



Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest

Plan d'activités annuel

2014 - 2015

Le 28 février 2014

Table des matières

1.0 Contexte	4
1.1 Lettre d'accompagnement	4
1.2 Mandat et plan stratégique	6
1.3 Survol des programmes et des activités actuels et à venir	8
1.4 Évaluation environnementale	12
2.0 Contenu central	14
2.1 Priorité 1 : Création d'un système de santé intégré	14
2.2 Priorité 2 : Création d'un cadre de cybersanté intégré	24
2.3 Priorité 3.1 : Amélioration de l'accès aux soins primaires	28
2.3 Priorité 3.2 : Réduction des temps d'attente	33
2.3 Priorité 3.3 : Réduction du pourcentage de jours en attente d'un autre niveau de soins (ANS)	38
2.3 Priorité 3.4 : Amélioration de l'accès aux services de soins spécialisés et de diagnostic	45
2.3 Priorité 3.5 : Amélioration de l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances	51
2.4 Priorité 4 : Hausse de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques	58
3.0 Dotation en personnel et fonctionnement du RLISS	66
4.0 Stratégie intégrée de communication et de participation communautaire	69

Plan d'activités annuel 2014-2015

1.0 Contexte

1.1 Lettre d'accompagnement

Nancy Naylor, sous-ministre adjointe,
Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Madame,

J'ai le plaisir de vous présenter l'ébauche du *Plan d'activités annuel 2014-2015 du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest*. Ce plan démontre comment le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Ouest s'y prendra pour améliorer le système de santé dans le Nord-Ouest de l'Ontario.

Au cours des trois prochaines années, notre RLISS concentrera ses efforts sur ce qui suit :

- Collaboration avec nos fournisseurs de services de santé pour faire progresser les priorités du Plan de services de santé intégrés 2013-2016, notamment :
 - la création d'un système de santé intégré ;
 - la création d'un cadre de cybersanté intégré ;
 - l'amélioration de l'accès aux soins ;
 - la hausse de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques.
- Appui du Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, englobant les aspects suivants :
 - Garder l'Ontario en santé ;
 - Accès rapide à des soins de santé familiale renforcés ;
 - De bons soins, au bon moment, au bon endroit.

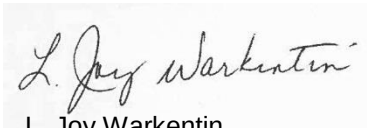
Dans le cadre de ces initiatives, le RLISS du Nord-Ouest a mis les intervenants à contribution, a renforcé la capacité, a financé des solutions et des stratégies novatrices, et a favorisé l'évolution du Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest.

L'ébauche du Plan d'activités annuel, un des deux volets du plan de services annuel, fournit des détails sur les plans pluriannuels du RLISS pour le système de santé local et décrit les progrès réalisés par le RLISS du Nord-Ouest quant à son Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2013-2016. Elle est présentée conformément aux exigences relatives à la présentation de rapports de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et de la Directive sur l'établissement et l'obligation de rendre compte.

L'ébauche du Plan d'activités annuel a été examinée par le conseil d'administration du RLISS du Nord-Ouest, qui, le 28 janvier 2014, a adopté une résolution indiquant que le conseil d'administration du RLISS du Nord-Ouest approuvait l'ébauche du Plan d'activités annuel 2014-2015 afin qu'il soit présenté au MSSLD d'ici au 28 février 2014.

Nous sommes d'avis que le *Plan d'activités annuel 2014-2015 du Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest* aidera le RLISS du Nord-Ouest à réaliser sa vision : « Des gens en meilleure santé, un système de santé fort – voilà notre avenir ».

Si vous avez des questions ou des commentaires au sujet du Plan, veuillez communiquer avec notre directrice générale, Laura Kokocinski, au 807 684-9425.

A handwritten signature in black ink, reading "L. Joy Warkentin". The signature is written in a cursive, flowing style.

L. Joy Warkentin
Présidente du conseil d'administration

1.2 Mandat et plan stratégique

En vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, le Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Ouest est un organisme de la Couronne qui a le mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local.

La vision du RLISS du Nord-Ouest est: « Des gens en meilleure santé, un système de santé fort – voilà notre avenir ». En octobre 2013, le conseil d'administration du RLISS du Nord-Ouest a réaffirmé le plan stratégique intitulé *Leading Health System Transformation in Our Communities: 2013 to 2016 North West LHIN Strategic Directions* (Diriger le renouvellement de notre système de santé dans nos communautés). Les orientations stratégiques et le Plan de services de santé intégrés (PSSI) 2013-2016 s'harmonisent avec les secteurs prioritaires stratégiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et sont mis en œuvre au moyen du Plan d'activités annuel du RLISS du Nord-Ouest, comme illustré ci-dessous.

Le RLISS du Nord-Ouest est actuellement dans la deuxième année de mise en œuvre de son Plan directeur pour les services de santé, un plan décennal qui vise à remodeler et à renforcer le système de santé du Nord-Ouest de l'Ontario pour en faire un système intégré et durable à long terme. Ce plan a été préparé en tenant compte des commentaires formulés par des fournisseurs et des membres du public et à partir des résultats de recherches et d'analyses des exigences actuelles et futures en matière de services de santé dans tout le continuum de soins.

Voici certains des résultats escomptés dans le cadre du plan :

- Fort accent mis sur la santé de la population et l'amélioration des résultats en matière de santé
- Amélioration de l'expérience de soins des patients – de bons soins, au bon moment, au bon endroit
- Soins de haute qualité
- Responsabilisation et transparence accrues
- Communication, partenariats et intégration accrus
- Durabilité du système
- Bon rapport coût/valeur

La mise en œuvre du Plan directeur permettra d'établir dans la région du RLISS du Nord-Ouest un système de santé intégré qui s'harmonise avec la mise en œuvre du Plan d'action du ministre de la Santé, et avec la nouvelle initiative des maillons santé.

En décembre 2012, le MSSLD a établi des réseaux régionaux intégrés de soins aux patients appelés « maillons santé ». Depuis, le RLISS du Nord-Ouest a lancé des maillons santé dans deux réseaux de district intégrés (RDI) dans la région: le RDI de la ville de Thunder Bay, et le RDI du district de Thunder Bay. Collaborant dans une zone géographique définie, les fournisseurs de soins de santé travailleront en équipes afin de trouver des solutions centrées sur le patient pour les grands utilisateurs du système de soins de santé, de fournir des plans de soins personnalisés et d'améliorer les transitions en matière de soins entre tous les fournisseurs

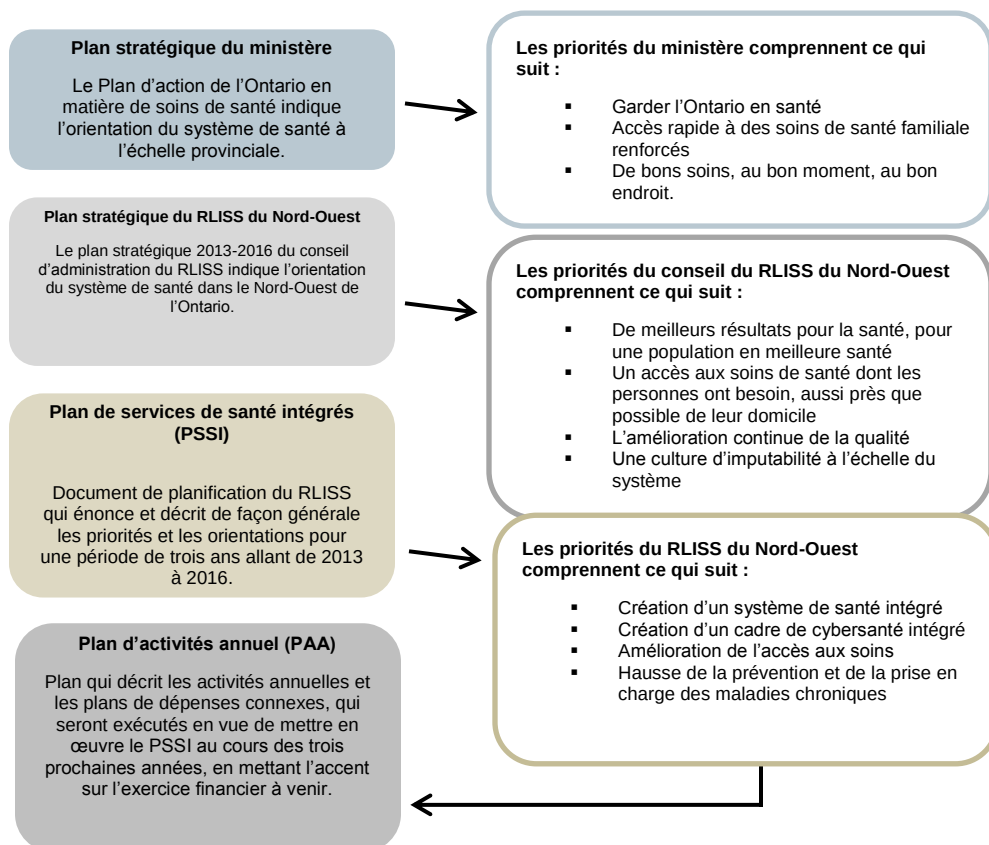
de soins de santé, notamment les médecins de famille et les spécialistes, les établissements de soins actifs et de longue durée, et les organismes de soins à domicile et de soutien communautaire.

L'intégration stratégique du système grâce au Plan directeur et aux maillons santé améliorera l'accès aux services de santé et la qualité de ces services, ainsi que la santé des résidents dans les communautés du RLISS du Nord-Ouest à l'aide de l'adoption d'un modèle selon lequel la prise de décisions et la responsabilisation se situent davantage au niveau de la communauté. Cela améliorera aussi la durabilité du système, nous assurant des services de santé de calibre international aujourd'hui, demain et à l'avenir.

Tant le Plan directeur que les maillons santé tiennent compte du besoin et de l'importance de partenariats entre fournisseurs à l'échelle locale afin :

- a) d'assurer des soins de plus grande qualité,
- b) d'améliorer l'accès aux soins,
- c) d'offrir un meilleur rapport coût /valeur.

Figure 1 : Lien entre les orientations du MSSLD, le plan stratégique du RLISS du Nord-Ouest, les priorités du PSSI et le Plan d'activités annuel.



1.3 Survol des programmes et des activités actuels et à venir

Le RLISS du Nord-Ouest planifie, finance et intègre les services de santé locaux. Le RLISS ne dispense pas de services de santé, mais il travaille avec les fournisseurs de services de santé et les membres des communautés pour établir des priorités et planifier les services de santé dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Le RLISS accorde des fonds à 93 fournisseurs de services de santé dans les secteurs suivants :

- Hôpitaux (13) ;
- Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) (1) ;
- Organismes de services communautaires de soutien (60) ;
- Foyers de soins de longue durée (14) ;
- Centres de santé communautaire (CSC) (2) ;
- Organismes de services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances (34).

Amélioration de la qualité – meilleure santé, meilleurs soins et meilleur rapport coût/valeur, voilà les trois objectifs visés par le cadre d'amélioration de la qualité préparé par Qualité des services de santé Ontario. Le RLISS du Nord-Ouest a adopté ce cadre pour faire progresser la transformation du système de santé au cours des trois prochaines années (2013-2016). On mettra l'accent sur le rôle accru des patients et des familles dans la conception de leurs soins, sur l'amélioration de la coordination et de l'intégration des soins et de la communication, et sur l'amélioration des résultats de santé.

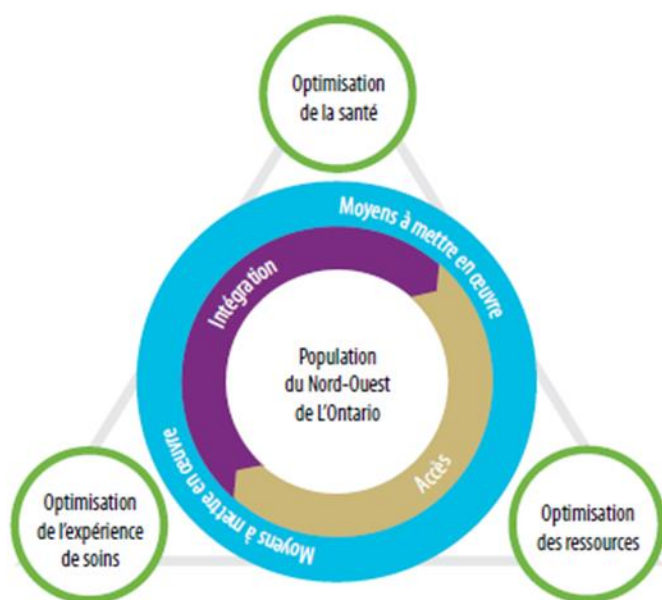
Les plans décrits dans le PSSI 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest s'harmonisent avec les objectifs généraux du cadre à trois objectifs (voir figure 2 ci-après) :

1. Optimisation de la santé (santé de la population) ;
2. Optimisation de l'expérience de soins (satisfaction des patients) ;
3. Optimisation des ressources (coût par habitant).

Les priorités du PSSI 2013-2016 portent principalement sur ce qui suit :

1. La création d'un système de santé intégré ;
2. La création d'un cadre de cybersanté intégré ;
3. L'amélioration de l'accès aux soins ;
4. La hausse de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques.

Figure 2



La figure illustre un modèle de planification dans le RLISS du Nord-Ouest qui incorpore les grandes questions identifiées lors des activités de mobilisation communautaire et dans le cadre de l'analyse des données (accès aux services, intégration/coordination des services et moyens à mettre en œuvre pour faciliter la modification du système), tous axés sur le maintien de la santé de la population du Nord-Ouest.

Priorités du Plan de services de santé intégrés :

Les priorités suivantes en ce qui a trait au changement orienteront les activités du RLISS du Nord-Ouest.

1. Création d'un système de santé intégré :

L'analyse effectuée dans le cadre du Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest révèle que le système de santé de la région est fragmenté. Selon les recommandations du rapport, l'une des priorités clés du RLISS du Nord-Ouest doit consister à créer un système de soins de santé intégré dans le Nord-Ouest de l'Ontario pour améliorer les résultats en matière de santé, tout en offrant aux patients les bons soins, au bon endroit et au bon moment aussi près de leur domicile que possible. Le modèle décrit dans le Plan directeur pour les services de santé est présentement mis en œuvre initialement à l'échelle des réseaux de district intégrés.

2. Création d'un cadre de cybersanté intégré :

La santé électronique (cybersanté) est une composante importante qui a des répercussions sur bon nombre d'aspects des soins de santé. Le système de santé dépend de la technologie de l'information dans divers domaines, notamment : les activités administratives, l'établissement de calendriers, les résultats d'examen, les antécédents de prises de médicaments, le stockage de données et la surveillance à distance de la santé. La cybersanté continuera de fonctionner comme un moteur intrinsèque de notre système de santé dans le Nord-Ouest de l'Ontario.

