incluant la coordination des services, l'interaction et la supervision médicale entre le personnel de Sheridan Villa, du Centre de santé Trillium, du CASC, de l'équipe d'intervention en santé mentale et de la société Alzheimer.
3. Programmes régionaux :
 - a) Services gériatriques spécialisés : intégration par le biais de la coordination et du partenariat entre les hôpitaux et la collectivité au niveau des fournisseurs de soins afin d'améliorer les services gériatriques spécialisés pour les personnes âgées frêles ayant des problèmes de santé complexes. Le Centre de santé Trillium est le responsable régional de plusieurs programmes, y compris le programme de prévention des chutes, le programme d'intervention gériatrique et de santé mentale, les cliniques d'évaluation gériatriques d'urgence suivant des normes uniformes dans les trois hôpitaux.
4. Amélioration de la qualité :
 - a) Hôpital
 - i. Programme de gestion régionale des antibiotiques : intégration par le biais de la coordination, dans le cadre d'une initiative sur la qualité touchant les meilleures pratiques de contrôle des infections dans trois hôpitaux, afin de diminuer les taux d'infection actuels.
 - ii. Autorisation régionale des médecins : ce projet progresse dans tout le RLSS. Il devrait être terminé en 2011-2012.
 - b) Foyers de soins de longue durée
 - i. Lancement de l'initiative de la qualité pour les résidents dans huit foyers de soins de longue durée.

- ii. Lancement de l'unité de soutien des troubles du comportement au foyer de soins de longue durée Sheridan Villa.

V. Participation communautaire

Leadership et innovation dans les stratégies de participation communautaire, y compris le groupe de citoyens, et adoption de normes uniformes ainsi que de plans afin d'améliorer la transparence et la responsabilisation du RLISS.

2d. Priorités principales du RLISS de MH en 2011-2012

Plusieurs volets du plan d'activités annuel 2011-2012 reflètent à la fois les priorités du RLISS de MH ainsi que celles du gouvernement en 2011-2012.

I. Rôle accru au niveau de la qualité

- La stratégie ontarienne d'excellence des soins pour tous insiste sur la prestation de services de qualité, basés sur les preuves, donnant de vrais avantages aux patients.
- Avec la mise en place de la nouvelle *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* :
 - o Les hôpitaux devront maintenant élaborer et rendre public des plans d'amélioration de la qualité chaque année; et
 - o la rémunération des responsables des soins de santé sera axée sur l'atteinte des objectifs d'amélioration du rendement en vertu de ces plans, ce qui devrait rehausser la qualité des soins donnés aux patients.
- Ces exigences législatives pour améliorer la qualité et l'expérience des patients seront éventuellement mises en place dans d'autres secteurs du système de santé.
- À mesure que le rôle de Qualité des services de santé Ontario évolue, le RLISS de MH travaillera avec les partenaires provinciaux et d'autres RLISS pour mettre en place des normes de qualité.
- Le RLISS de MH et les fournisseurs de services s'intéressent aussi à l'amélioration de la qualité dans le système de santé. Vous trouverez plus de détails sur ces initiatives à la section 3a), Amélioration de l'accès, de la qualité et de la durabilité du système de santé.

II. Intégration des programmes et services

Au cours des trois dernières années, le RLISS de MH a concentré ses efforts d'intégration dans certains programmes et services afin d'améliorer la capacité du service dans la collectivité ainsi que le niveau de collaboration entre les fournisseurs de services, comme pour arriver à mieux coordonner le renvoi des patients, surtout ceux venant des hôpitaux et qui doivent retourner dans les organismes communautaires.

En 2011-2012, le RLISS de MH continuera de se concentrer sur les possibilités d'intégration commencées en 2009-2010, ainsi que sur les nouvelles occasions ci-dessous :

Demandées par les hôpitaux :

- Fusion suggérée du Centre de santé Trillium et de l'hôpital Credit Valley
- Programme régional pour les soins maternels et des enfants
- Programme régional pour les enfants et les jeunes
- Prévention et gestion des maladies chroniques : programme d'intervention dans la collectivité sur la MPOC
- Transformation et intégration des soins continus complexes à l'hôpital ainsi que des services de réadaptation

Demandées par les collectivités :

- Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement :
 - i. Unité de soutien des troubles du comportement à Sheridan Villa, y compris l'évaluation de la première année du programme
 - ii. Projets pilotes de soutien du comportement, mis en œuvre si le RLISS de MH obtient l'approbation pour le projet
- Santé mentale :
 - i. Programme régional pour les troubles de l'alimentation chez les enfants et les jeunes
 - ii. Transitions entre les services pour jeunes et ceux destinés aux adultes
 - iii. Évaluation de la possibilité d'avoir plus d'intégration des programmes avec les fournisseurs de services de santé mentale et de toxicomanies dans la collectivité
- Rôle accru du CASC : intégration par le biais de la coordination et du partenariat avec les organismes de tout le RLISS pour mettre en place un processus d'admissibilité centralisé au CASC en ce qui concerne les renvois aux services de soins continus et de réadaptation, services d'assistance et services ambulatoires pour adultes, afin d'améliorer le débit des patients dans les points de transition à tous les niveaux des services de santé.
- Soins de santé palliatifs intégrés : en tant que « RLISS vedette » du projet de soins palliatifs intégrés, en collaboration avec l'association ontarienne des CASC, Qualité des services de santé Ontario, le CASC de MH, l'hôpital, les services de soutien communautaire et organismes de soins palliatifs, dans le but d'améliorer l'intégration des services de soins palliatifs à tous les niveaux des soins.

Ce travail sera basé sur les besoins du système de santé local identifiés dans le plan d'intégration des services de santé du RLISS de MH ainsi que les projets stratégiques provinciaux comme :

- a. La stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances
- b. Le groupe d'experts provincial sur la réadaptation et les soins continus complexes
- c. Le projet provincial de soutien en cas de troubles du comportement
- d. La stratégie de renforcement des soins à domicile en Ontario

III. Points de transition dans le système de santé

Le RLISS de MH s'est concentré sur les points de transition dans la prestation des soins afin d'améliorer l'accès aux patients/clients et leur transfert rapide vers le type de service le plus approprié dans toute la gamme de services.

Les efforts vont se concentrer sur les secteurs comme la transition au retour de l'hôpital et la coordination des différentes agences :

- **Approche à domicile** : À domicile est une philosophie de gestion basée sur des preuves et axée sur le client, qui a pour but de garder les clients, surtout les personnes âgées ayant des besoins élevés, pour qu'elles puissent vivre en toute sécurité chez elles aussi longtemps que possible grâce aux soutiens communautaires. Si la personne a besoin de soins actifs, l'approche à domicile veut d'abord aider les patients qui retournent chez eux à leur sortie de l'hôpital, avant l'évaluation ou l'admission à un centre de soins de longue durée ou dans autre milieu de soins approprié. Avec cette approche, le transfert des patients de l'hôpital à un foyer de soins de longue durée est envisagé seulement une fois que toutes les autres options ont été évaluées.
- **Services de santé mentale : transitions entre les services pour les jeunes et les services pour adultes**, y compris la collaboration avec les services de justice et d'éducation. Cette initiative a pour but de s'assurer que les jeunes du groupe de 16 à 24 ans puissent recevoir des soins uniformes lorsqu'ils passent du système des soins destinés aux jeunes à celui pour les adultes. Vingt-deux fournisseurs de services de santé mentale et toxicomanie pour adultes, enfants et jeunes vont participer au projet pilote de quatre mois qui va commencer en mai 2011.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée travaille à l'élaboration d'une stratégie complète échelonnée sur 10 ans pour la santé mentale et les toxicomanies, qui vont aider à guider les politiques futures dans ce secteur et à faire des investissements stratégiques dans le système de santé mentale et de toxicomanies en Ontario.
- La stratégie s'est inspirée des rapports récents du groupe consultatif de la ministre avec les consommateurs, les membres des familles, les fournisseurs et chercheurs en Ontario, ainsi que le Comité spécial de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances de l'Assemblée législative de l'Ontario, dont le rapport a été présenté en août 2010.
- Comme les détails de la stratégie ne sont pas encore tous connus, l'objectif principal de cette politique pour les trois premières années sera les enfants, surtout pour arriver à combler les écarts entre les services pour enfants et ceux pour adultes. Un autre point important sera l'intervention précoce auprès des travailleurs de la justice qui travaillent avec les jeunes.
- Le RLISS travaillera sur les points suivants :
 - i. Transitions entre les services pour les jeunes et ceux destinés aux adultes
 - ii. Transitions du secteur communautaire au secteur de soins actifs et vice-versa
 - iii. Transitions entre les services de santé et ceux de la justice
 - iv. Collaboration entre les services locaux dirigée par Qualité des services de santé Ontario

IV. Améliorer la capacité des services dans la collectivité

Le RLISS de MH a investi plus de 30 millions de dollars dans la stratégie Vieillir chez soi du ministère au cours des trois dernières années. En raison de la croissance prévue de la population dans notre collectivité, il est important que le RLISS de MH puisse aider les personnes ayant des besoins élevés, surtout les personnes âgées frêles de la collectivité, en continuant d'améliorer la qualité des soins et la durabilité du système de santé. Le RLISS de MH continuera d'évaluer le succès de l'approche à domicile ainsi que les investissements connexes dans les services communautaires, les services spécialisés dans les soins de longue durée, les services de transition et les programmes régionaux spécialisés qui vont appuyer ces efforts.