3. Amélioration de l'accès aux soins :

i. Amélioration de l'accès aux soins primaires :

L'amélioration de l'accès aux soins primaires demeure une haute priorité pour le RLISS du Nord-Ouest, étant donné le nombre élevé de patients sans fournisseur de services. Il est nécessaire qu'il y ait une plus grande collaboration entre les fournisseurs de soins primaires et les intervenants locaux afin d'améliorer la communication et la coordination des soins. En réduisant la dépendance à l'égard des soins dans les services d'urgence et en offrant des services de rechange communautaires (p. ex., accès rapide, cliniques ouvertes après les heures normales de travail, visites à domicile), il sera possible d'améliorer les soins pour les personnes dans la communauté qui ont des problèmes médicaux complexes. Ce travail sera renforcé par l'établissement des maillons santé à l'échelle des réseaux de district intégrés.

ii. Réduction des temps d'attente :

En plus de diminuer le nombre de visites aux services des urgences, le RLISS du Nord-Ouest a aussi comme priorité importante de réduire le temps qu'y passent les patients. Grâce à une meilleure performance du système de santé et à la prestation de soins aux patients/clients au bon endroit, au bon moment et par le bon fournisseur, nous réduirons le temps d'attente aux services des urgences tout en conservant les gains réalisés jusqu'à maintenant.

iii. Réduction du pourcentage de jours en attente d'un autre niveau de soins (ANS) :

La réduction du nombre de jours pendant lesquels des personnes attendent un autre niveau de soins est une grande priorité, tant à l'échelle locale que provinciale dans le Nord-Ouest de l'Ontario. Cette priorité profitera de la restructuration du système de santé dans la région. Le but ultime est d'éviter le temps d'attente pour un autre niveau de soins (ANS), grâce à une augmentation de la coordination et de l'intégration des soins dans tout le système de santé, à une amélioration du mouvement des patients tout au long du continuum de soins ainsi qu'à un investissement dans des programmes qui favorisent le retour des patients à leur domicile après leur séjour à l'hôpital.

iv. Amélioration de l'accès aux services de soins spécialisés et de diagnostic :

Il faut absolument que les patients qui ont besoin de subir une intervention, comme le remplacement d'une hanche ou d'un genou, ou un examen d'imagerie diagnostique l'obtiennent après un temps d'attente raisonnable sur le plan médical. Toutefois, les patients des régions rurales, qui forment la majorité des patients de la région du RLISS du Nord-Ouest, doivent souvent faire de longs trajets pour se rendre à des endroits comme Thunder Bay, Winnipeg ou plus loin encore pour avoir accès à ce genre de services. La réduction des temps d'attente pour des interventions chirurgicales et des services d'imagerie diagnostique est une priorité pour le RLISS du Nord-Ouest. En outre, le RLISS du Nord-Ouest s'efforcera de continuer à réduire les temps d'attente et à rediriger les soins vers la communauté conformément aux actes médicaux fondés sur la qualité et à la Réforme du financement du système de santé.

v. Amélioration de l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances :

Au cours des trois prochaines années, le RLISS du Nord-Ouest mettra à contribution les fournisseurs de services de santé, les patients et les familles pour qu'ils aident à établir un système de santé intégré solide pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Le but est d'améliorer l'accès aux services offerts dans les centres locaux de soins de santé et dans les réseaux de district intégrés ainsi que dans le cadre des programmes régionaux dans le RLISS du Nord-Ouest. Cela comprendra le renforcement de la capacité communautaire à gérer la démence et les comportements réactifs chez les personnes âgées, grâce à la poursuite des travaux du Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement.

4. Hausse de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques :

Plusieurs initiatives sont en cours visant à réduire l'utilisation de ressources extrêmes pour la prise en charge des maladies chroniques. La nécessité de rediriger les soins, de l'hôpital vers la communauté, tout en améliorant le soutien pour l'insuffisance cardiaque congestive, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète et les soins palliatifs a été reconnue dans le Plan directeur pour les services de santé. L'utilisation de données probantes émergentes, générées par des exercices de schématisation de la chaîne de valeur, entrepris dans l'ensemble du RLISS du Nord-Ouest, aidera à éclairer la restructuration des services de prise en charge des maladies chroniques partout dans la région. En outre, on s'efforcera d'améliorer la capacité et l'adoption de l'autogestion. Le but ultime de ces initiatives est d'améliorer les résultats en matière de santé pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

Population du Nord-Ouest de l'Ontario:

Services de santé pour les Autochtones : Améliorer l'expérience de soins pour la population autochtone constitue une priorité du RLISS du Nord-Ouest. Afin de répondre aux besoins de cette population, il est absolument essentiel de comprendre les différences culturelles, historiques, géographiques et de prestation de service entre les communautés autochtones et au sein de celles-ci. Grâce à des relations collaboratives avec le Comité consultatif sur les services de santé autochtones, Santé Canada, les organismes et les communautés autochtones, ainsi que les fournisseurs de services de santé financés par le RLISS du Nord-Ouest, nous nous efforçons d'améliorer la sécurité culturelle et l'accès en temps opportun aux services de santé. Le RLISS du Nord-Ouest a fait avancer ses travaux sur la diversité culturelle grâce au soutien de la formation en matière de sensibilité culturelle partout dans le Nord-Ouest, et a inclus des indicateurs de diversité culturelle dans les ententes de responsabilisation en matière de services avec les organismes fournisseurs de services de santé en 2013-2014, afin de s'assurer que tous les fournisseurs planifient des services qui tiennent compte de la culture. Bâtissant sur les fondations de la planification qui tient compte de la diversité, le RLISS du Nord-Ouest axera ses efforts sur l'élaboration d'une stratégie en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances à l'intention des enfants, des jeunes et des adultes, ainsi que sur l'amélioration de l'accès à des services de prévention et de prise en charge des maladies chroniques, et de l'accès au continuum de services de soins de longue durée.

Services de santé en français : Deux lois guident les services en français en Ontario : la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et la *Loi sur les services en français*. Conformément à ces lois, le RLISS du Nord-Ouest travaille en partenariat avec le Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario (RMEFNO), l'entité de planification des services de santé en français pour ce RLISS, afin de mettre la population francophone à contribution. Le RMEFNO a soumis un rapport au RLISS du Nord-Ouest, reflétant les priorités, les préoccupations et les besoins de la population francophone à l'égard des soins de santé en français. En bâtissant sur ce rapport, le RLISS du Nord-Ouest collabore avec le RMEFNO pour planifier les activités de participation communautaire qui s'harmonisent avec les priorités du Plan de services de santé intégrés. En collaboration avec les fournisseurs de services de santé, nous visons à améliorer l'accès aux services en français et à obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour les francophones du Nord-Ouest de l'Ontario.

1.4 Évaluation environnementale

État de santé dans le Nord-Ouest de l'Ontario :

L'état de santé des résidents de la région du RLISS du Nord-Ouest est toujours moins bon que celui de l'ensemble de la population ontarienne, même s'il y a des améliorations dans certains domaines. Par rapport au reste de la province^{1,2,3}, les résidents de la région du Nord-Ouest présentent des taux plus élevés pour ce qui suit :

- Taux de consommation excessive d'alcool (20,9 % des buveurs comparativement à 16,9 % à l'échelle provinciale) ;
- Taux d'obésité (62,1 % des adultes (âgés de 18 ans et plus) ont un problème de surpoids ou d'obésité, comparativement à 52,6 % à l'échelle provinciale) ;
- Taux d'arthrite (21,5 % comparativement à 17,2 %) et d'hypertension artérielle (21,1 % comparativement à 17,6 %) ;
- Taux d'hospitalisation en raison de blessures (792 cas par tranche de 100 000 habitants comparativement à 409 par 100 000 habitants à l'échelle provinciale) en 2011-2012 ;
- Taux d'hospitalisation en raison de problèmes de maladie mentale (1 098 par tranche de 100 000 habitants comparativement à 442 par 100 000 habitants) en 2011-2012 ;
- Taux de mortalité, toutes causes confondues (629,1 décès par tranche de 100 000 habitants comparativement à 521,8 par tranche de 100 000) ;

Et moins élevés pour ce qui suit :

- Espérance de vie (76,2 ans pour les hommes et 81,1 ans pour les femmes, comparativement à 79,2 ans pour les hommes et 83,6 ans pour les femmes à l'échelle provinciale [de 2007 à 2009]) ;

¹ Statistique Canada Tableau 105-0502 - Profil d'indicateurs de la santé, estimations pour une période de deux ans (jusqu'en 2011-2012) selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2012) et groupes de régions homologues. Consulté le 6 novembre 2013.

² Statistique Canada 2013. Profil de la santé. N° au catalogue 82-228-XWE de Statistique Canada. Ottawa. Publié le 29 janvier 2013. <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/index.cfm?Lang=F>.

³ ICIS. Health Indicators Interactive Tool. Consulté le 19 novembre 2013.

- Proportion de la population suivie par un médecin de façon régulière (84,3 % comparativement à 91,1 % à l'échelle provinciale).

Les inducteurs de coûts liés aux caractéristiques de notre population englobent les suivants :

- Mauvais choix quant aux modes de vie qui mènent à un mauvais état de santé, ce qui contribue à accroître l'utilisation des services de santé ;
- Moins grand nombre de soignants naturels ;
- Une population vieillissante de 65 ans et plus qui augmentera plus rapidement jusqu'à 27 ou 28 % au cours des 20 prochaines années, comparativement à 22 ou 23 % à l'échelle provinciale, contribuant à accroître la dépendance à l'égard des services de santé ;
- Recrutement de soignants compétents pour de nombreuses communautés et personnes âgées dans le Nord-Ouest ;
- Une population en déclin qui mènera à d'autres déséconomies d'échelle ;
- Faible densité démographique, c.-à-d., population clairsemée, groupes d'habitants très dispersés, Thunder Bay étant la seule zone métropolitaine de recensement dans le Nord-Ouest.

Points forts du Nord-Ouest de l'Ontario :

Le RLIS du Nord-Ouest fait face à des défis, mais il a aussi des points forts :

Technologie : Les personnes qui vivent dans le Nord-Ouest sont des chefs de file quant au recours à la technologie pour améliorer l'accès aux soins.

Partenariats : Les personnes qui vivent dans le Nord-Ouest de l'Ontario collaborent depuis longtemps pour satisfaire les besoins des clients.

Innovation : Le Nord-Ouest continue d'être reconnu pour ses innovations à l'échelle provinciale, nationale et internationale. La planification et la prestation de soins dans les communautés rurales et éloignées du Nord stimulent la recherche de nouvelles solutions pour répondre aux besoins de notre région (c.-à-d. la prestation de services, la planification et la formation des ressources humaines). La culture est une force dont il faut profiter pour vivre sainement et prévenir les maladies.

2.0 Contenu central

2.1 Priorité 1 : Création d'un système de santé intégré

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DE LA PRIORITÉ RELATIVE AUX SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité relative aux services de santé intégrés :
Priorité 1 : Création d'un système de santé intégré
Description de la priorité du PSSI :
Mettre en œuvre et faire progresser un modèle de système de santé intégré pour le RLISS du Nord-Ouest qui permet de dispenser des services de façon efficace et efficiente qui répondent mieux aux besoins des clients.
Situation actuelle :
L'analyse du Plan directeur pour les services de santé a révélé que le RLISS du Nord-Ouest présente les caractéristiques d'un système de santé fragmenté : ▪ La région a un taux élevé de maladies évitables et son système ne permet pas une collaboration efficace en vue de réduire les facteurs de risque et de prévenir les maladies chroniques. ▪ La prise en charge de personnes ayant une maladie chronique est sous-optimale et les personnes diabétiques, ou qui ont une insuffisance cardiaque ou une maladie pulmonaire obstructive chronique sont hospitalisées plus souvent et à une acuité plus faible qu'ailleurs dans la province. ▪ Le Nord-Ouest affiche le taux d'utilisation des hôpitaux de soins actifs le plus élevé de la province parce que les patients se rendent à l'hôpital pour des problèmes de santé qui pourraient être traités à un coût plus faible ailleurs dans leur communauté. ▪ La gestion des transitions entre les établissements de soins n'est pas efficace et efficiente. Les patients attendent souvent trop longtemps à l'hôpital avant que des soins à domicile ou de longue durée soient offerts. Dans de nombreux cas, les patients ne reçoivent pas le soutien nécessaire après leur mise en congé. ▪ Les coûts liés à la santé sont plus élevés dans le RLISS du Nord-Ouest. En 2009-2010, les dépenses pour les soins de santé dans la région étaient 39 % plus élevées que la moyenne provinciale, et les coûts administratifs, 36 % supérieurs à cette moyenne. Certains des coûts supérieurs liés aux services peuvent être attribuables aux défis que présente la prestation de soins de santé dans des régions rurales et éloignées, mais il y a place à l'amélioration. Un système de santé intégré pour le RLISS du Nord-Ouest permettra d'améliorer les résultats en matière de santé dans chacun de ces secteurs.

Réussites de l'année dernière :

En 2013-2014, le RLISS du Nord-Ouest a :

- continué d'axer ses efforts sur la mise en œuvre du Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest, qui décrit un modèle de prestation de services intégrés à l'échelle des communautés, des districts et des régions visant à améliorer l'accès aux soins de santé, leur prestation au moment opportun et leur efficacité dans le Nord-Ouest ;
- effectué une étude de 10 ans sur les ressources humaines en santé (recommandation 44 du Plan directeur pour les services de santé) en collaboration avec la Commission de planification de la main-d'œuvre du Nord Supérieur et le Northwest Training and Adjustment Board ;
- le conseil d'administration du RLISS du Nord-Ouest a organisé des séances de participation et de formation sur le Plan directeur pour les services de santé à l'intention des administrateurs et des directeurs généraux des organismes fournisseurs de services de santé, et a maintenant commencé les séances de participation communautaire avec les intervenants de secteurs autres que la santé ;
- le personnel a facilité plusieurs séances de participation et d'éducation sur le Plan directeur pour les services de santé avec les directeurs généraux et la haute direction de tous les organismes fournisseurs de services de santé dans le Nord-Ouest incluant :
 - un webinaire régional pour tous les fournisseurs leur permettant de partager de l'information sur l'approche et le calendrier de mise en œuvre ainsi que l'harmonisation avec les initiatives provinciales telles que les maillons santé ;
 - quatorze webinaires à l'échelle des centres locaux de soins de santé afin de partager des renseignements démographiques et d'approfondir les programmes cliniques à forte incidence, décrits dans la recommandation 10 du Plan directeur pour les services de santé, pour soutenir les fournisseurs lors du démarrage des réseaux de district intégrés, des maillons santé et des centres locaux de soins de santé ;
 - des groupes de travail, groupes de discussion et comités directeurs pour éclairer les initiatives de mise en œuvre, y compris les maillons santé, l'élaboration d'une étude de dix ans sur les ressources humaines en santé, un modèle d'attribution de ressources pour les petits hôpitaux et des projets de cadre pour la distribution des ressources non hospitalières ;
 - un webinaire régional pour permettre aux fournisseurs de partager les résultats clés de l'étude de dix ans sur les ressources humaines en santé ;
 - des efforts de participation axés à l'échelle des centres locaux de soins de santé et des réseaux de district intégrés pour lancer des initiatives de mise en œuvre dans les réseaux de district intégrés de la ville de Thunder Bay et du district de Thunder Bay.
- facilité l'élaboration du Maillon santé dans le réseau de district intégré de la ville de Thunder Bay et du Maillon santé dans le réseau de district intégré du district de Thunder Bay ;

- continué d'investir dans les services communautaires partout dans le continuum et dans les solutions fondées sur la technologie afin de réduire le fardeau sur les services hospitaliers et ceux d'autres établissements ;
- continué à élaborer un certain nombre d'outils permettant :
 - un cadre pour la prise de décisions au sujet du modèle de prestation des services ;
 - un cadre pour la distribution des ressources non hospitalières ;
 - un modèle de répartition des ressources pour les petits hôpitaux ;
 - des outils pour l'intégration volontaire et la facilitée ;
 - des profils des centres locaux de soins de santé ;
 - un mandat ;
 - des principes directeurs ;
 - des ententes de collaboration.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

But(s) :

1. Établir un système de santé intégré dans le RLISS du Nord-Ouest qui est organisé, relié et qui dispense des soins de grande qualité.
2. Améliorer les résultats en matière de santé grâce à une meilleure coordination du système et à des processus de soins intégrés.
3. Améliorer l'accès aux soins en déplaçant les services de santé non actifs vers des milieux communautaires et virtuels.
4. Améliorer l'accès aux soins dans le RLISS du Nord-Ouest en répartissant plus également les ressources en santé entre les districts et les programmes.
5. Améliorer l'utilisation des ressources du système grâce à l'intégration des services et à la mise en œuvre de modèles normalisés de soins axés sur la qualité et les coûts connexes.