V. Investissements au niveau de l'efficacité et du contrôle des coûts

- Afin de contrôler la hausse des dépenses en santé et de les garder à des niveaux raisonnables tout en permettant au personnel de première ligne d'assurer une prestation des soins de qualité, le gouvernement va adopter des réformes dans le but de fournir des services axés sur les preuves, d'améliorer la qualité et la responsabilisation dans ce secteur et d'améliorer le rapport qualité-prix des investissements en santé.
- Une plus grande utilisation du modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) donnera au ministère les renseignements nécessaires pour l'aider à aligner stratégiquement le financement basé sur les principes suivants : accès équitable, coût raisonnable et montants consacrés aux patients.
- Par le biais de son financement accru au secteur des services communautaires d'environ trois pour cent par an au cours des trois prochaines années, le gouvernement poursuit ses efforts en vue de réduire les pressions dans les autres niveaux de soins.
- Ces investissements seront consacrés aux foyers de soins de longue durée, soins à domicile et autres soutiens communautaires, services d'assistance, services de santé mentale et de toxicomanies, dans le but de donner un meilleur accès aux soins à domicile et dans les collectivités.
- De plus, les investissements amélioreront la capacité du système de santé à s'occuper des patients après leur sortie de l'hôpital, et si possible, à éviter les coûts élevés de l'hospitalisation dus aux visites aux urgences.
- Il convient de remarquer que les RLISS dépensent très peu d'argent pour l'administration par rapport aux autres organismes des secteurs public et privé. Le RLISS de MH gère un budget de plus de 1,25 milliard de dollars. Seulement 0,35 % de ce budget est destiné à l'administration du RLISS.

3. PRIORITÉS DU PSSI 2010-2013

- a. Amélioration de l'accès, de la qualité et de la durabilité du système de santé
 - i. Stratégie sur la capacité
- b. Création de programmes régionaux à l'échelle du RLISS / intégration des soins de santé dans le RLISS de MH
- c. Prévention et gestion des maladies chroniques
- d. Intégration des services de soins de santé mentale et de toxicomanies

- e. Amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des personnes âgées
- f. Renforcement des soins de santé primaires
- g. Cybersanté (catalyseur)
- h. Prestation de services en français
- i. Engagement de la population autochtone

3a) Amélioration de l'accès, de la qualité et de la durabilité du système de santé
Description :
En vue d'améliorer le rendement du système de santé au niveau de l'accès, de la qualité et de la durabilité, il faudra insister sur l'amélioration de l'expérience du patient/client en lui donnant la possibilité d'accéder à des services de grande qualité, qui lui procurent les bons soins, au bon moment, au bon endroit, et à un coût raisonnable. Pour y arriver, le RLISS de MH continuera d'insister sur les secteurs suivants : a. Transformation des services communautaires pour servir les clients ayant des besoins élevés dans la collectivité. b. Expansion du secteur des soins de transition afin de soutenir la réadaptation fonctionnelle des clients après le traitement. c. Expansion de la capacité à l'hôpital et maximisation de l'efficacité opérationnelle afin d'améliorer la qualité des soins et de diminuer les temps d'attente.
Situation actuelle :
L'approche à domicile est un investissement dans des services communautaires améliorés, comme le soutien à la vie quotidienne, les programmes de jour pour adultes, les services de relève, les services de transport, ainsi que l'amélioration des services du CASC aux personnes âgées et aux clients nécessitant des soins palliatifs; ceci a contribué à diminuer le nombre de jours-patients dans les autres niveaux de soins à l'hôpital et à réduire la liste d'attente pour les soins de longue durée. Une évaluation indépendante du programme a permis de constater que les changements effectués pour servir les clients ayant les besoins les plus élevés par le biais du programme d'aide à domicile et du modèle de soutien à la vie quotidienne ont obtenu du succès. La capacité des foyers de soins de longue durée à s'occuper des résidents ayant des besoins élevés s'est améliorée par le biais du service d'intervention en santé mentale gériatrique, du programme d'intervention des traumatismes crâniens et du programme IP Stat. Tout particulièrement, les infirmières praticiennes ont développé de bonnes relations avec les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée dans le RLISS, afin de faciliter l'admission aux résidents de ces foyers après un épisode de soins actifs, surtout pour les gens ayant des besoins complexes élevés. Capacité de lits de soins de longue durée intérimaires au Centre de santé Trillium à partir d'août et septembre 2011.

Le programme de troubles concomitants pour la santé mentale et les toxicomanies a permis de diminuer les visites aux urgences et soutient plus efficacement les clients dans la collectivité.

Le programme de transition de relève des soins de longue durée a amélioré les capacités fonctionnelles des résidents pour leur permettre de revenir à la maison. L'évaluation indépendante du programme a permis de confirmer qu'on a obtenu des résultats positifs. On a créé un projet pilote pour utiliser 2 à 4 lits de relève pour des soins de courte durée ou faire des « transferts rapides » à partir des urgences ou des lits d'hôpitaux de courte durée.

L'unité de soutien en cas de troubles du comportement de Sheridan Villa a permis de diminuer la durée des séjours à l'hôpital des clients ayant des comportements difficiles et qui ont besoin de soins transitoires et a contribué à permettre à des résidents de retourner dans leur foyer de soins de longue durée. Le défi sera de garder le même rythme une fois que le niveau d'occupation du programme sera au maximum, en raison des échéances nécessaires pour trouver d'autres possibilités de placement que les foyers de soins de longue durée.

Les temps d'attente aux hôpitaux devraient s'améliorer grâce aux initiatives suivantes :

- o Expansion de la capacité par le biais du financement du plan d'exploitation après la construction, des projets d'immobilisations complétés au Centre de santé Trillium et à l'hôpital Credit Valley.
- o Augmentation du nombre d'heures pour l'IRM grâce à l'approbation du ministère et à l'installation d'un autre appareil d'imagerie au Centre de santé Trillium.
- o Les temps d'attente aux urgences, surtout pour les patients admis, devraient s'améliorer avec la mise en place d'un plan d'action pour les hôpitaux, y compris des lits de soins de courte durée.

Amélioration de la qualité des soins

- o Continuer les progrès de l'initiative axée sur les résidents des foyers de soins de longue durée.
- o Mise en place d'un système d'agrément des organismes de services de soutien communautaire et de santé mentale et toxicomanies.
- o Mise en place de l'initiative provinciale de gestion de l'information sur les soins communautaires (GISC) afin de favoriser des systèmes informatiques intégrés, y compris la mise en place des systèmes ECBO, LCS et DEMI.
- o Projet de soins intégrés – ce projet sur les soins palliatifs sera lancé à l'automne 2011.
- o Les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux dans le cadre de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, donnent aux hôpitaux la possibilité de favoriser la collaboration dans l'ensemble de l'établissement pour les initiatives d'amélioration de la qualité.

OBJECTIFS et PLANS D' ACTIONS

Objectifs

- Amélioration de l'accès, de la qualité et de la durabilité du système de santé de cette façon :
 - Augmentation de la capacité dans la collectivité pour répondre aux clients ayant des besoins élevés comme solution de rechange plutôt que de compter sur l'hôpital ou les foyers de soins de longue durée, tout dépendant de la situation.
 - Amélioration de la capacité des foyers de soins de longue durée à servir les clients ayant des besoins élevés.
 - Diminution des temps d'attente à l'hôpital pour les services d'IRM.
 - Diminution des temps d'attente à l'hôpital pour les patients admis aux urgences.

Conformité avec les priorités gouvernementales :

Cet objectif correspond aux priorités gouvernementales comme la stratégie des urgences et autres niveaux de soins, la stratégie des hôpitaux adaptés aux personnes âgées, le projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement, l'initiative provinciale de gestion de l'information sur les soins communautaires (GISC), la direction stratégique des soins de santé mentale et de toxicomanies et la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*.

Plans d'actions / Interventions

	Étapes de mise en œuvre du projet		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Approche à domicile pour maintenir ou améliorer le total de 8 % de tous les autres niveaux de soins à l'hôpital. Le RLISS de MH est déjà un leader dans ce domaine.	75 %	15 %	10 %
Amélioration de la capacité des soins de transition : • Évaluation de l'unité de soutien en cas de troubles du comportement • Projet pilote exprès de relève avec programme de relève (C)	100 %		
Amélioration de la capacité des soins de longue durée : 21 lits intérimaires au Centre de santé Trillium (C)	100 %		
Amélioration de la capacité des soins de longue durée : 220 nouveaux lits de soins de longue durée au Centre de santé Trillium (C)		25 %	75 %
Amélioration de la qualité des soins : Compléter l'initiative de collaboration axée sur les résidents des soins de longue durée dans 8 foyers de soins de longue durée du RLISS de MH.	100 %		

Réalisation du processus d'agrément des organismes de services de soutien communautaire et de santé mentale et toxicomanies.	30 %	45 %	25 %
Réalisation des projets provinciaux de GISC.	75%	25%	
Comment allons-nous mesurer les succès?			
Garder ou améliorer les objectifs de rendement indiqués à la Figure 1 (page 15) pour : ▪ Le pourcentage de jours-patients dans les autres niveaux de soins. ▪ Le 90^e percentile de temps d'attente pour les patients admis aux urgences. ▪ Le taux de renvois des hôpitaux vers les foyers de soins de longue durée. ▪ La diminution du nombre de personnes sur la liste d'attente des soins de longue durée.			
Risques et obstacles d'une mise en œuvre réussie			
• Possibilité de changement au niveau du système vers des services communautaires en utilisant les ressources existantes, et état de préparation des secteurs communautaires et hospitaliers. • Manque de correspondance avec les lois et politiques en vigueur visant à améliorer les soins et à simplifier l'accès dans tous les services.			

Figure 1

Mesure	Rendement 2009-2010	Rendement 2010-2011	Résultats
Pourcentage de jours-patients dans les autres niveaux de soins : soins actifs	9,20 %	T3 : 9,29 %	Amélioration et on se rapproche de l'objectif de 8,3 %.
Taux de mortalité dans les soins palliatifs à l'hôpital	51,80 %	50,20 %	Amélioration comparativement à la même période l'an dernier.
Taux de nouveaux renvois de l'hôpital aux foyers de soins de longue durée	54 %	30 %	Amélioration de 4 % comparé à l'exercice financier 2009-2010.
Nombre de patients sur la liste d'attente des foyers de soins de longue durée	1,106	919	Amélioration avec les bonnes personnes (qui n'ont pas d'autres choix) sur la liste d'attente comparativement à la même période de l'exercice financier précédent.

3a) i) Stratégie concernant la capacité
Description :
En plus des investissements importants dans la collectivité, le RLISS de MH, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, fait des investissements en immobilisations dans les hôpitaux du RLISS. Le taux d'occupation dans les hôpitaux est de plus de 95 % et il faut donc augmenter la capacité pour répondre aux besoins actuels et futurs de la population en croissance.
Situation actuelle :
▪ Le RLISS a dirigé ou soutenu les initiatives suivantes pour les plans d'immobilisations des hôpitaux : • Halton Healthcare Services – nouvel établissement à Oakville – remplacement du site existant par un nouvel hôpital va permettre de créer 457 lits pour l'ouverture prévue en 2014-2015. • Halton Healthcare Services – site de Georgetown – programme et services comprenant une proposition pour augmenter les services d'urgence. • Halton Healthcare Services – établissement de Milton – redéveloppement de l'hôpital de Milton pour soutenir plus de services d'urgence, les soins ambulatoires ainsi que les patients hospitalisés en obstétrique et les services de médecine et chirurgie. • Hôpital Credit Valley – L'étape III du projet en immobilisations qui permettra d'augmenter la capacité des soins critiques et services de chirurgie. L'étape II de la construction est presque terminée et améliorera la capacité à court terme pour les lits de réadaptation, de chirurgie, périnataux et pédiatriques. • Hôpital Trillium – proposition de programmes et services pour redévelopper et agrandir les sites de Mississauga et Toronto Ouest. • Hôpital Trillium – redéveloppement de 220 lits de soins de longue durée, ce qui va améliorer la capacité pour les personnes âgées frêles qui ont besoin de ce type de soins. ▪ Deux hôpitaux du RLISS de MH (Credit Valley et Centre de santé Trillium) sont en train de planifier la mise en place de la nouvelle Mississauga Academy of Medicine (MAM) en partenariat avec l'université de Toronto. Il y aura un programme interne complet de formation des médecins et des cliniques dans les deux hôpitaux. Le RLISS soutient le rôle accru des deux hôpitaux comme établissements d'enseignement.
OBJECTIFS
Objectifs
▪ On parle de l'augmentation de la capacité dans tout le document. Les objectifs et mesures identifiés spécifiquement et concernant la capacité seront indiquées par la lettre (C). ▪ Le RLISS de MH va continuer de travailler avec le gouvernement provincial pour obtenir des investissements dans tous ces projets importants afin d'améliorer la capacité des fournisseurs de services de santé dans le RLISS de MH, pour qu'ils puissent répondre aux besoins de la population croissante. ▪ Pour tous les projets en immobilisations, la planification et le financement du gouvernement sur plusieurs années du plan d'exploitation après la construction sont essentiels afin de répondre à la hausse des besoins en capacité et des pressions sur les services d'urgence et autres niveaux de soins dans le RLISS de MH, en raison de la population croissante et vieillissante.

3b) Intégration des soins de santé dans le RLISS de Mississauga Halton

Description :

La mission du RLISS de MH est de « réaliser l'intégration du système de santé pour nos collectivités » et notre vision est d'avoir un « système de soins de santé uniforme pour nos collectivités, qui favorise un état de santé optimal et fournit des soins de qualité au moment et à l'endroit opportuns ». C'est là-dessus que reposent nos efforts axés sur l'expérience du patient/client en améliorant les aspects suivants :

1. Accès et coordination des services
2. Qualité et sécurité au niveau de la prestation des services
3. Gestion et responsabilisation dans l'intérêt du public.

Situation actuelle :

Les initiatives d'intégration en cours à l'heure actuelle dans le RLISS de MH sont :

Demandées par les hôpitaux :

- a. Fusion suggérée du Centre de santé Trillium et de l'hôpital Credit Valley
- b. Programme régional pour les soins maternels et des enfants
- c. Programme régional pour les enfants et les jeunes
- d. Prévention et gestion des maladies chroniques : programme d'intervention dans la collectivité sur la MPOC
- e. Transformation et intégration des soins continus complexes à l'hôpital ainsi que des services de réadaptation

Demandées par les collectivités :

- f. Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement :
 - i. Unité de soutien des troubles du comportement à Sheridan Villa, y compris l'évaluation de la première année du programme
 - ii. Projets pilotes de soutien du comportement, mis en œuvre si le RLISS de MH obtient l'approbation pour le projet
- g. Santé mentale et toxicomanies :
 - iii. Programme régional pour les troubles de l'alimentation chez les enfants et les jeunes
 - iv. Transitions entre les services pour jeunes et ceux destinés aux adultes
 - v. Évaluation de la possibilité d'avoir plus d'intégration des programmes avec les fournisseurs de services de santé mentale et de toxicomanies dans la collectivité
- h. Rôle accru du CASC : intégration par le biais de la coordination et du partenariat avec des organismes dans tout le RLISS en vue d'un processus d'admissibilité centralisé au CASC en ce qui concerne les renvois aux services de soins continus et de réadaptation, services d'assistance et services ambulatoires pour adultes, afin d'améliorer le débit des patients dans les points de transition à tous les niveaux des services de santé.
- i. Soins de santé palliatifs intégrés : en tant que « RLISS vedette » du projet de soins palliatifs intégrés, en collaboration avec l'association ontarienne des CASC, Qualité des

services de santé Ontario, le CASC de MH, l'hôpital, les services de soutien communautaire et organismes de soins palliatifs, visant à améliorer l'intégration des services de soins palliatifs à tous les niveaux des soins.

OBJECTIFS et PLANS D' ACTIONS

Objectifs

- Améliorer l'accès et la qualité des soins des services cliniques clés dans tout le RLISS de MH.
- Maximiser la capacité dans tout le RLISS.
- Améliorer l'utilisation des ressources afin d'atteindre les objectifs de soins des patients.

Conformité avec les priorités gouvernementales :

Les objectifs et plans d'action correspondent à plusieurs priorités du ministère dont :

- Le projet de soins intégrés « Stratégie de renforcement des soins à domicile en Ontario» 2008
- La stratégie Vieillir chez soi
- La stratégie d'accès aux soins maternels et néonataux
- La stratégie sur la santé mentale et les toxicomanies
- Le groupe d'experts provinciaux sur la réadaptation et les soins continus complexes
- Le projet intégré de soutien en cas de troubles du comportement

Plans d'actions / Interventions

	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Fusion volontaire proposée entre l'hôpital Trillium et l'hôpital Credit Valley : Répondre à la demande de l'hôpital de fusion volontaire en : - o Évaluant la proposition en tenant compte du contexte des priorités du RLISS et du PSSI. - o Menant une consultation communautaire indépendante dans le RLISS. - o Évaluant le rapport de conformité de l'hôpital et les résultats du conseil d'administration de l'hôpital. Évaluation permanente des conséquences sur les services parce que la planification de l'hôpital doit se faire sur plusieurs années.	100 %		
Programme régional de soins maternels et néonataux, pour les enfants et les jeunes :	50 %	50 %	

À partir du travail effectué jusqu'à maintenant, un plan de mise en œuvre détaillé a été élaboré pour travailler sur le Programme régional de soins maternels et néonataux, pour les enfants et les jeunes : travail de conception détaillé.			
Programme régional de soins continus complexes et de réadaptation : • Modification des services de soins continus complexes, leur étendue et la situation actuelle. • Mise en œuvre de l'étape 1 à THC. • Modification des services de réadaptation.	25 % 25 % 25 %	25 % 25 % 25 %	50 % 50 % 50 %
Mise en œuvre du projet pilote d'intervention communautaire sur le MPOC.	100 %		
Projet de soutien des troubles du comportement : • Unité de soutien du comportement, Sheridan Villa, y compris l'évaluation de la première année du programme • Système de soutien du comportement, mis en œuvre si le RLISS de MH obtient l'approbation pour un projet pilote.	100 % 100 %		
Santé mentale et toxicomanies : • Mise en place d'un programme régional pour les troubles de l'alimentation pour les enfants et les jeunes, par le Halton Healthcare Services • Collaboration avec tous les fournisseurs de soins de santé pour mettre en œuvre le protocole de transition pour les jeunes. • Examen des possibilités de faire plus d'intégration des services de santé mentale et de toxicomanies par le biais de la gouvernance et de l'entente de gouvernance.	50 % 50 % 25 %	50 % 50 % 50 %	25 %
Rôle accru du CASC : • Communication du CASC et du RLISS du rôle accru du CASC par le biais de la participation avec les intervenants locaux. • Élaboration d'un plan de mise en œuvre de haut niveau. • Mise en œuvre du plan.	100 % 100 % 25 %		25 %

Projet de soins intégrés pour les soins palliatifs :			
• Lancement du projet.	25 %	50 %	25 %
• Conception d'un système intégré de soins pour les services de soins palliatifs.	75 %	25 %	
• Élaboration d'une structure régionale pour améliorer de façon permanente la qualité des soins palliatifs.	50 %	50 %	
Comment allons-nous mesurer les succès?			
Démonstration d'une intégration réussie, prouvée par des transitions sans problème (taux de satisfaction favorable de la part des clients et temps d'attente raisonnable), ainsi que gamme de soins répondant aux besoins des patients/clients (p. ex., programmes de spécialistes offerts comme unité de soutien du comportement, lits de relève rapide, soins à domicile améliorés).			
Quels sont les risques et obstacles d'une mise en œuvre réussie?			
▪ Disponibilité des ressources humaines en santé pour mettre en œuvre les programmes et services. ▪ Impossibilité pour les partenaires communautaires d'offrir les espaces pour les cliniques. ▪ État de préparation pour mettre en œuvre les programmes et services régionaux.			