Conformité avec les priorités du gouvernement :

Bâtir un système de santé intégré qui s'harmonise avec une vaste gamme de priorités gouvernementales, y compris :

- Le mandat conféré par la *Loi* au RLISS consistant à planifier, à financer et à intégrer le système de santé local⁴ ;
- L'Accord de rendement MSSLD-RLISS pour le RLISS du Nord-Ouest ;

⁴ Gouvernement de l'Ontario, *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_06l04_f.htm#BK27

- Le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé⁵, mettant l'accent sur :
 - De bons soins, au bon moment, au bon endroit.
- Maillons santé⁶ ;
- Loi sur l'excellence des soins pour tous ;
- Stratégie ontarienne décennale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, « Esprit ouvert, esprit sain » ;
- Stratégie ontarienne de gestion et de prévention des maladies chroniques ;
- Plan ontarien visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord ;
- Recommandations du rapport Walker⁷, mettant l'accent sur :
 - Meilleur accès aux bons soins grâce à des investissements et une harmonisation du secteur communautaire, dont le centre d'accès aux soins communautaires et les services communautaires de soutien ;
 - Meilleur mouvement des patients au sein du système ;
 - Capacité optimisée et différenciée en fonction des besoins locaux.
- Recommandations du rapport Baker⁸, mettant l'accent sur :
 - Transitions plus efficaces entre les soins ;
 - Hausse de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques.
- Recommandations du rapport Drummond,⁹ mettant l'accent sur les sections suivantes du chapitre 5 - Santé :
 - Planification globale du système ;
 - Questions financières ;
 - RLIS 2.0 ;
 - Échange et utilisation des renseignements ;
 - Optimisation des ressources humaines ;
 - Contenir les futurs investissements dans les immobilisations ;
 - Gestion de cas ;
 - Prise en charge des problèmes complexes et chroniques ;
 - Gouvernance et structures ;
 - Politique fondée sur des données probantes ;
 - Hôpitaux ;
 - Médecins ;
 - Soins communautaires, soins à domicile et soins de longue durée ;
 - Mesures d'efficacité permettant de réaliser des économies.
- Stratégie du D^r Sinha pour les personnes âgées¹⁰ ;
- Réforme du financement du système de santé ;

⁵ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé : De meilleurs soins aux patients grâce à un meilleur rendement de nos dollars investis en santé », 30 janvier 2012.

⁶ En décembre 2012, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a lancé des réseaux régionaux intégrés appelés « maillons santé ». Au sein des maillons santé, des fournisseurs de services de santé dans une région particulière, y compris des fournisseurs de soins primaires, collaborent avec d'autres équipes pour trouver des solutions axées sur le patient, fournir des plans de soins personnalisés et améliorer les transitions entre les soins. Le but est d'améliorer les résultats en santé pour les patients âgés et ceux atteints de problèmes complexes, l'accès aux soins aussi près du domicile que possible et la qualité des soins, et d'optimiser les ressources en santé. Les maillons santé seront axés initialement sur les grands utilisateurs du système de santé, y compris les patients âgés qui ont des besoins complexes et plusieurs problèmes de santé chroniques.

⁷ D^r David Walker, Assurer les soins nécessaires à notre population vieillissante : la question des autres niveaux de soins, Rapport présenté à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée, 30 juin 2011.

⁸ D^r G. Ross Baker, Améliorer le continuum des soins – Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables présenté au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, novembre 2011.

⁹ Commission de réforme des services publics de l'Ontario, « Des services publics pour la population ontarienne : cap sur la viabilité et l'excellence », Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, février 2012,

<http://www.fin.gov.on.ca/fr/reformcommission/chapters/report.pdf>

¹⁰ D^r Samir K. Sinha, « Vivre bien et plus longtemps », janvier 2013.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Actes médicaux fondés sur la qualité. |
|---|

Plans d'action/Interventions :						
Cette section indique de quelle façon vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir des détails sur les plans d'action/interventions pour les objectifs énumérés précédemment. Les plans d'action doivent englober les activités menées au cours des trois prochaines années en mettant l'accent sur les mesures qui seront mises en œuvre en grande partie au cours de l'année qui vient.						
Plans d'action « Nous accomplirons ce qui suit »	Indiquez à quelle étape se trouve le projet (Pas encore commencé, En cours, Reporté ou Complété) et, s'il y a lieu, le pourcentage du projet qui devrait être réalisé au cours de chacune des trois prochaines années. Ainsi, si l'objectif est de réaliser 75 % du projet au bout de trois ans et que la réalisation est répartie également chaque année, indiquez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		2015-2016		2016-2017	
	Étape	%	Étape	%	Étape	%
Faire progresser les recommandations du Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest : - Mise en œuvre d'un modèle de prestation de services intégrés à l'échelle locale, des districts et de la région ; - Augmentation de la prestation de services de santé non actifs dans des milieux communautaires et virtuels.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Mettre en place des maillons santé dans chacun des cinq réseaux de district intégrés.	En cours	33 %	En cours	33 %	En cours	33 %
Améliorer les transitions dans les soins et mettre au point des processus de soins intégrés pour les programmes à fort impact.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Procéder à une répartition égale des ressources en santé dans les districts en fonction de l'affectation normalisée aux programmes et des besoins de la population.	En cours	20 %	En cours	30 %	En cours	30 %
Favoriser les intégrations parmi les fournisseurs.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %

Mettre en place des cheminement de soins normalisés de qualité et associés à des modèles de coûts normalisés pour les programmes et les services.	En cours	20 %	En cours	30 %	En cours	30 %
Comment évaluerons-nous la réussite ?						
La réussite sera évaluée de façon constante à l'aide d'un nombre de variables harmonisées avec les orientations stratégiques du RLISS du Nord-Ouest, le cadre à trois objectifs et les indicateurs de l'Accord de rendement MSSLD-RLISS, dont les éléments suivants : ▪ L'expérience de soins améliorée pour les patients ou clients à l'échelle du système en utilisant le sondage de satisfaction auprès des patients. ▪ La création de l'infrastructure nécessaire pour soutenir le changement. ▪ L'accroissement du nombre de plans de soins coordonnés pour les clients avec des problèmes complexes. ▪ L'augmentation du nombre d'accords de collaboration ou de protocoles d'entente en place. ▪ Une sélection de pratiques exemplaires (cliniques, administratives ou de gouvernance) mises en œuvre, adoptées et soutenues par les fournisseurs de services de santé. ▪ La réduction du coût moyen de la prestation de services de santé sans compromettre la qualité des soins. ▪ La réduction du coût moyen de la prestation de soins pour les personnes âgées et les grands utilisateurs. ▪ La réduction des temps d'attente entre l'aiguillage et la première visite pour des soins à domicile. ▪ La réduction des temps d'attente entre l'aiguillage effectué en soins primaires vers un spécialiste et le rendez-vous avec celui-ci pour les grands utilisateurs. ▪ L'augmentation du nombre de lignes directrices de pratique clinique pour les problèmes cliniques à forte incidence. ▪ La réduction du nombre de visites au service des urgences pour les patients dont les problèmes seraient mieux pris en charge ailleurs. Au cours des dix prochaines années, la mise en œuvre du Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest aura un impact de la manière suivante : ▪ La réduction du nombre de visites au service des urgences pour des problèmes qui seraient mieux pris en charge ailleurs. ▪ La réduction du nombre de jours ANS. ▪ La réduction du nombre d'admissions inutiles à l'hôpital. ▪ La réduction de la réadmission à l'hôpital dans les 30 jours. ▪ L'amélioration de l'utilisation des lits de soins actifs.						

- La réduction du taux d'amputations majeures.
- La réduction du nombre de transitions pour les clients.
- Les améliorations découlant des cycles Planification-Exécution-Étude-Action (PEEA).
- Le nombre d'occurrences d'événements indésirables sélectionnés (infection à Clostridium difficile, staphylocoque doré résistant à la méthicilline, entérocoque résistant à la vancomycine) dans les hôpitaux du Nord-Ouest.
- La diminution du pourcentage d'écart avec les coûts normalisés du RLIS du Nord-Ouest lorsque cela est approprié.
- La diminution du pourcentage d'écart avec les frais d'administration normalisés du RLIS du Nord-Ouest lorsque cela est approprié (c.-à-d., les organismes spécialisés en santé mentale et lutte contre les dépendances, qui sont classés parmi ceux ayant les frais les plus élevés dans la province).
- Les temps d'attente harmonisés avec les cibles de l'ARMR.
- La réduction du nombre d'admissions aux soins de longue durée (MAPLe 1, 2, 3) pour les patients présentant un cas de faible gravité.
- Des indicateurs ciblés pour refléter certaines initiatives (p. ex., Chez soi avant tout, Stratégie d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés, prévention des chutes, Priorité aux résidents et Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement).
- L'augmentation du volume de clients appropriés pour recevoir des services communautaires.
- L'augmentation du volume de clients appropriés pour recevoir des services d'aide à la vie autonome.
- La réduction des listes d'attente pour un placement initial dans un foyer de soins de longue durée.
- L'augmentation du nombre de clients appropriés aux cliniques ambulatoires ou virtuelles pour certaines affections.
- La diminution du coût par habitant pour la population des aînés.
- La diminution du coût par habitant pour le système de santé.
- La diminution du nombre de personnes dirigées vers des soins continus complexes après leur mise en congé.
- La diminution du nombre d'hospitalisations pour des soins palliatifs.
- La diminution des taux d'admission de patients ayant des problèmes de santé de faible acuité pour des indicateurs clés (soit insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire chronique obstructive, diabète).
- La diminution des taux de réadmission pour des indicateurs clés (soit insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire chronique obstructive, diabète).
- L'augmentation du recours aux solutions technologiques fondées sur des données probantes lorsque cela est approprié.
- La réduction de la durée du séjour des clients dans les établissements offrant des soins postactifs.

- La réduction des réadmissions en raison de problèmes de santé mentale et de dépendance.
- La réduction des réadmissions de clients qui reçoivent des soins postactifs.

Quels risques et obstacles nuiraient à une mise en œuvre réussie ?

L'établissement d'un système de santé intégré est une initiative de transformation qui sera complexe et difficile à long terme. Lors de discussions avec des fournisseurs, les risques et les obstacles suivants ont été soulevés :

- Problèmes quant à la qualité des données et au moment où on en dispose.
- Capacité, aptitudes et volonté d'apporter les changements nécessaires.
- Pénurie probable de ressources humaines en santé nécessaires sur tout le territoire du RLIS, particulièrement à long terme.
- Capacité du système à offrir des services.
- Déséconomies à divers degrés au sein de la région.
- Technologies habilitantes.

Pour chaque risque ou obstacle, veuillez décrire le plan nécessaire afin d'atténuer le risque :

- Le RLIS est dans une position unique, tous les hôpitaux utilisant la même plateforme TI. Le RLIS collabore avec les fournisseurs afin d'élaborer une approche d'accès en temps opportun aux données qui contribuent à éclairer les conversations portant sur le Plan directeur et les maillons santé. Simultanément, les secteurs communautaires améliorent leur collecte et analyse des données par la mise en œuvre du dossier d'évaluation intégrée à l'échelle provinciale.
- Afin d'augmenter sa capacité de devenir chef de file du changement, le RLIS du Nord-Ouest a offert de la formation au niveau de la gouvernance à tous les fournisseurs de services de santé financés par le RLIS. Le RLIS a aussi adopté l'approche « donner l'exemple », et collabore étroitement avec les fournisseurs pour aider à l'acquisition de compétences. Les maillons santé offrent aussi la possibilité aux fournisseurs de travailler étroitement avec des formateurs de QSSO, et tirent profit des occasions de formation offertes par QSSO et la province.
- Grâce à l'étude de dix ans sur les ressources humaines en santé, le RLIS du Nord-Ouest a décelé un certain nombre de pénuries potentielles de compétences, et la nécessité d'une planification de la relève dans tous les secteurs du RLIS. Le RLIS travaille actuellement avec les fournisseurs afin de mieux comprendre le besoin d'une planification de la relève et les possibilités de changement dans la prestation des services de santé permettant d'atténuer ces pénuries potentielles.
- Une partie de la transformation du système en cours dans le RLIS du Nord-Ouest exige la capacité d'apporter les changements requis. Une meilleure compréhension de la capacité requise pour soutenir le changement sera possible grâce aux scénarios en cours d'élaboration visant à mieux comprendre le niveau optimal et le lieu de la prestation de services, ou les possibilités de partage des locaux afin de réaliser des économies d'échelle et de maintenir la capacité tout en vivant la transformation du système.

- Afin d'aider à gérer les déséconomies d'échelle qui existent dans l'ensemble du RLISS pour la prestation de services de santé, le RLISS du Nord-Ouest élaborera des scénarios pour déterminer le niveau optimal de prestation de services (c.-à-d., local, de district ou régional) pour la création de programmes, et réévaluera le rôle des petits hôpitaux ruraux afin de voir si d'autres programmes pourraient être « regroupés » avec l'hôpital dans le but d'améliorer les économies d'échelle.
- Afin de mieux profiter de la puissance des technologies émergentes, le RLISS du Nord-Ouest continue à investir dans l'expansion des systèmes électroniques d'aiguillage et les possibilités de télémédecine, y compris les télésoins à domicile.

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif ?

Certains des outils clés pour s'assurer que le RLISS du Nord-Ouest atteint les objectifs décrits ci-dessus incluent :

- Accroissement continu de la capacité à tous les niveaux en insistant sur le niveau communautaire.
- Investissement continu dans les services fondés sur la technologie, dont la télémédecine, les télésoins à domicile et la télépsychiatrie.
- Plan relatif aux ressources humaines en santé visant à repérer les besoins de façon proactive.
- Mise en œuvre du projet Connexion Nord et Est de l'Ontario (cNEO) dans le RLISS (Le cNEO offre aux fournisseurs de services de santé un accès en temps opportun aux données personnelles sur la santé dans le continuum des soins, à n'importe quel point du parcours du patient dans l'ensemble de la région.)
- Services administratifs intégrés pour accomplir le volet des opérations de nombreuses fonctions communes aux fournisseurs de services de santé, notamment : les ressources humaines en santé, les finances, l'approvisionnement, la chaîne d'approvisionnement, l'apprentissage et le perfectionnement, et la technologie de l'information.

Commentaires supplémentaires (tout autre renseignement confirmant que l'objectif a été atteint)

Un travail d'intégration est en cours dans le cadre des initiatives du Fonds d'intégration des services de santé par l'intermédiaire de Santé Canada. Ces initiatives sont dirigées par les communautés des Premières Nations et incluent la participation de plusieurs intervenants, y compris : Santé Canada, divers ministères provinciaux, le RLISS du Nord-Ouest et les fournisseurs de services de santé du RLISS du Nord-Ouest. Ces projets, qui évolueront pendant trois ans, visent à améliorer l'accès aux services, à intégrer les programmes et les services, et à simplifier le financement dans la mesure du possible afin de réduire les inégalités qui existent actuellement dans les régions rurales, éloignées et du Nord.