3c) Prévention et gestion des maladies chroniques

Description :

La gestion efficace des maladies chroniques peut contribuer à éviter l'apparition de complications multiples dues au vieillissement. Il s'agit là d'un point important pour les particuliers comme pour le système de santé. Vu le vieillissement de notre population, de plus en plus de personnes souffriront de maladies chroniques comme le diabète, l'asthme, les maladies cardiaques, l'arthrite et l'hypertension artérielle. Ces situations exerceront des pressions considérables sur les ressources du système de santé local. Nous pouvons aussi nous attendre à l'augmentation des visites chez les médecins de famille et aux urgences. Les patients souffrant de conditions chroniques multiples ont tendance à passer plus de temps à l'hôpital, à entraîner des coûts de soins plus élevés, avec mortalité plus grande et taux de réadmission à l'hôpital plus élevés.

Situation actuelle :

- Halton Healthcare Services est l'organisme responsable du centre de coordination régional du diabète dans le RLISS de MH.
- Conformément aux objectifs du Réseau rénal de l'Ontario (RRO), le comité directeur d'intégration de services de traitement des troubles rénaux du RLISS de MH a été créé et relève conjointement du comité directeur d'intégration des programmes cliniques (CIPOC) du RLISS de MH et du RRO. Les éléments essentiels sur lesquels ce groupe va travailler comprennent la prévention ou le report de l'utilisation des services de dialyse, l'offre d'un plus grand nombre d'options aux patients souffrant de maladies rénales chroniques et l'amélioration de la qualité à toutes les étapes des soins des maladies rénales chroniques.
- Un « plan de mise en œuvre du programme de maladies rénales chroniques » a été élaboré.
- 90 personnes souffrant de maladies chroniques ont participé à un programme d'autogestion financé par le RLISS.
- Le RLISS a financé et lancé une initiative pour arriver à réduire les visites non nécessaires aux urgences, les réadmissions à l'hôpital ainsi que la durée du séjour des gens souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). L'objectif est d'arriver à améliorer l'accès aux soins au niveau communautaire et en utilisant les meilleures pratiques. Ce travail devrait se poursuivre en 2011-2012.

OBJECTIFS et PLANS D' ACTIONS

Objectifs

- Amélioration de l'accès aux services intégrés pour les diabétiques.
- Amélioration de l'accès aux services intégrés offerts aux personnes souffrant de maladies rénales chroniques dans tout le RLISS de MH.
- Amélioration des services de soutien d'autogestion pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

Conformité avec les priorités gouvernementales :

Les buts et objectifs précités sont directement alignés sur la priorité provinciale en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques, particulièrement le déploiement de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète et la stratégie du Réseau rénal de l'Ontario.

Plans d'actions / Interventions			
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Amélioration de l'accès aux thérapies à domicile pour les personnes souffrant de maladies rénales chroniques dans le RLISS de MH en soutenant la stratégie du Réseau rénal de l'Ontario : - Établissement d'un programme d'hémodialyse à domicile à Burlington. - Mise en œuvre et évaluation continue des services de dialyse péritonéale dans au moins deux foyers de soins de longue durée. - Soutien de l'hôpital Credit Valley qui va mettre en œuvre et surveiller l'initiative de thérapie de « dialyse à domicile ».	100 %		
	100 %		
	50 %	50 %	
Mise en œuvre et évaluation les initiatives visant à améliorer l'accès à la gamme de programmes et de services communautaires pour les personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).	80 %	20 %	
Appui de la mise en œuvre d'une stratégie d'autogestion à l'échelle provinciale.	100 %		
Amélioration de l'accès aux programmes de diabète coordonnés en soutenant la mise en œuvre de la stratégie ontarienne de lutte contre le diabète dans le RLISS de MH.	50 %	50 %	
Comment allons-nous mesurer les succès?			
- Au moins deux foyers de soins de longue durée mettent en œuvre la dialyse péritonéale. - Augmenter le nombre de personnes qui reçoivent la dialyse à domicile. - Augmenter le nombre de personnes souffrant de maladie chronique ainsi que le nombre de fournisseurs de services de soins qui participent aux ateliers d'autogestion. - Faire des recommandations pour une approche à l'échelle communautaire sur la MPOC. - Élaborer un formulaire de renvoi commun ainsi qu'un processus central pour les programmes d'éducation sur le diabète. - Mise en place et évaluation d'initiatives d'intervention mobile sur le diabète.			
Risques et obstacles d'une mise en œuvre réussie			
- Ne pas atteindre les objectifs provinciaux pour les thérapies à domicile. - Retarder la mise en œuvre du programme d'hémodialyse à domicile.			

3d) Intégration des services de santé mentale et de toxicomanie

Description :

Les maladies mentales, l'utilisation des drogues et le jeu ont un effet important sur les Ontariens; ceci réduit leur qualité de vie et a aussi des conséquences sur leur santé, leurs finances et leurs relations. Le RLISS de MH fait face à un besoin grandissant de services de santé mentale et de toxicomanie. De plus en plus de gens souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie reviennent aux urgences de nos hôpitaux. Ces personnes doivent souvent attendre longtemps pour obtenir une consultation et des services. Comblar les lacunes en matière de services et de temps d'attente peut diminuer le nombre de cas non urgents traités par les services d'urgence.

Afin de promouvoir l'intégration des services, cette priorité tient compte des défis auxquels sont confrontées les personnes souffrant de maladie mentale et de toxicomanie et leurs familles pour accéder à un système fragmenté sur plusieurs niveaux. Cette fragmentation est encore plus évidente pour les jeunes de 16 à 24 ans, qui doivent maintenant utiliser les services pour adultes.

Situation actuelle :

- Les services de santé mentale et de toxicomanies comprennent divers programmes destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanies.
- Le RLISS de MH finance 12 organismes de santé mentale et de toxicomanies qui fournissent les services suivants :
 - Traitement communautaire intensif
 - Gestion de cas
 - Conseil et traitement
 - Réponse en cas de crise
 - Soutien à l'emploi
 - Soutien par les pairs
 - Soutien des personnes âgées
 - Logement avec services de soutien
 - Troubles concomitants
 - Traitement résidentiel
- Une des initiatives principales lancées en 2010-2011 a été le programme intégré de troubles concomitants dans la collectivité. Le programme améliore les services communautaires pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Ce programme est dirigé par l'Association canadienne pour la santé mentale de la région de Halton en partenariat avec quatre autres fournisseurs de services du RLISS de MH. Ces cinq fournisseurs ont élaboré des formulaires d'inscription, de renvoi et de consentement uniformes ainsi que des outils d'évaluation communs (outil de dépistage abrégé) pour arriver à détecter plus rapidement les troubles concomitants dans tout le RLISS. Un répertoire de collecte des données commun a été mis en place pour faire une analyse plus détaillée des tendances dans le RLISS de MH et d'ajuster le programme en cas de besoin.
- Le travail du RLISS en 2011-2012 dépendra des besoins locaux indiqués ci-dessus, mais aussi de la stratégie du gouvernement ontarien échelonnée sur 10 ans pour les maladies mentales et toxicomanies. Les deux volets principaux de la nouvelle stratégie sont : comment revoir les services de santé mentale et de toxicomanies afin de mieux répondre aux besoins des personnes; et comment avoir les conditions nécessaires dans les collectivités afin de favoriser la meilleure santé mentale possible.

OBJECTIFS et PLANS D' ACTIONS

Objectifs :

- Amélioration :
 - de l'accès aux services de santé mentale et de toxicomanie.
 - du soutien pour la santé mentale dans la collectivité afin de réduire les visites aux urgences et les séjours à l'hôpital.
 - de l'accès au diagnostic et au traitement précoces.

Conformité avec les priorités gouvernementales :

En essayant surtout de promouvoir l'intégration et l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale et de toxicomanie, le RLISS de MH respecte les stratégies provinciales. Plus précisément, ces buts et objectifs soutiennent directement la stratégie du gouvernement en matière de santé mentale et de toxicomanie. Nos objectifs auront un effet positif sur la priorité d'amélioration des services d'urgence afin d'éviter les visites aux urgences des personnes qui peuvent obtenir les services dans leur collectivité.

Plans d'actions / Interventions

	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Collaborer avec les fournisseurs de services afin de raffiner le programme intégré de troubles concomitants dans la collectivité, s'assurer d'atteindre les objectifs de rendement, et que le programme soit considéré comme un excellent exemple d'intégration collaborative dans le RLISS de MH.	100 %		
Collaborer avec les fournisseurs de services pour mettre en œuvre le plan stratégique sur 10 ans du ministère.	10 %	15 %	25 %
Mettre en œuvre partout l'outil d'évaluation commun des besoins en Ontario (ECBO), l'outil d'évaluation des toxicomanies (ADAT) et l'outil d'évaluation rapide GAIN.	100 %		
Évaluer les possibilités de faire une plus grande intégration des programmes et services communautaires de santé mentale et de toxicomanies [voir la section « Intégration des soins de santé du RLISS de MH », page 19].	50 %	50 %	

Comment allons-nous mesurer les succès?

- Diminuer le nombre de visites répétées et non planifiées aux urgences dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale [voir Figure 1, page 24].
- Diminuer le nombre de visites non planifiées et répétées aux urgences dans les 30 jours pour des problèmes de toxicomanie [voir Figure 1, page 24].

Risques et obstacles d'une mise en œuvre réussie

- L'état de préparation des fournisseurs de services à faire plus d'intégration dans le système.

Figure 1

Intégration des services de santé mentale et de toxicomanies

		Exercice financier 2009-2010	T1 intérimaire 2010-2011	Objectif 2011-2012
Taux de visites non planifiées aux urgences dans les 30 jours suivant des problèmes de santé mentale.	Diminution du nombre de visites non planifiées répétées aux urgences dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale.	15,6	14,6	12,6 %
Taux de visites non planifiées aux urgences dans les 30 jours suivant des problèmes de toxicomanie.	Diminution du nombre de visites non planifiées répétées aux urgences dans les 30 jours pour des problèmes de toxicomanie.	20,3	19,2	17,4 %

3e) Amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des personnes âgées
Description :
L'âge est le plus important facteur de prévalence des maladies et, il va sans dire, au recours aux services de santé. Dans les 25 prochaines années, la cohorte qui aura la croissance la plus forte dans le RLSS de MH sera celle des personnes âgées de 75 ans et plus. D'ici 2036, le groupe d'âge des 65 ans et plus représentera 20 % de la population, soit une hausse de 11 % par rapport à aujourd'hui. Les patients de plus de 75 ans seront ceux qui auront le plus de difficulté à retourner chez eux après avoir subi des soins actifs et vont probablement se retrouver dans les autres niveaux de soins lors de leur séjour à l'hôpital. Ces patients représentent 85 % des jours-patients passés dans les autres niveaux de soins à l'hôpital. Le système de services pour les personnes âgées est fragmenté et il est difficile pour les consommateurs et les familles de s'y retrouver. Les possibilités d'améliorer l'accès aux services et leur prestation grâce à l'intégration, à la coordination et à la communication de soins axés sur le client ont été soulignées par les consommateurs et les fournisseurs de services.
Situation actuelle :
Un certain nombre d'initiatives ont été mises en place par le RLSS de MH par le biais de la stratégie Vieillir chez soi et de l'approche à domicile, qui serviront à améliorer l'accès et la qualité des soins aux personnes âgées nécessitant beaucoup de soins afin de mieux les soutenir chez elles dans la collectivité. Le RLSS de MH a prévu, dans le processus de planification du PSSI, un cadre de services gériatriques spécialisés. Le Centre de santé Trillium est responsable de la mise en place des programmes existants dans les trois hôpitaux. Les programmes comprennent la prévention des chutes, des cliniques d'évaluation gériatrique urgente, les problèmes d'incontinence, les services d'intervention pour les problèmes gériatriques et de santé mentale gériatrique. Les hôpitaux participent à l'initiative provinciale des hôpitaux axés sur les personnes âgées.

OBJECTIFS et PLANS D' ACTIONS
Objectifs
▪ Création de la meilleure combinaison de services à domicile et dans la collectivité pour les personnes âgées « à risque ». ▪ Amélioration de l'accès et de la coordination des services offerts aux personnes âgées. ▪ Soutien des personnes âgées dans la gestion de leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie.
Conformité avec les priorités gouvernementales :
Les buts et les objectifs ci-dessus respectent les priorités de la province visant à diminuer les temps d'attente dans les urgences et les jours dans les autres niveaux de soins, plus spécifiquement par le biais de la stratégie Vieillir chez soi.

Plans d'actions / Interventions			
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Programme de services gériatriques spécialisés régional – dirigé par le Centre de santé Trillium : Mise en œuvre d'un programme intégré pour les services gériatriques spécialisés dans tous les hôpitaux.	100 %		
Initiative provinciale des hôpitaux axés sur les personnes âgées : - Le plan de mise en place a été élaboré. - Le questionnaire auprès des hôpitaux est prêt. - Mise en œuvre de stratégies pour mieux adapter les hôpitaux aux personnes âgées.	100 % 100 % 25 %	25 %	25 %
Comment allons-nous mesurer les succès?			
- Adoption et mise en place du système de correspondance des ressources et orientation - Disponibilité des services gériatriques pour personnes âgées, coordonnés dans tous les hôpitaux et utilisés. - Disponibilité des services accrus du CASC, coordonnés et utilisés. - Stratégie pour les hôpitaux adaptée aux personnes âgées mise en place dans les hôpitaux.			
Risques et obstacles d'une mise en œuvre réussie			
État de préparation de la collectivité et des hôpitaux à faire un changement culturel pour que les milieux soient mieux adaptés aux personnes âgées, et qu'ils acceptent plus facilement les choix faits par le client.			

3f) Renforcement des soins de santé primaires

Description :

Les résidents du RLISS de MH ont surtout recours aux services de santé primaire, c'est-à-dire les rendez-vous chez les médecins de famille, les consultations avec une infirmière praticienne, les services téléphoniques d'information médicale et les conseils reçus des pharmaciens. Les services de santé primaires sont essentiels au maintien et à l'optimisation de la santé, ainsi qu'à la qualité et à la viabilité du système de soins de santé local.

Diminuer les temps d'attente en rehaussant l'efficacité des services d'urgence et en assurant la prestation de soins de santé familiaux de qualité pour tous les Ontariens constitue une priorité du gouvernement. Offrir des services de soins primaires 24 h sur 24 aux citoyens du RLISS de MH permettra d'éviter les cas non urgents aux urgences.

Le RLISS de MH travaillera avec les fournisseurs de services de santé primaires sur notre priorité de transformer et d'intégrer les programmes et services, afin d'améliorer le rendement global du système de soins de santé local. Nous travaillerons également avec les médecins de famille pour :

- accroître le taux d'utilisation des dossiers médicaux électroniques, ce qui ne peut qu'améliorer les soins, la sécurité et l'accès à des renseignements cliniques importants.
- les renseigner sur la gestion du diabète – où les soins primaires jouent un rôle critique.
- offrir une continuité de services en santé mentale et toxicomanie.
- faire progresser nos initiatives de soins palliatifs dans le RLISS.

Situation actuelle :

- Le RLISS de MH a mis en place un comité directeur des soins primaires pour avoir des conseils sur la participation du RLISS sur les questions de soins primaires en ce qui concerne la priorité stratégique.
- L'adoption des dossiers médicaux électroniques est un des taux les plus bas dans la province, avec seulement 30 %. Par le biais du bureau de la cybersanté, le RLISS a créé un comité directeur de cybersanté pour les médecins des RLISS de MH et du Centre-Ouest, pour réussir à convaincre les médecins d'adopter les systèmes de cybersanté.
- Le RLISS communique avec Accès Soins pour identifier les patients qui n'ont pas de médecin de famille quand ils ont besoin de soins.
- Le ministère a approuvé une nouvelle équipe de santé familiale dans le RLISS de MH. Le RLISS compte maintenant sept de ces équipes.
- Le RLISS travaille étroitement avec le coordinateur des partenariats de ProfessionsSantéOntario afin de recruter des médecins pour le RLISS de MH.
- Le RLISS accueillera la nouvelle Medical Academy of Medicine qui sera offerte à l'hôpital Credit Valley et au Centre de santé Trillium à partir de 2011.
- Le RLISS a commandité une activité de formation médicale pour les médecins.

OBJECTIFS et PLANS D’ACTIONS			
Objectifs			
- Amélioration de l'accès aux soins de santé familiaux. - Augmentation de l'utilisation des dossiers médicaux électroniques par les médecins de famille.			
Conformité avec les priorités gouvernementales :			
Le renforcement du secteur des soins de santé primaires s'aligne sur le plan Ontario ouvert sur le monde du gouvernement, en rehaussant à la fois l'accès aux services de santé, la qualité des soins et la responsabilisation des patients. Ce qui soutient aussi plusieurs des priorités du MSSLD, en l'occurrence la diminution des temps d'attente aux urgences et l'amélioration de la santé des personnes souffrant du diabète. L'amélioration du taux d'adoption des dossiers médicaux électroniques accélérera l'échange d'information avec les fournisseurs de soins de santé, et diminuera les redondances. De plus, l'accès à l'information en temps réel peut accélérer les prises de décisions en matière de services, et donc améliorer la transition des patients n'ayant plus besoin de soins actifs. Le plan d'activités annuel respecte aussi les priorités du gouvernement de l'Ontario en ce qui concerne les projets suivants : - Interprofessional Care: A Blueprint for Action in Ontario: HealthForceOntario (juillet 2007); - Augmenter le nombre de personnes sans médecin de famille qui utilisent les soins primaires; et - Des Ontariennes et des Ontariens en santé.			
Plans d’actions / Interventions			
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Développer un plan de communication dans la collectivité pour les soins de santé primaires qui reflète les priorités du plan de services de santé intégré.	100 %		
Améliorer les communications entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires.	50 %	50 %	
Commanditer des activités de formation sur la santé spécifiquement ciblées sur les programmes prioritaires stratégiques du RLISS.	Permanent		
Comment allons-nous mesurer les succès?			
- Un plan de participation communautaire des soins primaires a été élaboré et mis en place. - Amélioration de la communication entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires. - Planification et organisation d'une activité éducative portant sur une des priorités du PSSI.			
Risques et obstacles d'une mise en œuvre réussie			
La disponibilité des fournisseurs à participer aux activités.			