2.2 Priorité 2 : Création d'un cadre de cybersanté intégré

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DE LA PRIORITÉ RELATIVE AUX SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité relative aux services de santé intégrés :
Priorité 2 : Création d'un cadre de cybersanté intégré
Description de la priorité du PSSI :
Faire progresser la santé électronique (cybersanté) dans la région du RLISS du Nord-Ouest en vue de favoriser le renouvellement du système de santé.
Situation actuelle :
Pour qu'une transformation efficace du système ait lieu, il est essentiel que l'infrastructure de la technologie de l'information et de la santé électronique (cybersanté) soit en place pour s'assurer d'offrir des soins cliniques de haute qualité et de soutenir leur prestation, dans le milieu le plus approprié. Même si le Nord-Ouest a réalisé des progrès considérables dans la mise en œuvre de la cybersanté, il est possible de faire beaucoup plus : ▪ Plus de 70 % des spécialistes dans le RLISS du Nord-Ouest n'utilisent pas les dossiers médicaux électroniques (DME). ▪ Nombreux sont les petits organismes du RLISS du Nord-Ouest qui n'ont pas la capacité nécessaire en matière de cybersanté/TI pour intégrer leur système aux systèmes régionaux et provinciaux. ▪ De nombreuses communautés éloignées n'ont pas l'infrastructure ni la formation nécessaires pour suivre les progrès réalisés en cybersanté. Pour continuer de faire progresser la cybersanté dans la région, le RLISS du Nord-Ouest doit poursuivre ses recherches de solutions novatrices pour ses problèmes prioritaires, mettre en place des structures organisationnelles et des offres de service appropriées, et collaborer en tant que région à la mise en place en place de solutions intégrées rentables. Réussites de l'année dernière : ▪ Utilisation par tous les hôpitaux de la région du système de données hospitalières partagé. ▪ Mise en œuvre de la documentation électronique dans 12 des 13 hôpitaux de la région. ▪ Adoption accrue du Programme d'intégration des cabinets de médecin par voie électronique de la région, en reliant plus de fournisseurs et en transmettant plus de données cliniques provenant du secteur hospitalier au secteur des soins primaires. afin que les soins de suivi soient dispensés dans des établissements de soins primaires et de soins communautaires au lieu d'hôpitaux de soins actifs.

- Utilisation élargie du système régional d'harmonisation des ressources et aiguillage à tous les hôpitaux et foyers de soins de longue durée.
- Poursuite de la planification et de la préparation au changement pour le projet Connexion Nord et Est de l'Ontario (cNEO).
- Création d'un poste de chef de l'information régional pour les hôpitaux du Nord-Ouest afin d'élaborer une stratégie de cybersanté hospitalière régionale et de superviser la santé électronique à l'échelle de l'hôpital.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectif(s) :

1. Intégrer les dossiers de santé électroniques (DSE) régionaux afin d'améliorer les soins centrés sur les patients.
2. Bâtir une capacité régionale pour accélérer l'adoption des systèmes et des technologies de cybersanté afin d'obtenir des résultats avantageux à l'échelle du système aussi rapidement que possible.
3. Faire avancer l'utilisation de solutions technologiques novatrices afin d'améliorer l'accès aux soins et les résultats en santé pour que la population soit en meilleure santé.

Conformité avec les priorités du gouvernement :

Ces objectifs appuient les priorités clés de la province en matière de cybersanté qui consistent à établir des systèmes d'information essentiels, des systèmes d'information sur les activités cliniques, des services technologiques et des pratiques habilitantes, ainsi que des activités de gestion du talent. Les efforts déployés dans le RLIS du Nord-Ouest feront progresser le mandat de cyberSanté Ontario qui consiste à disposer de dossiers de santé électroniques interopérables (DSEi) en préparant la région à se relier aux éléments provinciaux nécessaires pour établir les DSEi et en les intégrant aux éléments provinciaux lorsqu'ils sont disponibles.

Plans d'action/Interventions :

Cette section indique de quelle façon vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir des détails sur les plans d'action/interventions pour les objectifs énumérés précédemment. Les plans d'action doivent englober les activités menées au cours des trois prochaines années en mettant l'accent sur les mesures qui seront mises en œuvre en grande partie au cours de l'année qui vient.

Plans d'action « Nous accomplirons ce qui suit »	Indiquez à quelle étape se trouve le projet (Pas encore commencé, En cours, Reporté ou Complété) et, s'il y a lieu, le pourcentage du projet qui devrait être réalisé au cours de chacune des trois prochaines années. Ainsi, si l'objectif est de réaliser 75 % du projet au bout de trois ans et que la réalisation est répartie également chaque année, indiquez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		2015-2016		2016-2017	
	Étape	%	Étape	%	Étape	%

Accroître l'adoption et l'intégration des dossiers médicaux électroniques (DME).	En cours	10 %	En cours	10 %	En cours	10 %
Élargir la portée du système de données hospitalières partagé dans la région du Nord-Ouest.	Complété	50 %				
Créer un portail réservé aux fournisseurs pour la consultation des données cliniques sur les patients.	En cours	33 %	Complété	34 %		
Avoir recours aux solutions axées sur la cybersanté pour les priorités cliniques dans la région.	En cours	25 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Mettre en œuvre des initiatives visant à atteindre les objectifs de la Stratégie ontarienne de cybersanté.	En cours	25 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Contribuer à l'élargissement des services de télémédecine.	En cours	25 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Mettre en œuvre le Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) avec le système de données hospitalières partagé des régions du RLISS du Nord-Ouest.	En cours	50 %	Complété	40 %		
Accélérer le déploiement du service de courriel sécurisé ONE Mail de cyberSanté Ontario à l'intention des fournisseurs de services de santé.	En cours	25 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Favoriser la participation communautaire, fournir des services de mise en œuvre et de préparation, ainsi que de l'expertise en la matière pour soutenir le projet Connexion Nord et Est de l'Ontario (cNEO).	En cours	33 %	Complété	34 %		
Continuer à faire progresser l'initiative de renouvellement des activités liées aux autres niveaux de soins.	En cours	40 %	Complété	40 %		
Comment évaluerons-nous la réussite ?						
Augmenter le nombre d'unités pondérées de dossiers de santé électroniques interopérables (DSEi) du RLISS du Nord-Ouest, qui s'harmonisent avec l'architecture provinciale globale des DSEi ou progressent dans cette direction.						

▪ Augmenter le nombre de points d'intégration des dossiers médicaux électroniques des fournisseurs de services de santé avec les éléments régionaux ou provinciaux liés aux dossiers de santé. ▪ S'assurer que la totalité des livrables des initiatives de projet, visés par cyberSanté Ontario et le MSSLD, sont réalisés. ▪ Augmenter le nombre de cliniciens ayant recours aux outils de cybersanté qui s'harmonisent avec la stratégie de cybersanté provinciale globale, ou progressent dans cette direction.
Quels risques et obstacles nuiraient à une mise en œuvre réussie ?
▪ Capacité financière de la région d'assurer le fonctionnement des outils de cybersanté qui sont mis en œuvre tant à l'échelle régionale que provinciale. ▪ Capacité insuffisante sur le plan des ressources humaines et difficulté à recruter des employés qualifiés dans la région du Nord-Ouest pour mettre en œuvre et adopter les outils de cybersanté selon des échéanciers serrés. ▪ Réticence de la part des intervenants à l'endroit des outils de cybersanté, ce qui en ralentit la mise en œuvre et l'adoption.
Pour chaque risque ou obstacle, veuillez décrire le plan nécessaire afin d'atténuer le risque :
▪ On examine actuellement un modèle de services partagés en cybersanté/TI/SI qui permettrait des économies d'échelle dans la mise en œuvre et le soutien de la cybersanté. Le concept de services partagés ne trouvera pas seulement des moyens d'améliorer l'efficacité financière, mais aussi d'accroître l'efficacité en matière de ressources humaines ou de capacité pour permettre à un plus grand nombre de fournisseurs de services de santé de profiter de ressources compétentes en cybersanté. ▪ Continuer à encourager les fournisseurs de services de santé à participer aux mises à jour en cybersanté et à reconnaître l'importance des solutions de cybersanté dans la prestation de soins de haute qualité, et plus efficaces.
Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif ?
▪ L'établissement d'une offre de service de cybersanté permettant aux fournisseurs de services de santé d'accéder à des ressources compétentes de mise en œuvre sans exiger de stratégies de recrutement et de fidélisation pour chaque projet ou initiative. ▪ Un financement opérationnel soutenu permettra de continuer à offrir des services de cybersanté après la mise en œuvre.

2.3 Priorité 3.1 Amélioration de l'accès aux soins primaires

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DE LA PRIORITÉ RELATIVE AUX SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité relative aux services de santé intégrés :
Priorité 3.1 : Amélioration de l'accès aux soins primaires
Description de la priorité du PSSI :
Améliorer l'accès en temps opportun à des soins primaires de qualité et mieux intégrer les soins primaires au continuum de soins.
Situation actuelle :
L'amélioration de l'accès aux soins primaires constitue toujours une priorité importante pour le RLISS du Nord-Ouest. Il est nécessaire qu'il y ait une plus grande collaboration entre les fournisseurs de soins primaires et les intervenants locaux afin d'améliorer la communication et la coordination des soins. En réduisant la dépendance à l'égard des soins dans les services des urgences et en offrant des services communautaires de rechange (p. ex., accès rapide, cliniques ouvertes après les heures normales, et visites à domicile), il sera possible de soutenir et d'améliorer les soins dans la communauté. - Plus de la moitié des visites non prévues aux services des urgences dans le RLISS du Nord-Ouest sont classées dans la catégorie non urgente ou moins urgente (51,0 % comparativement à 42,7 % à l'échelle de la province en 2010-2011). Ce taux s'est amélioré quelque peu au cours de chacune des trois dernières années, car il était de 56,8 % en 2008-2009 ; - Le RLISS du Nord-Ouest affiche un taux normalisé selon l'âge de visites aux services des urgences (cas qui pourraient être traités par d'autres fournisseurs de soins primaires) qui est plus de deux fois plus élevé que celui de la province (57,2/1 000 personnes de 1 à 74 ans par rapport à 23,3/1 000 personnes de 1 à 74 ans en 2010-2011). Le taux du RLISS du Nord-Ouest a diminué quelque peu depuis 2008-2009 où il était de 63,7/1 000 personnes de 1 à 74 ans. Réussites de l'année dernière : - Accès Soins a dirigé 44,67 % des personnes inscrites au programme vers des soins primaires¹¹ ; - Des séances de participation ont été organisées avec des fournisseurs de soins primaires et des urgentologues au sujet du Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest, et au sujet des maillons santé de ce réseau ; - Établissement du Maillon santé du réseau de district intégré de la ville de Thunder Bay ; - Établissement du Maillon santé du réseau de district intégré du district de Thunder Bay ; - Préparation en vue d'accueillir le Maillon santé du réseau de district intégré du district de Rainy River.

¹¹ À partir du 31 mai 2013

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION**Objectif(s) :**

1. Élaborer une vaste stratégie à l'échelle du système visant à améliorer l'accès aux soins primaires dans le RLISS du Nord-Ouest.
2. Accroître le pourcentage de la population qui a accès à des fournisseurs de soins primaires.
3. Améliorer l'accès en temps opportun aux soins primaires.
4. Améliorer et officialiser les communications et la continuité des soins entre les secteurs des soins primaires, les spécialistes et d'autres secteurs de la santé.
5. Collaborer avec des fournisseurs de soins primaires pour mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité en vue de :
 - a) réduire les taux de réadmission pour les affections cliniques à fort impact ;
 - b) réduire le nombre de visites aux services des urgences ;
 - c) prévenir les hospitalisations évitables.

Conformité avec les priorités du gouvernement :

L'amélioration de l'accès aux soins primaires s'harmonise avec les priorités du gouvernement, notamment les suivantes :

- Le mandat conféré par la *Loi* au RLISS consistant à planifier, à financer et à intégrer le système de santé local¹² ;
- L'Accord de rendement MSSLD-RLISS pour le RLISS du Nord-Ouest ;
- Le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé¹³, mettant l'accent sur :
 - Accès plus rapide et rôle accru accordé aux soins de santé familiale ;
 - De bons soins, au bon moment, au bon endroit.
- L'établissement des maillons santé¹⁴ dans la province en mettant l'accent sur un accès amélioré aux soins primaires, des plans de soins coordonnés pour les clients ayant de grands besoins complexes et de meilleures transitions au sein du système.

¹² Gouvernement de l'Ontario, *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_06l04_f.htm#BK27

¹³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé : De meilleurs soins aux patients grâce à un meilleur rendement de nos dollars investis en santé », 30 janvier 2012.

¹⁴ En décembre 2012, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a lancé des réseaux régionaux intégrés appelés « maillons santé ». Au sein des maillons santé, des fournisseurs de services de santé dans une région particulière, y compris des fournisseurs de soins primaires, collaborent avec d'autres équipes pour trouver des solutions axées sur le patient, fournir des plans de soins personnalisés et améliorer les transitions entre les soins. Le but est d'améliorer les résultats en santé pour les patients âgés et ceux atteints de problèmes complexes, l'accès aux soins aussi près du domicile que possible et la qualité des soins, et d'optimiser les ressources en santé. Les maillons santé seront axés initialement sur les grands utilisateurs du système de santé, y compris les patients âgés qui ont des besoins complexes et plusieurs problèmes de santé chroniques.

Plans d'action/Interventions :						
Cette section indique de quelle façon vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir des détails sur les plans d'action/interventions pour les objectifs énumérés précédemment. Les plans d'action doivent englober les activités menées au cours des trois prochaines années en mettant l'accent sur les mesures qui seront mises en œuvre en grande partie au cours de l'année qui vient.						
Plans d'action « Nous accomplirons ce qui suit »	Indiquez à quelle étape se trouve le projet (Pas encore commencé, En cours, Reporté ou Complété) et, s'il y a lieu, le pourcentage du projet qui devrait être réalisé au cours de chacune des trois prochaines années. Ainsi, si l'objectif est de réaliser 75 % du projet au bout de trois ans et que la réalisation est répartie également chaque année, indiquez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		2015-2016		2016-2017	
	Étape	%	Étape	%	Étape	%
Repérer les bons modèles et les bonnes ressources en soins primaires et les soutenir en vue d'améliorer l'accès aux soins à l'échelle des centres locaux de soins de santé, des districts, et de la région du RLISS du Nord-Ouest (p. ex., services d'approche, services mobiles, visites à domicile, cliniques ouvertes après les heures normales, télésanté).	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Promouvoir la participation continue au programme Accès Soins.	En cours	10 %	En cours	10 %	En cours	10 %
Collaborer avec les fournisseurs de soins primaires pour établir un accès avancé au sein des milieux de pratique de toute la région du Nord-Ouest.	En cours	20 %	En cours	40 %	Complété	40 %
Déterminer et mettre en œuvre des stratégies visant à appuyer les soins centrés sur la personne qui englobent des plans de soins coordonnés, une intégration efficace et de meilleures transitions dans le continuum.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Collaborer avec des fournisseurs de soins primaires pour établir et mettre en œuvre des stratégies qui favorisent le recours aux	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	10 %

lignes directrices de la pratique clinique pour des affections cliniques ciblées à fort impact (p. ex., maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque congestive, diabète).						
Mettre en œuvre une approche de prise en charge personnelle, intégrée à l'échelle du système, qui soutient la prise en charge des maladies chroniques par les soins primaires.	En cours	20 %	En cours	25 %	En cours	30 %
Comment évaluerons-nous la réussite ?						
- La réduction du taux ANS. - La réduction du nombre de visites évitables aux services des urgences. - La réduction du nombre de réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours. - La réduction du nombre d'admissions inutiles à l'hôpital. - Les programmes de prise en charge des maladies chroniques déplacés vers la communauté. - L'augmentation du nombre de patients et d'aînés ayant des besoins complexes qui ont accès à des soins primaires. - L'augmentation du nombre de patients ayant des besoins complexes, qui font l'objet d'un plan de soins coordonné. - Davantage de suivi en soins primaires dans les sept jours suivant la mise en congé. - La réduction des temps d'attente entre l'aiguillage provenant du milieu des soins primaires et un rendez-vous chez un spécialiste - La réduction du temps d'attente entre l'aiguillage et la première visite pour des soins à domicile dans le cas des grands utilisateurs. - Une expérience rehaussée au sein du système de santé pour les patients ayant les plus grands besoins en matière de soins. - La réduction du coût moyen de prestation des services pour les grands utilisateurs sans compromettre la qualité des soins.						
Quels risques et obstacles nuiraient à une mise en œuvre réussie ?						
- Un groupe de médecins plus âgés dispensant des soins à un segment important de la population peut être réfractaire au changement, difficile à mobiliser, hésitant à utiliser les dossiers médicaux électroniques, et des membres du groupe peuvent prendre leur retraite à tout moment (haussant ainsi le nombre de patients sans médecin) ; - Des retards dans l'établissement et le début des activités des équipes de santé familiale déjà approuvées ;						

- Le fait que des établissements fournissant déjà certains programmes ou croyant que les programmes sont mieux dispensés par des hôpitaux soient réticents à ce que des maladies chroniques soient prises en charge dans la communauté ;
- Les fournisseurs de soins primaires qui ne sont pas familiers avec les équipes interprofessionnelles et qui ne sont pas à l'aise avec cette formule de travail ;
- L'aliénation des fournisseurs qui refusent de participer et qui se rendent compte que leur groupe de patients recevra des soins inférieurs aux normes ;
- Le grand nombre de personnes sans fournisseur de soins primaires et la vulnérabilité découlant d'une hausse marquée de ce nombre parce que des médecins prennent leur retraite ;
- Les divers systèmes de dossiers électroniques et les difficultés que présente leur intégration en vue d'améliorer les communications entre les fournisseurs ;
- Les inquiétudes quant à la confidentialité au fur et à mesure que les voies de communication s'améliorent et qu'il y a un transfert accru d'information ;
- La nature peu centralisée du RLIS fait en sorte qu'il est parfois difficile de partager les ressources et entraîne souvent des doubles emplois coûteux.