3g) Cybersanté

Description :

La cybersanté est un volet essentiel de nos priorités stratégiques. Il serait possible d'améliorer l'intégration de l'information à l'échelle du RLISS et d'augmenter la capacité dans notre communauté. Au cours des prochaines années, le RLISS de MH construira l'infrastructure pour soutenir les services informatiques dans le RLISS en collaboration avec d'autres RLISS. Nous tirerons parti des outils informatiques existants et mettrons en place un système de technologie informatique et d'information commun avec nos fournisseurs. Nous continuerons de soutenir les initiatives de la Stratégie ontarienne de cybersanté, surtout la mise en place des systèmes suivants :

- Gestion du diabète.
- Gestion des médicaments.
- Temps d'attente.
- Priorités opérationnelles.
- Systèmes informatiques.
- Initiatives cliniques et opérationnelles.
- Initiatives portant sur la plate-forme technologique.
- Initiatives de mise en service.

Situation actuelle :

- Les stratégies de cybersanté de Mississauga Halton et des médecins continuent d'être mises en œuvre par notre équipe de cybersanté, qui comprend un chef des programmes de cybersanté à temps plein, un directeur de l'information responsable des projets régionaux, le responsable du bureau de gestion des projets (BGP) et le vérificateur de la planification des projets à temps partiel.
- En collaboration avec les intervenants du RLISS, les fournisseurs de services de santé et les fournisseurs de soins primaires, l'équipe de cybersanté est responsable de la planification et de la mise en place des initiatives régionales et de cybersanté. La mise en place de tous les composants opérationnels pour soutenir les initiatives de cybersanté provinciales comme le registre des cas de diabète est actuellement en cours et va se poursuivre au cours des prochains mois.
- Au cours de la dernière année, l'équipe s'est aussi concentrée sur la mise en place de solutions pour la gestion de l'information sur les soins communautaires, qui comprend des dossiers communs d'évaluation des patients, ainsi que des systèmes améliorés pour les secteurs communautaires et de la santé mentale et des toxicomanies.
- Le RLISS continue de travailler sur l'adoption des systèmes de dossiers médicaux électroniques des patients par les médecins. L'équipe de cybersanté travaille étroitement avec Ontario MD qui procède en ce moment à l'adoption des dossiers électroniques dans toute la province.
- Le bureau de gestion des projets de cybersanté continue d'évoluer et ce trimestre, il a adopté un outil de gestion des portefeuilles de projets (Eclipse) visant à améliorer la planification et le suivi des projets. Des initiatives permettant de plus grandes efficacités en consolidant des services et en adoptant la technologie pour améliorer les soins de santé sont aussi en cours.

OBJECTIFS et PLANS D' ACTIONS
Objectifs
▪ Être considéré comme un leader dans la mise en place des projets de cybersanté pour arriver à partager des renseignements cliniques avec tous les fournisseurs de soins. ▪ Avoir l'infrastructure et les méthodes requises pour atteindre les initiatives stratégiques. ▪ Améliorer le partage des renseignements dans les collectivités et à tous les niveaux du système. ▪ Améliorer la gestion et la prévention des maladies chroniques.
Conformité avec les priorités gouvernementales :
Le RLISS de MH continuera d'aligner ces initiatives en cybersanté avec les priorités du gouvernement, telles que précisées dans la stratégie ontarienne de cybersanté.

Plans d'actions / Interventions			
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Création d'un modèle régional concernant la confidentialité	25 %		
Mise en œuvre d'un portail des fournisseurs de services communautaires.	100 %		
Au cours des prochaines années, création d'un plan de communications complet pour faire connaître aux fournisseurs et patients les avantages des initiatives provinciales en matière de cybersanté et leur mise en place.	100 %		
Système d'information commune sur la santé : volet opérationnel (gouvernance régionale, gestion de projet, confidentialité et sécurité, technologie, communications et participation avec les intervenants, adoption et durabilité, ainsi que capacité technologique régionale). [Ce programme de mise en œuvre échelonné sur 3 à 5 ans attend le financement.]	15 %	25 %	25 %
* Registre des cas de diabète.	50 %	50 %	
* Gestion de la pharmacothérapie.	25 %	25 %	25 %
* Dépôt d'imagerie diagnostique de l'Ouest de la RGT.	100 %		
* Connexion RGT – Portail de fournisseurs et mise en	50 %	25 %	25 %

œuvre de la couche d'accès à l'information sur la santé (CAIS).			
* Poursuite de la mise en œuvre du programme d'adoption des dossiers médicaux électroniques d'Ontario MD.	65 %	5 %	5 %
Initiatives de la gestion de l'information sur les soins communautaires.	50 %	50 %	
Temps d'attente – Correspondance des ressources et orientation – Phase II.	75 %	25 %	

** Indique que le projet est parrainé par Cybersanté Ontario.*

Comment allons-nous mesurer les succès?

- Améliorer le partage et l'accès à l'information entre les fournisseurs de services de santé du RLISS.
- Améliorer la mise en place et l'adoption de dossiers médicaux électroniques par les fournisseurs de soins primaires. À l'heure actuelle, l'objectif établi par Ontario MD est de 65 % à l'échelle provinciale d'ici 2012.
- Améliorer la capacité à obtenir des résultats grâce à la transparence des rapports en adoptant des solutions à l'échelle du RLISS, comme le gestionnaire de rapport de médecin et l'accès aux portails des patients et fournisseurs.
- Améliorer l'accès aux services de diabète intégrés par la mise en place du registre sur les cas de diabète qui est accessible aux patients et fournisseurs de soins dans le RLISS.
- Améliorer l'accès aux renseignements nécessaires pour le renvoi des patients, réalisé grâce à la mise en place et à l'adoption du portail du secteur communautaire, et après la phase 2 du projet de correspondance des ressources et orientation.
- Maximiser les investissements dans les TI/SI/GI et utiliser les ressources existantes en trouvant des occasions de diminuer les coûts et d'améliorer la facilité d'accès aux services.
- Les résultats opérationnels identifiés dans la section sur la situation actuelle, une fois qu'ils auront été mis en place, vont permettre au RLISS de continuer à adopter des solutions de cybersanté efficacement.

Risques et obstacles d'une mise en œuvre réussie

- Capacité limitée de certains fournisseurs de services de participer pleinement aux initiatives de cybersanté.
- Capacité de faire participer efficacement les intervenants pour qu'ils soutiennent la mise en place et l'adoption des initiatives.
- Retard dans le déblocage des fonds de Cybersanté Ontario qui aurait un effet direct sur les dates de mise en place ainsi que les résultats à produire.

3h) Services en français
Description :
La <i>Loi sur les services en français</i> de l'Ontario de 1986 garantit le droit des Ontariens d'expression française à communiquer avec le gouvernement et à recevoir des services en français. La population francophone du RLISS de MH compte 18 490 résidents (1,8 %) dont la langue maternelle est le français mais nous pensons que cette population devrait être d'environ 35 000 personnes en utilisant la nouvelle définition inclusive de francophone (DIF). Les obstacles principaux pour cette population : ▪ La population francophone vit un peu partout dans le RLISS et les RLISS avoisinants. ▪ La population n'est pas homogène (p. ex., des nouveaux Canadiens, des francophones canadiens).
Situation actuelle :
▪ En décembre 2010, le ministère a approuvé une nouvelle entité de planification francophone pour les RLISS du Centre-Ouest, du Centre-Toronto et de Mississauga Halton. Un volet important en 2011-2012 sera de mettre en place une entente de responsabilisation et d'établir des relations avec l'entité de planification en question. ▪ Un conseiller en services en français a été embauché pour les services en français du RLISS de MH. ▪ Le RLISS de MH a élaboré et mis en place un plan des services en français afin de respecter ses exigences en tant qu'organisme de la Couronne en vertu de <i>Loi sur les services en français</i> et en tant que planificateur local de santé en vertu de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local. ▪ On tient des réunions chaque trimestre avec les leaders francophones du Centre de services de santé de Peel et Halton Inc. (CSSPH) pour la prise en compte des besoins locaux, la planification du système de santé et la disponibilité des ressources humaines. ▪ Le RLISS de MH continue de collaborer avec les cinq (5) RLISS de la RGT sur la planification et la participation de la communauté francophone par le biais de la réunion de participation communautaire du RLISS de la RGT. ▪ Dans le cadre des activités de participation communautaires, le RLISS a pris part à plus de 10 activités avec des organismes francophones comme le CSSPH, Notre Santé, Notre Priorité, Réseau de soutien à l'immigration francophone du Centre Sud Ouest de l'Ontario, Table de Concertation des services en français de Peel et CÉNIP. ▪ Tous les fournisseurs de services identifiés ont terminé un plan de mise en œuvre des services en français des fournisseurs qui indique les mesures visant à améliorer l'accès aux services en français. Le personnel du RLISS rencontre régulièrement les cinq fournisseurs de services « identifiés ». ▪ Le RLISS de MH et deux fournisseurs de services identifiés ont pris part à la réunion French Link, une réunion communautaire organisée par le comité directeur francophone de Peel. ▪ Le RLISS de MH a fait une analyse des intervenants de la collectivité francophone dans sa région géographique. ▪ Le RLISS de MH et tous les fournisseurs de services identifiés ont pris part à une activité de participation communautaire destinée aux francophones, afin de partager de l'information sur les programmes existants en français et évaluer les besoins des francophones.

OBJECTIFS et PLANS D' ACTIONS
Objectifs
Améliorer l'accès aux services de langue française (SLF) pour les francophones du RLISS de MH.
Conformité avec les priorités gouvernementales :
Améliorer l'accès aux services de langue française (SLF) pour les francophones du RLISS de MH correspond aux priorités gouvernementales.

Plans d'actions / Interventions			
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Conclure une entente avec l'entité de planification de santé en français choisie pour la région 3.	100 %		
Recruter des membres de divers groupes communautaires pour représenter les francophones et devenir un expert avec le RLISS de MH, afin d'améliorer l'accès des services en français dans le RLISS de MH.	100 %		
Développer et mettre en œuvre un plan de participation communautaire des francophones.	100 %		
Travailler avec les fournisseurs de soins identifiés pour assurer l'accès aux services en français dans le RLISS de MH, par le biais de leurs plans de mise en œuvre des services en français.	100 %		
Élaborer et mettre en place un plan de travail des services en français afin d'améliorer les services en français dans le RLISS de MH.	100 %		
Mettre en place l'outil d'identification des services en français du RLISS de MH pour évaluer les services en français dans le RLISS.	50 %	50 %	
Travailler avec les RLISS de la région (RLISS du Centre-Ouest) pour mettre en œuvre l'évaluation des besoins de santé des francophones.	100 %		
Examiner les exigences de services en français dans les ERS-H et ERS-M.	100 %		

Comment allons-nous mesurer les succès?
▪ Lorsque les collectivités francophones vont constater que les programmes et services sont offerts en français. ▪ Lorsque les intervenants et entités francophones prendront part à la planification et à la prise de décision. ▪ Lorsque plus de francophones qui n'ont pas de médecin de famille pourront avoir les soins primaires dans la bonne langue.
Risques et obstacles d'une mise en œuvre réussie
▪ Plus grand nombre de professionnels de la santé de langue française.

3i) Engagement de la population autochtone
Description :
On compte environ 8 280 autochtones dans le RLISS de MH, ce qui représente environ 0,7 % de la population. La plupart des autochtones dans le RLISS se considèrent comme venant des Premières Nations (85 %) et/ou Métis (26 %). Peu de gens dans l'EAPA ou le questionnaire auprès des résidents autochtones se sont identifiés comme Inuits. Les membres de la communauté autochtone utilisent les services de santé et les services sociaux offerts par les principaux fournisseurs, ou se rendent à Toronto pour obtenir des services adaptés à leur culture comme ceux d'Anishnawbe Health (le seul centre de santé autochtone de la RGT, en dehors d'Hamilton).
Situation actuelle :
- Le RLISS de MH continue d'explorer les occasions de participation communautaire auprès des autochtones en rencontrant les leaders autochtones des Premières Nations, Métis et du comité d'évaluation des besoins en matière de santé des Inuits, avec la collaboration du RLISS du Centre-Ouest afin de mettre en œuvre les prochaines étapes du rapport d'évaluation des besoins en matière de santé. Plus précisément, on trouve au sein du comité, le conseil Credit River Métis, le réseau Peel Aboriginal Network et le groupe Métis Nation of Ontario. - Un plan de travail sur les prochaines étapes du rapport d'évaluation des besoins en matière de santé a été élaboré et est en train d'être mis en place. Il comprend des activités d'engagement communautaire ainsi qu'une stratégie de communication avec le groupe Métis Nation of Ontario et le réseau Peel Aboriginal Network.

OBJECTIFS et PLANS D' ACTIONS
Objectifs
Travailler avec la communauté autochtone pour mieux comprendre les problèmes d'accès aux soins.
Conformité avec les priorités gouvernementales :
Travailler avec la communauté autochtone pour mieux comprendre les problèmes d'accès aux soins du RLISS de MH correspond aux priorités gouvernementales.

Plans d'actions / Interventions			
	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Développer une stratégie de participation communautaire pour les autochtones.	100 %		
Mettre en œuvre un plan de participation des autochtones pour permettre la collaboration avec les organismes des Premières Nations, Métis et Inuits, en se basant sur le rapport d'évaluation des besoins en matière de santé.	50 %	50 %	
Travailler avec le comité directeur des autochtones de Peel et la région de Peel pour organiser des activités conjointes afin de trouver des objectifs communs.	100 %		
Élaborer et mettre en place un plan de travail pour les autochtones en ce qui concerne la collaboration avec le comité d'évaluation des besoins en matière de santé.	100 %		
Élaborer un répertoire des services offerts aux collectivités autochtones dans le RLSS de MH.	50 %	50 %	
Élaborer un répertoire des guérisseurs traditionnels en collaboration avec le réseau Peel Aboriginal Network et Métis Nation of Ontario.	50 %	50 %	
Comment allons-nous mesurer les succès?			
▪ Quand la stratégie de participation communautaire avec les autochtones aura été élaborée. ▪ Quand le plan de participation communautaire aura été mis en place. ▪ Quand on aura un inventaire complet des guérisseurs traditionnels en collaboration avec le réseau Peel Aboriginal Network et Métis Nation of Ontario.			
Risques et obstacles de mise en œuvre réussie			
▪ État de préparation des fournisseurs de services à offrir des services adaptés sur le plan culturel. Stratégie pouvant atténuer cette situation : poursuite du travail avec les fournisseurs de services et la communauté autochtone afin de mieux sensibiliser les gens à leurs besoins.			

4. PLAN DES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT ET DE PLANIFICATION DU PERSONNEL DU RLISS

Plan des dépenses de fonctionnement du RLISS				
Sous-catégories de fonctionnement du RLISS (\$)	Chiffres réels 2009-2010	Chiffres réels 2010-2011	Dépenses prévues 2011-2012	Dépenses prévues 2012-2013
Traitements et salaires	2 358 722	2 467 081	2 398 967	2 511 225
Avantages sociaux des employés				
HOOPP	224 014	244 390	280 399	293 520
Autres avantages	239 615	241 501	436 176	454 719
Total des avantages sociaux des employés	463 229	485 891	716 575	748 239
Transports et communications				
Déplacement du personnel	18 937	15 802	15 350	12 000
Déplacement des dirigeants	10 019	8 129	10 000	10 000
Communications	47 912	34 015	40 000	35 000
Autres	808			
Total des transports et des communications	77 676	57 946	65 350	57 000
Services				
Hébergement	180 579	138 422	138 224	138 224
Publicité	400	12 565	15 000	5 000
Banque	-	-	-	-
Participation communautaire	-	-	-	-
Frais de consultant	233 017	16 177	94 000	60 000
Location d'équipements	29 220	28 321	30 000	30 000
Indemnité quotidienne des dirigeants	167 300	128 300	173 105	173 105
Coûts communs du LSSO	359 059	404 926	429 931	359 500
Autres dépenses de réunions	31 156	34 005	40 000	35 000
Autres frais de gouvernance	23 957	40 836	45 000	40 000
Impression et traduction	12 101	12 525	18 000	18 000
Perfectionnement du personnel	46 691	17 117	25 000	25 000
Partenariat des RLISS	12 286	50 000	50 000	50 000
Autres services	23 669	36 693	36 000	36 000
Total des services	1 119 435	919 887	1 094 260	969 829
Fournitures et équipement				
Équipement informatique	3 983	59 367	6 000	6 000
Fournitures de bureau et achat d'équipement	37 292	51 003	51 141	40 000
Autres	56 947	-	-	-
Total des fournitures et de l'équipement	98 222	110 370	57 141	46 000
Dépenses d'immobilisations	93 885	9 196	-	-
Fonctionnement du RLISS : dépenses totales prévues	4 211 569	4 050 370	4 332 293	4 332 293
Objectif de financement annuel	4 268 293	4 332 293	À déterm.	À déterm.
Écart	56 724	281 923	À déterm.	À déterm.

Notes concernant ce tableau :

Les amortissements des dépenses d'immobilisations ne sont pas inclus dans ces chiffres.

Les autres initiatives financées ne sont pas incluses dans le plan des dépenses de fonctionnement du RLISS.

Planification du RLISS (Équivalents temps plein)

Poste	Équivalents temps plein réels au 31 mars 2010-2011	Prévisions des équivalents temps plein 2010-2011	Prévisions des équivalents temps plein 2011-2012	Prévisions des équivalents temps plein 2012-2013	Prévisions des équivalents temps plein 2013-2014
Directeur exécutif	1	1	1	1	1
Chef de la direction	1	1	1	1	1
Directeur	3	2	2	2	2
Chef des services généraux	1	1	1	1	1
Conseiller principal	8	8	8	8	8
Adjoint exécutif	1	2	2	2	2
Adjoint administratif	2	1	1	1	1
Réceptionniste	1	1	1	1	1
Adjoint de projet	1	1	1	1	1
Chef de la participation communautaire et des communications	1	2	2	2	2
Analyste de planification	1	1	1	1	1
Chef des finances et du risque	0	1	1	1	1
Financement et répartition pour le responsable principal	1	1	1	1	1
Analyste financier	1	1	1	1	1
Responsable principal de l'information	1	1	1	1	1
Coordonnateur des projets spéciaux	1	1	1	1	1
Conseiller en services de langue française	1	1	1	1	1
Aide à la gestion de projet	0	1	1	1	1

5. PLAN DE COMMUNICATIONS

Objectifs

En plus du plan de services de santé intégrés 2010-2013, le plan d'activités annuel est un des documents importants qui guide le travail du RLISS de MH.

Le PSSI identifie les priorités du RLISS de MH et définit les activités à entreprendre entre 2010 et 2013 afin d'arriver à un système de santé plus intégré.

Le plan d'activités annuel explique les progrès vers l'atteinte des buts et objectifs du PSSI et permet aussi d'adapter les stratégies pour le prochain exercice. Il sert de cadre pour expliquer aux intervenants l'effet qu'aura la prise de décision à l'échelle locale sur la prestation des services dans nos collectivités.