Pour chaque risque ou obstacle, veuillez décrire le plan nécessaire pour atténuer le risque :

- Par l'intermédiaire des maillons santé, le RLIS collabore avec les services de soins primaires pour résoudre et atténuer le risque de voir le nombre de patients sans médecin s'accroître à la suite du départ à la retraite de médecins. Certains médecins commencent à transférer leurs patients au sein de leur clinique à mesure qu'ils songent à réduire leurs heures de travail. L'étude de dix ans sur les ressources humaines en santé décrite ci-dessus offre aussi certaines statistiques pour les groupes de médecins qui considèrent la planification de la relève ;
- Les maillons santé s'efforcent d'amener les organismes de soins primaires dans leur région respective à se rendre compte des avantages que procurent aux médecins le partage des ressources et une meilleure utilisation des ressources du système pour atténuer les obstacles découlant de la réticence ;
- Afin de réduire davantage l'impact sur le système des patients sans médecin, le RLIS du Nord-Ouest collabore avec le Centres de santé communautaire (CSC) NorWest pour augmenter les heures d'ouverture des cliniques et offrir des cliniques de soins d'urgence pendant les fins de semaine. Cette mesure constitue la seule possibilité de consultation « sans rendez-vous » pour le public dans la ville de Thunder Bay pendant les fins de semaine ;
- Pour aider à atténuer les préoccupations au sujet de la confidentialité dans les transferts de renseignements, le RLIS cherche des exemples dans d'autres régions de la province, particulièrement dans les maillons santé, pour démontrer les bienfaits du partage approprié de données et de l'accès instantané à l'information par des solutions électroniques. Ces solutions démontrent aussi une amélioration du processus qui permet d'éviter les examens inutiles et les chevauchements, et qui rehausse l'expérience du patient.

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif ?

- Nombre accru de fournisseurs de soins primaires dans la communauté.
- Nombre accru de modèles d'inscription de patients dans nos communautés.
- Intégration, partenariat et communication améliorés parmi tous les fournisseurs de soins à tous les niveaux.
- Utilisation et intégration améliorées des dossiers médicaux électroniques.
- Réintégration des médecins de famille et des infirmières praticiennes dans les hôpitaux.
- Pourcentage de personnes qui ont un fournisseur de soins primaires.
- Pourcentage de la population qui peut consulter son fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain.

2.3 Priorité 3.2 : Réduction des temps d'attente

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DE LA PRIORITÉ RELATIVE AUX SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité relative aux services de santé intégrés :
Priorité 3.2 : Réduction des temps d'attente
Description de la priorité du PSSI :
En améliorant la performance du système de santé et en intégrant les soins au bon endroit pour le patient ou client, au bon moment et par le bon fournisseur de soins, le nombre de personnes qui attendent des soins dans les services des urgences sera réduit.
Situation actuelle :
La réduction du temps que les gens passent à attendre aux services des urgences est une priorité importante pour le RLSS du Nord-Ouest. Pour relever ce défi complexe, il faut apporter des améliorations dans tout le système de santé à court et à long terme. Cela englobe une meilleure intégration des soins au sein du secteur de soins primaires. ▪ En 2012-2013, il y a eu au total 216 086 visites aux services des urgences dans le RLSS du Nord-Ouest¹⁵ ; ▪ 111 650 (52 %) de ces visites ont eu lieu au seul centre régional de soins tertiaires, le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, qui a aussi connu 68 % de toutes les visites de patients présentant un cas grave ;

¹⁵ National Ambulatory Care Reporting System, exercice 2012-2013. Accès par le portail Web de l'Ontario IntelliHealth, 22 juillet 2013.

- En 2012-2013, 62 % des visites aux services des urgences à l'extérieur du réseau de district intégré de Thunder Bay ont été classées dans la catégorie non urgente, selon l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG)¹⁶ ;
- Les taux de visites aux services des urgences qui pourraient être traitées dans un autre milieu de soins primaires sont plus du double de la moyenne provinciale (53,2/1 000 habitants âgés de 1 à 74 ans, comparativement à 21,4/1 000 habitants âgés de 1 à 74 ans pour 2012-2013¹⁷) ;
- Le RLISS du Nord-Ouest a connu une certaine baisse de ce taux par rapport à 2008-2009 lorsqu'il se situait à 63,7/1 000 habitants âgés de 1 à 74 ans¹⁸. Dans de nombreux hôpitaux régionaux, les soins primaires sont dispensés dans les services des urgences lorsqu'il y a un nombre limité de cliniques sans rendez-vous ou qui sont ouvertes après les heures normales. En conséquence, l'utilisation des services des urgences est appropriée dans ces cas.

Rendement par rapport aux cibles de l'ARMR, exercice 2012-2013 :

- Le temps total passé aux services des urgences par 9 patients sur 10 devant être hospitalisés a été de 31 heures, ce qui est supérieur à la cible de 25 heures.
- Le temps total passé aux services des urgences par 9 patients sur 10 ayant des problèmes complexes a été de 6,78 heures, soit un temps légèrement supérieur à la cible du RLISS (6,50 heures), mais dans les limites de la cible provinciale (7 heures).
- Le temps total passé aux services des urgences par 9 patients sur 10 ayant des problèmes mineurs ou non complexes a été de 3,93 heures, soit dans les limites de la cible du RLISS de 4 heures.

Réussites de l'année dernière :

- Malgré les tendances à la hausse du nombre de patients aux services des urgences, le principal hôpital de soins tertiaires et le RLISS du Nord-Ouest ont continué à afficher de bons résultats quant au temps d'attente pour les patients avec des problèmes graves ou non n'ayant pas besoin d'être hospitalisés.
- Le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay est le seul hôpital du RLISS du Nord-Ouest qui participe au Programme de financement axé sur les résultats pour les services des urgences. Comparativement aux autres hôpitaux participants, il a affiché de bons résultats au cours de la cinquième année du programme et a obtenu le financement visé pour continuer ce programme en 2012-2013.
- Dans le cadre du programme de 2012-2013, les initiatives visant à réduire le temps d'attente ont inclus l'introduction d'un poste d'infirmière en médecine d'urgence gériatrique axé sur les soins offerts aux aînés qui se rendent aux services des urgences, une zone d'évaluation rapide pour les patients présentant un cas grave, ainsi que le financement de

¹⁶ Idem

¹⁷ Idem

¹⁸ MSSLD. Integrated Health Services Plan 2013-2016 Common Environmental Stan: A Review of Selected Information about Ontario's Local Health Integration Networks, septembre 2012.

services de soutien accrus offerts par le CASC du Nord-Ouest afin de garder les aînés chez eux et d'éviter qu'ils se rendent aux services des urgences quand cela n'est pas nécessaire. ▪ L'équipe d'intervention infirmière mise sur pied dans la ville de Thunder Bay a continué à faire baisser le nombre de visites inutiles aux services des urgences et d'admissions non planifiées à l'hôpital provenant des foyers de soins de longue durée de la région.
PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION
Objectifs :
1. Réduire le nombre de visites inutiles aux services des urgences. 2. Réduire le nombre d'hospitalisations évitables. 3. Conserver les gains qui ont été réalisés quant aux temps d'attente aux services des urgences pour les patients n'ayant pas à être hospitalisés et réduire le temps d'attente pour l'admission. 4. Améliorer la satisfaction des patients et des familles quant à l'expérience de soins.
Conformité avec les priorités du gouvernement :
Ces objectifs sont conformes aux priorités locales énoncées dans le PSSI 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest, au Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé et aux impératifs collectifs du système du RLISS. Les mesures décrites dans ce plan visent surtout à améliorer l'accès aux soins et à faire en sorte que les clients reçoivent de bons soins, au bon moment, au bon endroit. Il s'agit notamment : ▪ d'améliorer l'accès aux soins dispensés par les services des urgences en réduisant le temps d'attente des patients qui s'y trouvent ; ▪ d'améliorer l'accès aux soins primaires pour garder la population en bonne santé ; ▪ d'améliorer l'expérience de soins des patients et la qualité des soins.

Plans d'action/Interventions						
Cette section indique de quelle façon vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir des détails sur les plans d'action/interventions pour les objectifs énumérés précédemment. Les plans d'action doivent englober les activités menées au cours des trois prochaines années en mettant l'accent sur les mesures qui seront mises en œuvre en grande partie au cours de l'année qui vient.						
Plans d'action « Nous accomplirons ce qui suit »	Indiquez à quelle étape se trouve le projet (Pas encore commencé, En cours, Reporté ou Complété) et, s'il y a lieu, le pourcentage du projet qui devrait être réalisé au cours de chacune des trois prochaines années. Ainsi, si l'objectif est de réaliser 75 % du projet au bout de trois ans et que la réalisation est répartie également chaque année, indiquez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		2015-2016		2016-2017	
	Étape	%	Étape	%	Étape	%
Collaborer avec les fournisseurs de soins primaires et de services de santé en vue de mettre en œuvre des stratégies visant à réduire le nombre de visites inutiles aux services des urgences : Établir des maillons santé dans le RLIS du Nord-Ouest.	En cours	33 %	En cours	33 %	En cours	33 %
Mettre en œuvre des modèles de soins communautaires novateurs qui évitent les hospitalisations à l'échelle des centres locaux de soins de santé, des districts et de la région (programmes régionaux tels que les télésoins à domicile, les cliniques ambulatoires et les services de réadaptation intégrés) : Continuer à faire progresser des initiatives relatives aux télésoins à domicile.	En cours	33 %	En cours	40 %	Complété	30 %
Continuer à dispenser des services de réadaptation dans des milieux communautaires au lieu de le faire à l'hôpital lorsque cela est approprié.	En cours	33 %	En cours	33 %	Complété	34 %

Mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité qui visent à réduire les temps d'attente dans les services des urgences par rapport aux cibles provinciales à l'échelle des centres locaux de soins de santé, des districts et de la région. ▪ Mettre en œuvre des initiatives de financement axé sur les résultats pour les services des urgences ; ▪ Établir et mettre en œuvre des initiatives visant à réduire le nombre d'admissions évitables.	En cours	33 %	En cours	33 %	Complété	34 %
Évaluer la satisfaction du patient/client à l'échelle du système quant à l'expérience de soins : ▪ Travailler avec les fournisseurs en vue de mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer la satisfaction.	En cours		En cours		En cours	
Comment évaluerons-nous la réussite ?						
▪ Maintien du rendement quant aux indicateurs de l'ARMR qui atteignent actuellement la cible : 90^e percentile pour la durée des séjours aux urgences des patients non hospitalisés présentant des problèmes complexes. ▪ 90^e percentile pour la durée des séjours aux urgences des patients non hospitalisés présentant des problèmes mineurs ou sans complication. ▪ Amélioration des indicateurs de l'ARMR qui n'atteignent pas la cible : 90^e percentile de la durée de séjour aux urgences dans le cas des patients admis. ▪ Réduction de la demande à l'égard des services des urgences : pourcentage des visites aux services des urgences pour des problèmes qui pourraient être traités dans un autre milieu de soins primaires (nombre de visites non planifiées par 1 000 personnes). ▪ Évaluation du rendement du Programme de financement axé sur les résultats pour les services des urgences mis en œuvre au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay. ▪ Réduction du nombre de visites répétées et non prévues aux services des urgences dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale et de dépendance. ▪ Réduction des taux de réadmission dans les 30 jours pour des groupes mixtes de cas.						

Quels risques et obstacles nuiraient à une mise en œuvre réussie ?
Le manque d'accès aux soins primaires et aux services communautaires constitue un obstacle lié au système qui a une incidence sur les temps d'attente aux services des urgences dans le RLISS du Nord-Ouest. Les ressources humaines en santé limitées en raison de problèmes de recrutement et de maintien en poste pourraient présenter des défis pour l'élargissement des soins communautaires. Il est également possible que la demande accrue pour des services dépasse la capacité, étant donné la restructuration du système dans le cadre du Plan directeur pour les services de santé.
Pour chaque risque ou obstacle, veuillez décrire le plan nécessaire afin d'atténuer le risque.
On s'efforce de résoudre le problème du manque d'accès aux soins primaires en ayant recours au programme des maillons santé ainsi qu'à un certain nombre d'initiatives en ressources humaines en santé, qui sont mises en œuvre par les fournisseurs de services de santé locaux et l'École de médecine du Nord de l'Ontario. On s'efforce continuellement de résoudre le problème du manque d'accès aux services communautaires en ayant recours à l'attribution stratégique de financement communautaire.
Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif ?
Un accès accru aux soins primaires en utilisant des modèles novateurs (p. ex., maillons santé), la mise en œuvre des recommandations de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées, les initiatives d'adaptation des hôpitaux aux besoins des aînés, et la disponibilité régionale des ressources humaines en santé.
Commentaires supplémentaires (tout autre renseignement confirmant que l'objectif a été atteint)

2.3 Priorité 3.3 : Réduction du pourcentage de jours en attente d'un autre niveau de soins (ANS)

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DE LA PRIORITÉ RELATIVE AUX SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité relative aux services de santé intégrés :
Priorité 3.3 : Réduction du pourcentage de jours d'autres niveaux de soins (ANS)
Description de la priorité du PSSI :
Améliorer le mouvement des patients et la transition des soins dans tout le système de santé de façon intégrée, coordonnée et opportune.
Situation actuelle :
La réduction du nombre de jours pendant lesquels des personnes attendent un autre niveau de soins (ANS) est une grande priorité pour le RLISS du Nord-Ouest et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le but ultime est d'éviter le temps d'attente d'un autre niveau de soins, grâce à une augmentation de la coordination et de l'intégration des soins dans tout le système de

santé, à une amélioration du mouvement des patients tout au long du continuum de soins ainsi qu'à un investissement dans des programmes qui favorisent le retour au domicile des patients après leur séjour à l'hôpital.

- Le pourcentage de jours en attente d'un autre niveau de soins en 2012-2013 était de 16,53 %, le 3^e plus élevé dans la province ;
- En 2012-2013, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 79 % des patients en attente d'un autre niveau de soins ayant reçu leur congé de l'hôpital, et 81 % des jours en attente d'un autre niveau de soins à l'hôpital¹⁹ ;
- En 2012-2013, à leur sortie de l'hôpital, les patients en attente d'un autre niveau de soins âgés de plus de 65 ans étaient le plus fréquemment dirigés vers les soins continus complexes (37 %), suivis des services de soutien à domicile (18 %), de la réadaptation (15 %) et des soins de longue durée (15 %)²⁰ ;
- En Ontario, la cible provinciale pour les jours d'autres niveaux de soins est 9,46 %. Cette cible n'a pas été atteinte à l'échelle provinciale ni par les RLIS. La cible en pourcentage du RLIS du Nord-Ouest pour les jours en attente d'un autre niveau de soin en 2013-2014 est de 17,5 % ;
- Le manque d'accès aux ressources communautaires après le congé de l'hôpital dans les régions rurales et la capacité limitée du système constituent des défis qui contribuent au nombre de jours d'ANS dans le RLIS du Nord-Ouest ;
- La surcapacité dans le système de soins actifs, le système de soins postactifs, et le système de soins à domicile dans la ville de Thunder Bay continue d'être un défi pour le RLIS du Nord-Ouest.
 - Au seul centre de soins tertiaires de la région (Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay), les taux d'occupation ont fluctué au-dessus de 100 % au cours de la dernière année. Afin de relever ce défi, des modifications importantes doivent être apportées au système afin de s'assurer que la demande et la capacité locales pour des ressources communautaires telles que les soins de longue durée concordent de façon plus appropriée pour faciliter le cheminement des patients dans les milieux de soins actifs et postactifs.

Réussites de l'année dernière :

- En 2012-2013, la cible de l'ARMR pour le pourcentage d'ANS de 15 % a été atteinte aux trimestres 2 et 3. En 2012-2013, le pourcentage global d'ANS pour l'année de 16,53 % était dans les limites de la cible de l'ARMR de 19 % ;

¹⁹ Base de données sur les congés des patients, exercice 2012-2013. Accès par le portail Web de l'Ontario IntelliHealth, 22 juillet 2013.

²⁰ Idem

- La mise en œuvre de l'initiative Chez soi avant tout dans la ville de Thunder Bay a donné les résultats suivants, entre septembre 2010 et la fin d'avril 2013 :
 - Une réduction de 38 % des clients en attente d'un autre niveau de soins (de 87 à 54)²¹ ;
 - Une réduction de 50 % des clients en attente d'un autre niveau de soins pour des soins de longue durée (de 34 à 17)²² ;
 - Une planification conjointe des mises en congé par le milieu des soins actifs et les partenaires du système pour faire en sorte que les personnes soient dirigées en temps opportun vers un milieu approprié.
- La mise en œuvre de l'initiative Chez soi avant tout dans la ville de Kenora a donné les résultats suivants, entre novembre 2011 et la fin de mars 2013 :
 - Une réduction de 70 % des clients en attente d'un autre niveau de soins (de 24 à 7)²³ ;
 - Une réduction de 80 % des clients en attente d'un autre niveau de soins pour des soins de longue durée (de 15 à 3)²⁴ ;
 - Une planification conjointe des mises en congé par le milieu des soins actifs et les partenaires du système pour faire en sorte que les personnes soient dirigées en temps opportun vers un milieu approprié.
- Des programmes d'évaluation et de rétablissement sont offerts dans quatre communautés du RLISS du Nord-Ouest et, depuis leur mise en œuvre, ils ont permis à des aînés qui ont connu récemment un déclin fonctionnel de retrouver des forces et de retourner chez eux avec et sans soutien :
 - Environ 65 % des participants au programme ont pu retourner chez eux avec et sans soutien après un séjour moyen de 30 jours. Tous les participants au programme ont démontré une amélioration de leur mesure d'indépendance fonctionnelle au moment de leur congé du programme.
- Des investissements ont été faits pour accroître les services de soutien communautaire partout dans le RLISS visant à réduire les jours en attente d'un autre niveau de soin, y compris ce qui suit :
 - Un investissement de 565 000 \$ dans le CASC du Nord-Ouest afin d'augmenter de 19 727 heures les heures des préposés aux services de soutien à la personne ;

²¹ Internal *Home First* Hospital Reporting Dashboard (tableaux de bord des rapports hospitaliers internes sur l'initiative Chez soi avant tout)

²² Idem

²³ Idem

²⁴ Idem

- Un investissement de 1 770 444 \$ dans le CASC du Nord-Ouest afin de soutenir les gains obtenus par la mise en œuvre de la philosophie Chez soi avant tout. Cet investissement, qui est accordé à plusieurs services, tels les soins infirmiers, l'aide ménagère et la physiothérapie, permettra à un plus grand nombre d'aînés de vieillir à la maison s'ils le préfèrent ;
 - Un investissement de 800 000 \$ dans le CASC du Nord-Ouest avec le Programme de financement axé sur les résultats des services des urgences visant à améliorer le cheminement dans le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay ;
 - Un investissement de 255 000 \$ dans l'organisme Services aux victimes de traumatismes crâniens du Nord de l'Ontario (BISNO) afin d'offrir deux unités supplémentaires de services d'aide à la vie autonome pour les personnes souffrant d'un traumatisme crânien ;
 - Un investissement de 131 000 \$ dans l'organisme HAGI Community Services for Independence afin d'offrir deux unités supplémentaires de services d'aide à la vie autonome pour les personnes atteintes d'incapacités physiques ;
 - Un investissement de 24 000 \$ dans le Conseil de gestion du foyer pour personnes âgées du district de Kenora afin d'offrir deux unités supplémentaires de services d'aide à la vie autonome pour les aînés à risque élevé.
- Depuis l'exercice 2010-2011, le RLISS du Nord-Ouest a investi un total de 183 nouvelles unités d'aide à la vie autonome pour les aînés à risque élevé (une augmentation de 63 %). En plus de cet investissement, on a créé au cours de cette même période 16 nouvelles unités de services d'aide à la vie autonome pour les personnes atteintes de traumatismes crâniens et d'incapacités physiques ;
 - L'équipe d'intervention infirmière a été élargie pour inclure tous les foyers de soins de longue durée dans la ville de Thunder Bay.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectifs

1. Maintenir les gains réalisés quant à la réduction des jours en attente d'un autre niveau de soins grâce à l'adoption de la philosophie « Chez soi avant tout ».
2. Réduire le nombre de jours en attente d'un autre niveau de soins à l'hôpital, et augmenter le nombre de jours passés à domicile par les résidents du RLISS du Nord-Ouest.
3. Améliorer la transition des soins et le mouvement des patients dans tout le système de santé.

Conformité avec les priorités du gouvernement :						
Ces objectifs sont conformes aux priorités locales énoncées dans le PSSI 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest, au Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé et aux impératifs collectifs du système du RLISS. Les mesures décrites dans ce plan visent surtout à améliorer l'accès aux soins et à faire en sorte que les clients reçoivent de bons soins, au bon moment, au bon endroit. Il s'agit notamment : ▪ d'améliorer l'accès aux soins à l'hôpital en réduisant le temps passé par les patients qui s'y trouvent à attendre un autre niveau de soins; ▪ d'améliorer l'expérience de soins des patients et la qualité des soins.						
Plans d'action/Interventions						
Cette section indique de quelle façon vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir des détails sur les plans d'action/interventions pour les objectifs énumérés précédemment. Les plans d'action doivent englober les activités menées au cours des trois prochaines années en mettant l'accent sur les mesures qui seront mises en œuvre en grande partie au cours de l'année qui vient.						
Plans d'action « Nous accomplirons ce qui suit »	Indiquez à quelle étape se trouve le projet (Pas encore commencé, En cours, Reporté ou Complété) et, s'il y a lieu, le pourcentage du projet qui devrait être réalisé au cours de chacune des trois prochaines années. Ainsi, si l'objectif est de réaliser 75 % du projet au bout de trois ans et que la réalisation est répartie également chaque année, indiquez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		2015-2016		2016-2017	
	Étape	%	Étape	%	Étape	%
Mettre en application des stratégies qui améliorent les processus de planification des mises en congé et soutiennent le programme Chez soi avant tout à l'échelle des centres locaux de soins de santé, des districts et de la région : ▪ Continuer à favoriser les initiatives intersectorielles liées à Chez soi avant tout.	En cours	30 %	En cours	40 %	Complété	30 %
Inviter les communautés locales et les fournisseurs de soins de santé à mener une évaluation détaillée des besoins visant à harmoniser la capacité locale afin de réduire le nombre de jours en attente d'un autre niveau de soins :	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %

▪ Mettre l'accent sur les recommandations visant à combler l'écart entre l'offre et la demande pour les ressources en santé.						
Mettre en application un modèle de services de soins de longue durée à l'échelle des centres locaux de soins de santé, des districts et de la région du RLISS du Nord-Ouest : ▪ Réharmoniser les services de soins de longue durée à l'échelle des centres locaux de soins de santé et des districts d'après le plan de services de soins de longue durée. ▪ Se servir des données probantes du plan pour la prise de décisions quant au financement des services aux aînés.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Mettre en œuvre les recommandations pertinentes de la Stratégie pour le bien-être des personnes âgées de l'Ontario, qui visent à améliorer la qualité de la transition des soins à l'échelle des centres locaux de soins de santé, des districts et de la région.	En cours	25 %	En cours	25 %	En cours	25 %
Comment évaluerons-nous la réussite ?						
▪ Le pourcentage des jours en attente d'un autre niveau de soins (ANS). ▪ Les taux d'ANS. ▪ Le nombre de dossiers ANS ouverts dans les milieux de soins actifs et postactifs. ▪ Le taux d'occupation de 90 % dans l'hôpital de soins tertiaires (Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay). ▪ Le temps d'attente du 90^e percentile pour un autre niveau de soins dans le cas de patients ayant reçu leur congé. ▪ Le temps d'attente du 90^e percentile pour des services à domicile du CASC : à partir de la demande du milieu communautaire jusqu'à l'instauration du service du CASC (à l'exclusion de la prise en charge du cas). ▪ Le nombre de visites à domicile et d'heures pour chaque genre de service : visite de						

personnel infirmier; services infirmiers par quarts; services de nutrition, de diététique, de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de travail social, d'aide ménagère ou de soutien personnel. ▪ Le pourcentage de progrès réalisé pour en arriver à un continuum de services idéal pour les services de longue durée selon le plan local du RLIS du Nord-Ouest. ▪ Le pourcentage de placements dans le milieu de soins le plus approprié en fonction de la gravité du cas du patient ou du client. ▪ Le temps d'attente pour certains services communautaires : du milieu des soins de longue durée vers un placement (tous les choix); prise en charge de cas par le CASC; aide à la vie autonome; services de soutien communautaire; services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. ▪ La réduction du nombre de visites aux services des urgences par des résidents de foyers de soins de longue durée. ▪ Les clients nécessitant d'autres niveaux de soins désignés de façon appropriée pour recevoir des soins de longue durée, d'après une évaluation fondée sur le pourcentage de personnes admises aux soins de longue durée avec un score MAPLe d'élevé à très élevé. ▪ Les clients nécessitant d'autres niveaux de soins désignés de façon appropriée pour recevoir des soins de longue durée. ▪ Un volume accru de services d'aide à la vie autonome et de soutien communautaire pour les aînés à risque élevé. ▪ Une surveillance et une évaluation continues des niveaux d'autres soins dans les hôpitaux de la région.
Quels risques et obstacles nuiraient à une mise en œuvre réussie ?
Le manque d'accès aux soins primaires et les soutiens communautaires limités (soit le logement avec services de soutien, l'aide à la vie autonome et les services de soutien tels que l'aide ménagère, le transport, etc.) sont des obstacles liés au système qui continueront à avoir une incidence sur les jours en attente d'un autre niveau de soins (ANS) dans le RLIS du Nord-Ouest. Les ressources humaines en santé limitées pourraient représenter des défis pour l'élargissement des soins communautaires.
Pour chaque risque ou obstacle, veuillez décrire le plan nécessaire afin d'atténuer le risque.
On s'efforce de résoudre le problème du manque d'accès aux soins primaires en ayant recours au programme des maillons santé ainsi qu'à un certain nombre d'initiatives en ressources humaines en santé, qui sont mises en œuvre par les fournisseurs de services de santé locaux et l'École de médecine du Nord de l'Ontario. On s'efforce de résoudre le manque de services communautaires sur une base continue en ayant recours à l'attribution stratégique de financement communautaire, à la restructuration du système de santé local d'après le Plan directeur pour les services de santé, et à la mise en œuvre d'un plan de services de soins de longue durée.

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif ?
L'initiative Chez soi avant tout, un rôle plus important joué par le CASC du Nord-Ouest, la Stratégie de l'Ontario pour le bien-être des personnes âgées, le financement communautaire des autres niveaux de soins et les partenariats entre les fournisseurs de services sont les catalyseurs clés.
Commentaires supplémentaires (tout autre renseignement confirmant que l'objectif a été atteint)

2.3 Priorité 3.4 : Amélioration de l'accès aux services de soins spécialisés et de diagnostic

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DE LA PRIORITÉ RELATIVE AUX SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité relative aux services de santé intégrés :
Priorité 3.4 Amélioration de l'accès aux services de soins spécialisés et de diagnostic
Description de la priorité du PSSI :
Meilleur accès à des services de soins spécialisés et de diagnostic de qualité.
Situation actuelle :
Il est important que les patients qui ont besoin de subir une intervention, comme le remplacement d'une hanche ou d'un genou, ou un examen d'imagerie diagnostique l'obtiennent après un temps d'attente raisonnable sur le plan médical. La réduction des temps d'attente pour des interventions chirurgicales et des examens d'imagerie diagnostique est une priorité pour le RLSS du Nord-Ouest. Avec la réforme du financement, on met de plus en plus l'accent sur les actes médicaux fondés sur la qualité. En se servant des lignes directrices fondées sur des données probantes pour améliorer l'accès aux soins, faire progresser la pratique clinique, réduire la durée du séjour à l'hôpital et diminuer le coût des soins en déplaçant les soins vers la communauté, on aura des possibilités d'examiner ou d'accroître la capacité existante. Pour avoir accès à des soins spécialisés, les patients dans les régions rurales doivent parcourir de grandes distances pour se rendre à des centres où sont dispensés des soins tertiaires comme Thunder Bay, Winnipeg ou plus loin encore. Les domaines de spécialité qui sont souvent cités quand on parle de pénurie englobent la psychiatrie, les programmes de santé mentale pour les enfants et les jeunes, la dermatologie, la dialyse et les soins cardiaques. Dans le RLSS du Nord-Ouest au cours de l'exercice 2012-2013 : Le nombre réel de spécialistes a augmenté de 13,5 %, passant à 177, depuis 2010 (74/100 000).

- Neuf patients sur 10 ayant besoin d'une chirurgie liée à un cancer ont été traités en 38 jours (cible de 41 jours).
- Neuf patients sur 10 ayant besoin d'une chirurgie de la cataracte ont été traités en 111 jours (cible de 115 jours).
- Neuf patients sur 10 ayant besoin d'une chirurgie de remplacement de la hanche ont été traités en 206 jours (cible de 176 jours).
- Neuf patients sur 10 ayant besoin d'une chirurgie de remplacement du genou ont été traités en 225 jours (cible de 182 jours).
- Neuf patients sur 10 ayant besoin d'un examen par IRM diagnostique ont été traités en 114 jours (cible de 59 jours).
- Neuf patients sur 10 ayant besoin d'un examen en tomодensitométrie diagnostique ont été traités en 35 jours (cible de 28 jours).

Réussites de l'année dernière :

Au cours de l'année dernière, le RLISS du Nord-Ouest a amélioré l'accès aux services, ce qui a permis de réduire le temps d'attente des patients.