Contexte

En vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, et l'entente de responsabilisation entre le ministère et les RLISS, les RLISS sont tenus de publier leur plan d'activités annuel pour renseigner les intervenants sur les stratégies et initiatives du RLISS visant à mettre en place les priorités établies dans le PSSI. Le plan de communications du plan d'activités annuel du RLISS de MH s'assure que tous les intervenants disposent des plans stratégiques et opérationnels et puissent les consulter.

Le document comprend aussi un survol des activités soutenant les activités provinciales importantes ainsi qu'un plan de gestion pour identifier les défis que connaîtra le système de santé dans l'avenir.

Les RLISS doivent faire participer les fournisseurs de services, les consommateurs et le public dans leur travail pour arriver à créer un système de santé de grande qualité, à la fois accessible et durable.

Le plan d'activités annuel donne aussi les exigences de financement du RLISS au cours des trois prochains exercices, en insistant plus particulièrement sur l'exercice financier 2011-2012.

Public cible

Le RLISS de MH fait affaire avec divers intervenants, et chacun a une compréhension différente et parfois divergente du système de santé ainsi que du rôle du financement, de la planification et de l'intégration du système du RLISS. On peut diviser les intervenants en catégories et sous-catégories comme indiqué ci-dessous.

- Résidents du RLISS de MH
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
- Système interne du RLISS de MH :
 - o Conseil d'administration du RLISS de MH
 - o Équipe de la haute direction du RLISS de MH
 - o Personnel du RLISS de MH
- Groupes consultatifs et de référence du RLISS de MH :
 - o Hôpital du RLISS de MH / RLISS / Groupe de la direction du CASC
 - o Comité de supervision du programme d'intégration clinique
 - o Groupe de leaders des services d'urgence du RLISS de MH
- Catégories internes au système de santé :
 - o Hôpitaux
 - o CASC de Mississauga Halton
 - o Foyers de soins de longue durée

- o Organismes de services de soutien communautaire
- o Organismes de services pour maladies mentales et toxicomanies
- Intervenants externes :
 - o Députés provinciaux
 - o Leaders municipaux
 - o Médias

Approche stratégique et tactique

Le plan d'activités annuel décrit plusieurs initiatives importantes qui vont permettre de réaliser les priorités du PSSI et chacune d'entre elles a sa propre stratégie de communication. De plus, le RLISS de MH a un plan de communication stratégique général qui englobe les diverses mesures utilisées pour communiquer avec les groupes d'intervenants.

Cette section du plan d'activités annuel porte sur la stratégie visant à sensibiliser le public et à lui faire comprendre les documents dans les groupes indiqués.

Intervenant	Date	Tactique	Détails
ÉBAUCHE DU PLAN D'ACTIVITÉS ANNUEL			
Haute direction du RLISS de MH	Novembre 2010 à janvier 2011	Réunions et présentations formelles	La haute direction va examiner et faire des commentaires sur l'ébauche du plan d'activités annuel.
Conseil d'administration du RLISS de MH	Janvier 2011	Réunion du conseil ouverte	Note d'information sur le plan d'activités annuel lors de la réunion du conseil de janvier.
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	31 janvier 2011	Envoi électronique	Envoi de l'ébauche du plan d'activités annuel au MSSLD.
Personnel du RLISS de MH	Février 2011	Courriel	Le personnel sera prévenu par courriel quand le plan d'activités annuel aura été envoyé au MSSLD. Ce document sera accessible au personnel sur un ordinateur interne.

Intervenant	Date	Tactique	Détails
Plan d'activités annuel final			
Hôpital du RLISS de MH / RLISS / haute direction du CASC	Mai à juillet 2011	Réunions et présentations formelles	La haute direction va examiner et faire des commentaires sur la version finale du plan d'activités annuel.
Haute direction du RLISS de MH	Juillet 2011	Réunions et présentations formelles	La haute direction va examiner et faire des commentaires sur la version finale du plan d'activités annuel, et devra donner son approbation avant de le présenter au conseil d'administration qui devra donner son appui et l'approbation finale.
Conseil d'administration du RLISS de MH	Juillet 2011	Réunion ouverte du conseil	Présentation sommaire et version complète du plan d'activités annuel final.
Personnel du RLISS de MH	Juillet 2011	Courriel	Tout le personnel sera avisé par courriel une fois la version finale du plan d'activités annuel approuvée par le conseil d'administration, et le rapport sera accessible sur un ordinateur interne.
Groupes consultatifs et de référence du RLISS de MH	Après approbation du ministère	Réunions et présentations formelles	Présentation sommaire et version complète du plan d'activités annuel final.
Hôpitaux / CASC / foyers de soins de longue durée Organismes communautaires / organismes de santé mentale et toxicomanies Députés provinciaux	Après approbation du ministère	Avis envoyé par courriel	Message par courriel, venant du directeur du RLISS, y compris le document complet du plan d'activités annuel, avant qu'il soit mis à la disposition du public.

Annexe : Indicateurs du RLISS de MH (Entente de rendement entre le ministère et le RLISS et autres)

Mesures du système	Données de base (2009-2010)	Objectif (2010-2011)	Données de base / rendement (2010-2011)	Objectif (2011-2012)
90 ^e percentile de la durée du séjour à l'urgence pour les patients admis (MLPA/ED P4R) Heures (1)	38,6	28,4	35,87	25 heures (diminution de 10 % des visites > 25 heures; diminution de 5 % des visites > 25 heures)
90 ^e percentile de la durée du séjour à l'urgence pour les patients complexes non admis (MLPA/ED P4R) Heures (1)	7,2	7	6,7	7 heures (diminution de 10 % des visites > 7 heures; diminution de 5 % des visites > 7 heures)
90 ^e percentile de la durée du séjour à l'urgence pour les patients non gravement atteints non admis (MLPA/ED P4R) Heures (1)	4,1	4	3,72	4 heures (diminution de 10 % des visites > 4 heures; diminution de 5 % des visites > 4 heures)
% de la durée du séjour des patients admis Objectif ≤ 8 heures (ED P4R) (2)	39,1 %	Amélioration	46,1 %	N'existera plus en 2011-2012
% non admis; CTAS I, II et III ≤ 8 heures (ED P4R) (2)	91,8 %	Garder	91,8 %	N'existera plus en 2011-2012
% non admis; CTAS IV et V ≤ 4 heures (ED P4R) (2)	89,4 %	Garder	92,2 %	N'existera plus en 2011-2012
Temps pour le PIA (ED P4R) (2)	3,8	3,5	3,3	S.O.
Temps jusqu'à l'évaluation initiale (ED P4R)	S.O.	S.O.	À déterminer	Amélioration de 10 % par rapport aux données de base de 2010-2011
Temps jusqu'à l'admission (ED P4R)	S.O.	S.O.	À déterminer	Garder ou améliorer
Temps pour être hospitalisé (ED P4R)	S.O.	S.O.	À déterminer	8 heures ou moins par rapport aux données de base de 2010-2011
Pourcentage de jours dans les autres niveaux de soins (1)	9,2 %	8,3 %	9,7 %	8,3 %
Notes : (1) En fonction des indicateurs de rendement du RLISS de MH et du MSSLD dans le Plan d'activités annuel 2010-2011 publié le 13 mai 2011. (2) Selon les rapports CCO/ATC ED de mars 2011 publiés dans le répertoire de réseaux				

Amélioration de l'accès, de la qualité et de la durabilité du système de santé				
		Exercice financier 2009-2010	Données intérimaires T4 2010-2011	Objectif 2011-2012
Pourcentage de jours dans les autres niveaux de soins	Diminution du nombre absolu et du pourcentage de patients dans les autres niveaux de soins, ainsi que des jours passés dans les lits des autres niveaux de soins	9,20 %	8,10 %	8,30 %
Taux de réadmissions après 30 jours pour certains groupes de cas mélangés	Diminution du nombre de réadmissions dans les établissements de soins actifs pour certains groupes de cas mélangés	14,2	12,6 % *ceci est un calcul basé sur le T1 2010-2011	13,10 %
90 ^e percentile pour le temps passé à l'urgence pour les patients admis	Diminution de 10 % par rapport aux données de base 2010-2011 si elles sont de plus de 25 heures		25 heures	22,5 heures
90 ^e percentile du séjour à l'hôpital pour les patients complexes non admis	7 heures pour les patients complexes non admis		7 heures	7 heures
90 ^e percentile du séjour à l'hôpital pour les patients non gravement atteints et non admis	4 heures pour les patients complexes non admis		4 heures	4 heures

Intégration des services de santé mentale et de toxicomanies

		Exercice financier 2009-2010	T1 intérimaire 2010-2011	Objectif 2011-2012
Taux de visites non planifiées aux urgences dans les 30 jours suivant des problèmes de santé mentale.	Diminution du nombre de visites non planifiées répétées aux urgences dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale.	15,6	14,6	12,6 %
Taux de visites non planifiées aux urgences dans les 30 jours suivant des problèmes de toxicomanie.	Diminution du nombre de visites non planifiées répétées aux urgences dans les 30 jours pour des problèmes de toxicomanie.	20,3	19,2	17,4 %

Amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des personnes âgées

		Exercice financier 2009-2010	T1 intérimaire 2010-2011	Objectif 2011-2012
Pourcentage de jours dans les autres niveaux de soins pour les personnes de 65 ans et plus	Diminution du nombre absolu et du pourcentage dans les autres niveaux de soins, ainsi que les lits occupés dans les autres niveaux de soins par les gens de 65 ans et plus	16,1 %	16,0 %	