- Le RLISS du Nord-Ouest continue d'afficher un excellent résultat et demeure un chef de file provincial en ce qui concerne le pourcentage de cas de priorité IV pour lesquels l'objectif d'accès a été atteint (chirurgie liée à un cancer et chirurgie de la cataracte).
- Le Centre d'évaluation des articulations régional continue de s'efforcer à réduire le temps d'attente entre le moment où le patient est dirigé par un médecin de soins primaires vers des soins spécialisés et obtient un rendez-vous avec un spécialiste, et à réduire le nombre de cas ne nécessitant pas de chirurgie, qui sont traités par un chirurgien orthopédiste.
- L'ouverture d'une clinique interprofessionnelle pour l'évaluation et l'éducation relativement à la colonne vertébrale (Inter-Professional Spine Assessment and Education Clinic) au Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, au cours de l'exercice 2012-2013, devrait avoir un impact positif sur les personnes éprouvant des douleurs au bas du dos en simplifiant la sélection de candidats au traitement chirurgical, ainsi qu'en réduisant l'imagerie diagnostique inutile et le temps d'attente pour les personnes qui ont besoin de consulter un chirurgien orthopédiste.
- Le pourcentage de cas de priorité IV pour le remplacement des articulations dont l'objectif d'accès a été atteint (182 jours) demeure supérieur à l'ARMR en 2012-2013. Afin de relever ce défi, le RLISS du Nord-Ouest a effectué une surveillance continue et a collaboré avec des hôpitaux et des chirurgiens particuliers afin d'élaborer des stratégies axées sur la réduction de ces temps d'attente. Pendant l'exercice 2012-2013, le RLISS du Nord-Ouest a amorcé avec succès des travaux d'élaboration d'un programme régional de services orthopédiques.

- À l'endroit où s'effectue le plus grand nombre de remplacements de la hanche et du genou dans le RLISS du Nord-Ouest, on a mis en œuvre les recommandations de l'Orthopaedic Expert Panel (panel de spécialistes en orthopédie) sur la durée du séjour des patients hospitalisés et la proportion de patients dirigés vers la réadaptation extrahospitalière après avoir reçu leur congé de l'hôpital. Actuellement (quatrième trimestre, 2012-2013), 90,4 % des patients sont dirigés vers la réadaptation communautaire après avoir reçu leur congé, comparativement à 54 % au début de l'exercice 2011-2012.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectifs

- Réduire les temps d'attente pour les interventions mentionnées dans la Stratégie de réduction des temps d'attente et maintenir les gains réalisés jusqu'à présent.
- Créer un programme régional de services chirurgicaux pour le RLISS du Nord-Ouest.
- Créer un plan régional de services de diagnostic qui cadre avec la Réforme du financement du système de santé et les actes médicaux fondés sur la qualité.
- Réduire les obstacles à l'accès aux services de soins spécialisés et de diagnostic.

Conformité avec les priorités du gouvernement :

Ces objectifs sont conformes aux priorités locales énoncées dans le PSSI 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest, au Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé et aux impératifs collectifs du système du RLISS. Les mesures décrites relativement à ces objectifs visent surtout à améliorer l'accès aux soins et à faire en sorte que les clients reçoivent de bons soins, au bon moment, au bon endroit. Il s'agit notamment :

- Optimisation des ressources – Mise en œuvre de la Réforme du financement du système de santé (actes médicaux fondés sur la qualité).
- Meilleur accès aux soins – Réduction des temps d'attente pour les principales interventions.
- Optimisation des ressources – Élimination des interventions inutiles et mise en œuvre de la Réforme du financement du système de santé (actes médicaux fondés sur la qualité).
- Amélioration de l'accès aux soins à l'hôpital en réduisant le temps d'attente des patients qui s'y trouvent et devant recevoir un autre niveau de soins.

Plans d'action/Interventions						
Cette section indique de quelle façon vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir des détails sur les plans d'action/interventions pour les objectifs énumérés précédemment. Les plans d'action doivent englober les activités menées au cours des trois prochaines années en mettant l'accent sur les mesures qui seront mises en œuvre en grande partie au cours de l'année qui vient.						
Plans d'action « Nous accomplirons ce qui suit »	Indiquez à quelle étape se trouve le projet (Pas encore commencé, En cours, Reporté ou Complété) et, s'il y a lieu, le pourcentage du projet qui devrait être réalisé au cours de chacune des trois prochaines années. Ainsi, si l'objectif est de réaliser 75 % du projet au bout de trois ans et que la réalisation est répartie également chaque année, indiquez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		2015-2016		2016-2017	
	Étape	%	Étape	%	Étape	%
Surveiller activement les temps d'attente pour les interventions mentionnées dans la Stratégie de réduction des temps d'attente et l'ARMR, et produire des rapports à leur sujet : Déterminer les raisons pour lesquelles les cibles ne sont pas atteintes et intervenir de façon appropriée pour régler cette question.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Élaborer et mettre en œuvre le programme régional de services chirurgicaux : Commencer par un modèle de prestation de services orthopédiques intégrés	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Favoriser l'application de processus et cheminement cliniques destinés à améliorer le mouvement des patients tout au long du continuum de soins spécialisés en mettant l'accent sur les soins appropriés : Mettre l'accent sur l'élargissement du modèle du centre d'évaluation des articulations et de la colonne vertébrale.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %

Travailler avec les hôpitaux et les milieux de soins primaires en vue de réduire le nombre d'aiguillages inappropriés effectués par les fournisseurs de soins primaires pour des services d'imagerie.	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %
Mettre en application des modèles novateurs qui permettent d'accéder à des soins spécialisés plus près de chez soi (p. ex., télémédecine, télésoins à domicile)	En cours	20 %	En cours	20 %	En cours	20 %

Comment évaluerons-nous la réussite ?

On s'attend à une hausse de la demande de services chirurgicaux et de diagnostic dont le recours est lié à l'âge, tandis que les ressources disponibles resteront sensiblement les mêmes. Il est donc crucial que les changements soient axés sur la qualité et l'efficacité des services chirurgicaux. La réussite sera évaluée en fonction de ce qui suit :

- Le maintien des temps d'attente pour les interventions qui correspondent aux attentes de l'ARMR quant au rendement.
- Le pourcentage global de patients devant subir une intervention chirurgicale traités en respectant la cible des pratiques cliniques exemplaires.
- Le pourcentage global de patients ayant besoin d'un diagnostic traités en respectant la cible des pratiques cliniques exemplaires.
- Le pourcentage d'examens par IRM diagnostique faits en respectant les cibles fixées par priorité.
- Le pourcentage d'examens en tomodensitométrie diagnostique faits en respectant les cibles fixées par priorité.
- Le pourcentage de chirurgies de remplacement de la hanche faites en respectant les cibles fixées par priorité.
- Le pourcentage de chirurgies de remplacement du genou faites en respectant les cibles fixées par priorité.
- Le pourcentage de chirurgies de la cataracte faites en respectant les cibles fixées par priorité.
- La réduction des temps d'attente pour des interventions qui sont au-dessus des cibles de l'ARMR.
- La réduction des temps d'attente pour les examens d'imagerie diagnostique qui sont au-dessus des cibles de l'ARMR.

- La réduction du nombre de jours en attente d'un autre niveau de soins et l'augmentation du nombre de jours passés à domicile par les résidents du RLISS du Nord-Ouest.
- L'amélioration des indicateurs de qualité et d'efficience inscrits sur la carte de pointage des services orthopédiques.

Quels risques et obstacles nuiraient à une mise en œuvre réussie?

Le déploiement continu d'actes médicaux fondés sur la qualité représente un risque pour certains petits hôpitaux, car dans de nombreux cas, le processus de découpage et de réinvestissement mène à une position de déficit net. Le RLISS mettra l'accent sur l'examen de la façon dont l'allocation des volumes pourrait être rajustée pour réaliser des économies et faire face à la demande croissante. De plus, la grande région géographique présente des défis quant aux économies d'échelle exigées pour dispenser des services spécialisés près du domicile des patients, et les coûts de déplacement vers un centre de santé sont très élevés.

Pour chaque risque ou obstacle, veuillez décrire le plan nécessaire afin d'atténuer le risque.

Le RLISS du Nord-Ouest procède actuellement à l'élaboration d'un plan intégré de capacité en soins orthopédiques qui, parmi d'autres résultats, sera axé sur l'examen de la façon dont l'allocation des volumes pourrait être rajustée pour réaliser des économies et faire face à la demande croissante. En outre, ce plan cherchera à trouver des solutions novatrices pour relever les défis relativement à la géographie et aux économies d'échelle, comme examiné ci-dessus. Divers programmes régionaux pour la prestation de services seront étudiés à titre de solutions harmonisées avec le modèle du Plan directeur pour les services de santé.

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif ?

Commentaires supplémentaires (tout autre renseignement confirmant que l'objectif a été atteint)

2.3 Priorité 3.5 : Amélioration de l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DE LA PRIORITÉ RELATIVE AUX SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité relative aux services de santé intégrés:
Priorité 3.5 : Amélioration de l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances
Description de la priorité du PSSI :
Améliorer la qualité de vie des personnes ayant une maladie mentale ou des troubles de santé mentale
Situation actuelle :
En raison du manque de services spécialisés dans la plupart des collectivités, on a décelé des problèmes d'accès aux services de santé mentale pour les patients en état de crise ou en sevrage et ceux qui ont besoin de soins spécialisés, de soins transitoires, de logement avec services de soutien et de services de consultation sans rendez-vous. Il s'agit d'un problème particulier dans les communautés des Premières Nations éloignées où les maladies mentales et les dépendances sont souvent observées. Actuellement, il se peut que les transitions entre les milieux de soins ne soient pas sans problèmes. Il existe des lacunes dans les soins. Les liens entre l'adolescence et l'état de jeune adulte ne sont pas serrés et les solutions après les soins sont très limitées, particulièrement dans les communautés des Premières Nations éloignées qui ne sont accessibles que par avion. Dans ce contexte complexe, on observe une demande croissante pour des services. La population vieillissante contribue à faire augmenter les pressions liées à la démence et aux comportements réactifs qui y sont associés. Le RLISS continue de renforcer la capacité communautaire à composer avec la démence et les comportements réactifs qui y sont associés chez les adultes plus âgés, en appuyant les travaux de la stratégie ontarienne de soutien en cas de troubles du comportement. Données précises sur la situation actuelle: ▪ Les résidents du RLISS du Nord-Ouest représentent 11,6 % des clients provinciaux des programmes communautaires de lutte contre les dépendances, mais la population de la région du RLISS ne compte que pour 1,8 % de la population totale de la province. ▪ Le coût par personne recevant des services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans le RLISS du Nord-Ouest se classe au deuxième rang parmi les plus élevés de tous les RLISS, et est deux fois plus élevé que la moyenne provinciale (94 \$ pour le RLISS du Nord-Ouest comparativement à 47 \$ à l'échelle de la province).

- Les taux d'hospitalisation pour maladie mentale sont le double de ceux de la province (865/100 000 habitants de 15 ans et plus comparativement à 409/100 000 habitants de 15 ans et plus à l'échelle de la province).
- Les admissions normalisées en fonction de l'âge dans les unités de soins actifs en santé mentale pour patients adultes de l'Annexe 1 sont 1,8 fois plus élevées que la moyenne provinciale (58,9 par 10 000 habitants comparativement à 33,0 par 10 000 habitants à l'échelle de la province).
- Les jours d'hospitalisation normalisés en fonction de l'âge dans les unités de soins actifs en santé mentale pour patients adultes de l'Annexe 1 sont 1,3 fois plus élevés que la moyenne provinciale (689 jours par 10 000 habitants comparativement à 528 jours par 10 000 habitants à l'échelle de la province).
- Les taux de syndrome d'abstinence néonatal (SAN) chez les nouveau-nés de la région du RLISS du Nord-Ouest sont beaucoup plus élevés que la moyenne provinciale (de 2007-2009, 2,7 % des nouveau-nés de résidentes du RLISS du Nord-Ouest présentaient le SAN comparativement à 0,2 % à l'échelle de la province).
- Les taux de suicide sont très élevés dans certaines communautés des Premières Nations comparativement à ceux observés dans la population non autochtone.

Rendement par rapport aux cibles de l'ARMR :

- Les visites répétitives et non prévues aux services des urgences dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale se situaient à 19,7 % au cours du plus récent trimestre (T2, 2012-2013), pourcentage supérieur au trimestre précédent et au rendement acceptable de 18 %.
- Les visites répétitives et non prévues aux services des urgences dans les 30 jours pour des problèmes de dépendances se situaient à 29,2 % au cours du plus récent trimestre (T2, 2012-2013), pourcentage supérieur au trimestre précédent et correspondant tout juste au rendement acceptable de 29,3 %.

Réussites de l'année dernière :

- Le plan d'action lié au Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement pour le RLISS du Nord-Ouest a été mis en œuvre, ce qui a permis d'améliorer les soins pour les résidents ayant des comportements réactifs. Le service régional de santé comportementale a été établi et des équipes mobiles pour les réseaux de district intégrés de Thunder Bay et de Kenora/Rainy River ont été constituées pour aider les foyers de soins de longue durée à composer avec les patients ayant des comportements réactifs, réduisant ainsi la nécessité de les déplacer vers des soins actifs.
- Le RLISS du Nord-Ouest a effectué une analyse de la demande/capacité pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Cette analyse permettra d'éclairer l'élaboration de la stratégie afin de combler les lacunes dans les services et de réduire l'utilisation des services des urgences pour les problèmes de santé mentale ou de dépendances.

- Le RLISS du Nord-Ouest a collaboré avec le St. Joseph's Care Group Balmoral Centre pour améliorer la gestion du sevrage et les services de stabilisation de crise dans la ville de Thunder Bay, afin de réduire le recours aux services des urgences et aux lits de santé mentale pour patients adultes hospitalisés.
- Une initiative de collaboration pour les services a été mise en œuvre à Thunder Bay. Cette initiative est axée sur les enfants et les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale et de dépendances. Une deuxième initiative de collaboration axée sur le système de justice sera mise en œuvre au cours du présent exercice à Kenora.
- Au quatrième trimestre de 2012-2013, on a approuvé la constitution de deux équipes communautaires de développement du bien-être. Ces équipes visent à élaborer des plans communautaires pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances en travaillant avec les communautés des Premières Nations du RLISS du Nord-Ouest.
- Deux nouvelles initiatives ont été financées et mises en œuvre pour appuyer les programmes et les services à l'intention des mères ayant une dépendance aux opioïdes.
- Le CASC du Nord-Ouest a mis en œuvre un nouveau programme avec du personnel infirmier en santé mentale travaillant dans des écoles du territoire du RLISS en collaboration avec des partenaires au sein du système.
- Une relation de travail est en cours d'élaboration entre le RLISS du Nord-Ouest et Santé Canada pour tenter de traiter les problèmes de santé mentale et de dépendances chez les Autochtones.
- L'accès à la télépsychiatrie a été accru dans trois communautés rurales.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION

Objectifs

1. Créer un modèle de soins intégrés pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, qui inclut les communautés des Premières Nations.
2. Faciliter le recours aux cheminement de soins pour les maladies mentales et les troubles de santé mentale dans l'ensemble du système.
3. Réduire le recours aux services des urgences et les hospitalisations évitables en raison de maladies mentales et de dépendances.
4. Accroître la dépendance à l'égard des soins primaires pour la prise en charge des maladies mentales et des troubles de santé mentale.
5. Renforcer la capacité de surveillance de l'efficacité des systèmes de santé communautaire en santé mentale, en dépendances et en jeu compulsif.

Conformité avec les priorités du gouvernement :

Ces objectifs s'alignent sur la stratégie sur dix ans du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en ce qui a trait à la santé mentale et à la lutte contre les dépendances, en particulier en vue :

- d'améliorer la santé mentale et le bien-être de toute la population de l'Ontario ;

- de fournir en temps opportun des ressources humaines en santé et autres de qualité qui sont intégrées et centrées sur la personne.

De plus, les interventions visant à réduire la dépendance aux services des urgences s'harmonisent avec l'entente de responsabilisation conclue entre le ministère et le RLSS du Nord-Ouest, qui comporte des cibles de diminution du taux de visites répétées aux services des urgences dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale et de dépendance.

En dernier lieu, ces objectifs correspondent au Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé, qui comporte les objectifs suivants :

- Améliorer l'accès aux soins primaires pour garder la population en bonne santé dans la communauté ;
- Améliorer l'expérience de soins des patients à l'aide d'un sondage sur la satisfaction du patient ;
- Augmenter les services dans la communauté en vue d'améliorer la qualité et de réduire les coûts (comparativement aux services dispensés dans des milieux de soins actifs).

Plans d'action/Interventions

Cette section indique de quelle façon vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir des détails sur les plans d'action/interventions pour les objectifs énumérés précédemment. Les plans d'action doivent englober les activités menées au cours des trois prochaines années en mettant l'accent sur les mesures qui seront mises en œuvre en grande partie au cours de l'année qui vient.

Plans d'action « Nous accomplirons ce qui suit »	Indiquez à quelle étape se trouve le projet (Pas encore commencé, En cours, Reporté ou Complété) et, s'il y a lieu, le pourcentage du projet qui devrait être réalisé au cours de chacune des trois prochaines années. Ainsi, si l'objectif est de réaliser 75 % du projet au bout de trois ans et que la réalisation est répartie également chaque année, indiquez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		2015-2016		2016-2017	
	Étape	%	Étape	%	Étape	%
Mettre en application un modèle intégré de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances à l'échelle des centres locaux de soins de santé, des districts et de la région, y compris : ▪ Renforcer le soutien en cas de troubles du comportement pour les personnes âgées : – Établissement d'une unité de soins spécialisés à long terme pour les personnes âgées qui	Complété	100 %				

ont des comportements réactifs ;							
- Établissement d'une « salle virtuelle » en ayant recours à des équipes mobiles et à la télémedecine ;	Complété	100 %					
- Établissement d'un service central d'admission dans la ville de Thunder Bay pour des services psychogériatriques.	Complété	100 %					
▪ Mettre sur pied des services de soins actifs en santé mentale pour patients adultes : - Établissement de protocoles d'admission, de mises en congé et de transferts normalisés entre les emplacements ;	En cours	50 %	Complété	50 %			
- Élaboration d'un plan régional de désengorgement des urgences en santé mentale et lutte contre les dépendances ;	Complété	100 %					
- Établissement de protocoles de soins uniformes pour la schizophrénie, les troubles de l'humeur et les dépendances.	En cours	50 %	Complété	50 %			
Établir des cartes et des plans régionaux normalisés de soins communautaires pour les niveaux de services par réseau de district intégré (au besoin). Ceux-ci seront élargis en fonction de l'analyse de la demande et de la capacité pour la santé mentale et les dépendances en repérant des programmes précis pour chacun des volets suivants :							

▪ Dépendances ;	Complété	100 %				
▪ Troubles de l'humeur ;	En cours	50 %	Complété	50 %		
▪ Schizophrénie.			En cours	50 %	Complété	50 %
Établir des plans régionaux relatifs aux sevrages, aux crises et à la stabilisation pour : ▪ les réseaux de district intégrés de Kenora, Rainy River et du Nord ;	En cours	50 %	Complété	50 %		
▪ le réseau de district intégré de la ville de Thunder Bay ;	En cours	25 %	Complété	75 %		
▪ le réseau de district intégré du district de Thunder Bay.			En cours	25 %	Complété	75 %
Mettre en place des modèles de soins partagés afin d'améliorer l'accès aux soins primaires pour les maladies mentales et les troubles de santé mentale : ▪ Évaluation de la capacité et plan pour régler la question des lacunes du système dans le réseau de district intégré de la ville de Thunder Bay ;	Complété	100 %				
▪ Mise en œuvre du plan.			En cours	50 %	Complété	50 %
▪ Élargissement des modèles de soins partagés partout dans le RLISS du Nord-Ouest.	En cours	33 %	En cours	33 %	Complété	34 %
Mettre en application un plan d'amélioration des données en santé pour le RLISS du Nord-Ouest : ▪ Établissement d'un cadre pour un examen annuel des données et mise en application de ce cadre ;	Complété	100 %				
▪ Établissement d'un cadre de surveillance des résultats pour la santé mentale communautaire dans le RLISS du Nord-Ouest.			En cours	50 %	Complété	50 %

Comment évaluerons-nous la réussite ?
▪ Les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances sont harmonisés avec la stratégie provinciale. ▪ La réduction du nombre de visites répétées et non prévues aux services des urgences dans les 30 jours pour des problèmes de dépendances. ▪ La réduction du nombre de visites répétées et non prévues aux services des urgences dans les 30 jours pour des problèmes de santé mentale. ▪ La réduction des taux de réadmission dans les 30 jours liés aux maladies mentales. ▪ La réduction du taux d'admission par 100 000 habitants et des jours de soins actifs en santé mentale pour les patients adultes dans les établissements de l'Annexe 1. ▪ La réduction du taux de naissances vivantes avec le syndrome d'abstinence néonatal. ▪ La réduction du coût des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances par personne traitée. ▪ La réduction du nombre de transferts d'un foyer de soins de longue durée et de la communauté à un milieu de soins actifs pour des troubles liés aux comportements réactifs de personnes âgées. ▪ L'augmentation des visites et des personnes traitées pour des problèmes de santé mentale et de dépendances dans des milieux de soins primaires. ▪ L'augmentation de l'accès à des soins spécialisés par la télépsychiatrie. ▪ L'amélioration de l'accès aux soins dans les communautés des Premières Nations.
Quels risques et obstacles nuiraient à une mise en œuvre réussie ?
Les ressources humaines en santé limitées pourraient présenter des défis pour l'élargissement de la portée des soins communautaires. Il pourrait être difficile de combler les lacunes décelées quant aux niveaux de services en raison du manque de financement disponible.
Pour chaque risque ou obstacle, veuillez décrire le plan nécessaire afin d'atténuer le risque.
Le RLIS du Nord-Ouest veillera à ce que suffisamment de ressources soient acquises grâce à des initiatives de financement, telles que les affectations de fonds communautaires, pour obtenir les résultats souhaités. De même, des économies de système seront obtenues par la mise en œuvre du Plan directeur pour les services de santé, menant à l'intégration et à la réorientation des fonds qui passeront de l'administration aux soins offerts directement au patient.
Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif ?
▪ Une analyse de la demande et de la capacité réalisée et validée pour le RLIS du Nord-Ouest. ▪ La mise en œuvre de l'Évaluation commune des besoins en Ontario dans le RLIS du Nord-Ouest, y compris l'accès à l'information à l'aide du Dossier d'évaluation médicale intégrée. ▪ L'intégration de la santé mentale dans les soins primaires au sein du RLIS du Nord-Ouest, y compris les médecins qui offrent des soins dans les communautés des Premières Nations.

2.4 Priorité 4 : Hausse de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques

PARTIE 1 : ÉTABLISSEMENT DE LA PRIORITÉ RELATIVE AUX SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS
Priorité relative aux services de santé intégrés :
Priorité 4 : Hausse de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques
Description de la priorité du PSSI :
Établir une culture d'amélioration continue de la qualité pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques dans le continuum de soins.
Situation actuelle :
Tenant compte de l'incidence considérable des maladies chroniques sur la santé de la population, la qualité de l'expérience des patients et l'utilisation efficace et efficiente du système de santé, le RLISS du Nord-Ouest a déterminé que la prévention et la prise en charge des maladies chroniques seraient une priorité importante pour le changement dans le PSSI 2013-2016. La population du RLISS du Nord-Ouest n'est pas en aussi bonne santé que la population de la province pour certains aspects. Un mauvais état de santé relatif, un accès limité aux services et un manque de connaissances en santé mènent à un recours considérablement plus élevé de soins actifs pour gérer les problèmes chroniques. Cette situation est démontrée par ce qui suit : ▪ Les taux de diabète dans la population autochtone sont de deux à trois fois plus élevés que dans la population générale ; ▪ Le recours aux soins actifs pour la prise en charge du diabète est environ le double du taux provincial ; ▪ L'accès aux services de prise en charge des maladies chroniques est limité dans les communautés éloignées ; ▪ Les taux d'amputation sont 2,7 fois les taux moyens pour la province ; ▪ 27 % des admissions pour une insuffisance cardiaque congestive et 23 % des admissions pour une maladie pulmonaire obstructive chronique aboutissent à une réadmission pour la même affection ; ▪ Les personnes souffrant de maladies chroniques au stade terminal ne sont souvent pas transférées à des soins palliatifs. Dans le RLISS du Nord-Ouest, les domaines à améliorer au cours des trois prochaines années incluent de meilleurs résultats pour les personnes souffrant d'une maladie chronique, et une réduction du recours aux soins actifs pour la prise en charge des maladies chroniques.

Voici ce qui limite principalement l'amélioration des résultats pour les personnes ayant des maladies chroniques :

- Accès limité aux soins primaires et spécialisés surtout dans les communautés des Premières Nations éloignées.
- Choix de modes de vie et niveau socio-économique bas menant à des résultats médiocres pour la santé et à l'apparition précoce de maladies chroniques.
- Manque de connaissances en santé.
- Difficulté à s'y retrouver dans le système, défis à relever dans la transition entre les soins.
- Accès à des programmes de prise en charge des maladies chroniques de qualité dans la communauté.
- Masse critique limitée pour créer des programmes communautaires.
- Accès à des services de chirurgie vasculaire et cardiovasculaire exigeant des déplacements à l'extérieur du RLSS du Nord-Ouest.
- Les problèmes juridiques liés à la prestation de services de santé dans les communautés des Premières Nations exigent des stratégies conjointes des gouvernements fédéral et provincial.
- La prestation de services spécialisés à des sous-populations (p. ex. les personnes souffrant d'un traumatisme crânien, d'un ensemble de troubles causés par l'alcoolisation fœtale) comporte des défis étant donné le contexte de soins généraux.

Réussites de l'année dernière :

Approches novatrices des soins.

- L'initiative de télésoins à domicile a été élargie et un nouveau programme d'autogestion est maintenant offert depuis le mois de novembre aux personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique et d'insuffisance cardiaque congestive. L'amélioration de l'autoefficacité et des connaissances en santé menant à une réduction du recours aux soins actifs est le résultat prévu. Ce programme, une initiative provinciale de télésoins de l'étape 2, est un effort collaboratif entre Télésanté Ontario, le CASC du Nord-Ouest et le RLSS du Nord-Ouest. Jusqu'à 300 personnes par an pourront utiliser le programme lorsqu'il sera complètement fonctionnel.
- On a poursuivi l'exploitation et l'expansion régionale de l'initiative de télésoins pour les cas de maladie pulmonaire obstructive chronique et d'insuffisance cardiaque congestive, à laquelle participent 200 personnes qui souffrent de problèmes chroniques avancés à domicile. Ce programme a permis d'obtenir une réduction de 20 % des réadmissions.
- Les services de l'unité mobile du diabète ont été élargis pour inclure les soins des pieds et le traitement des plaies en plus de la prise en charge des besoins médicaux et nutritionnels de base de plus de 200 diabétiques dans neuf communautés rurales.

La prise en charge du diabète a été améliorée.

- Un service satellite a été établi au Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout pour dispenser des soins actifs aux diabétiques du Réseau de district intégré du Nord, où les taux de diabète sont de deux à trois fois plus élevés que dans l'ensemble de la population.

- Une formation a été offerte à plus de 300 professionnels de la santé pour le soutien de la prise en charge personnelle.
- Des liens et des transitions entre les programmes d'autogestion, les soins primaires et les télésoins à domicile ont été établis.
- Des programmes d'éducation en matière de diabète du Réseau-santé du diabète du Nord ont été transférés au RLISS du Nord-Ouest.
- Le mandat du centre régional de coordination de la lutte contre le diabète a été transféré avec succès au RLISS du Nord-Ouest.
- Cinq séances de schématisation de la chaîne de valeur axée sur le patient ont été réalisées en collaboration avec Qualité des services de santé Ontario, pour chaque réseau de district intégré du RLISS du Nord-Ouest afin d'établir un état de base actuel pour les soins du diabète et créer un schéma de l'état futur souhaité.
- Un responsable des soins primaires et des soins spécialisés pour la prise en charge du diabète et des maladies chroniques a été recruté afin d'accroître l'adoption de pratiques en soins primaires fondées sur des données probantes.
- Une intégration améliorée des programmes éducatifs sur le diabète est en cours dans l'ensemble du RLISS du Nord-Ouest.
- Un forum régional a accueilli les fournisseurs dans le but d'encourager l'amélioration de la qualité des soins du diabète.
- Les services de soins des pieds ont été élargis afin que 100 personnes diabétiques supplémentaires à risque élevé puissent en bénéficier.
- Afin d'améliorer la régulation de la glycémie, le test glycémique a été introduit dans les programmes éducatifs sur le diabète au point de service et dans des communautés sélectionnées des Premières Nations.

Autres

- Améliorations dans les soins de l'AVC, y compris : une réduction significative du nombre médian de jours entre le début des symptômes d'un AVC et l'admission à un service de réadaptation pour patients hospitalisés, passant de 15 jours à 10,5 jours, et une réduction de la proportion de personnes ayant reçu leur congé, qui sont dirigées des soins actifs vers les SLD ou les SCC, passant de 6,6 % à 5,3 %.
- L'élaboration d'un cheminement de soins commun pour la MPOC.
- Un plan régional de soins palliatifs qui met l'accent sur la maladie chronique en phase terminale a été créé.

PARTIE 2 : OBJECTIFS et PLANS D'ACTION**Objectifs**

1. Réduire la prévalence des maladies chroniques grâce à l'élargissement et l'intégration des initiatives de prévention primaire.
2. Accroître l'adoption de pratiques ciblées, fondées sur des données probantes, pour la prise en charge des maladies chroniques dans les soins primaires et les programmes communautaires.
3. Réduire le recours évitable aux soins actifs pour des maladies chroniques ciblées à fort impact (insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète) grâce à l'amélioration du soutien pour la prise en charge des maladies chroniques dans la communauté.
4. Intégrer des programmes régionaux pour la prise en charge des maladies chroniques, à commencer par les maladies vasculaires intégrées, l'éducation en matière de diabète et la prise en charge de cette maladie, la maladie pulmonaire obstructive chronique et les soins palliatifs.
5. Renforcer la capacité de prise en charge personnelle chez les cliniciens et les résidents de la région du RLSS du Nord-Ouest.
6. Utiliser la technologie de façon novatrice afin d'améliorer l'accès à des soins de qualité plus près du domicile.

Conformité avec les priorités du gouvernement :

Ces objectifs s'alignent sur les priorités clés du gouvernement. L'accès aux soins primaires sera appuyé par l'amélioration des programmes communautaires pour la prise en charge de maladies chroniques et le recours novateur à la technologie pour dispenser des soins plus près du domicile. Les programmes régionaux intégrés faciliteront les transitions dans le continuum de soins des personnes ayant des affections chroniques. L'amélioration de la qualité grâce à l'instauration de plus de programmes fondés sur des données probantes et la capacité accrue quant à la prise en charge personnelle concordent avec la mise en œuvre du cadre pour les soins des maladies chroniques adopté par la province.

Plans d'action/Interventions						
Cette section indique de quelle façon vous atteindrez vos objectifs. Veuillez fournir des détails sur les plans d'action/interventions pour les objectifs énumérés précédemment. Les plans d'action doivent englober les activités menées au cours des trois prochaines années en mettant l'accent sur les mesures qui seront mises en œuvre en grande partie au cours de l'année qui vient.						
Plans d'action « Nous accomplirons ce qui suit »	Indiquez à quelle étape se trouve le projet (Pas encore commencé, En cours, Reporté ou Complété) et, s'il y a lieu, le pourcentage du projet qui devrait être réalisé au cours de chacune des trois prochaines années. Ainsi, si l'objectif est de réaliser 75 % du projet au bout de trois ans et que la réalisation est répartie également chaque année, indiquez 25 % dans chaque colonne.					
	2014-2015		2015-2016		2016-2017	
	Étape	%	Étape	%	Étape	%
Favoriser les initiatives qui améliorent la santé de la population, à commencer par:	Complété	100 %				
la mise en œuvre de programmes de prévention des chutes ;						
l'achèvement des plans et de l'initiative de participation communautaire pour une meilleure intégration des services aux diabétiques dans le RLISS du Nord-Ouest ;			Complété	10 %		
la mise en œuvre de plans pour améliorer l'intégration des services aux diabétiques à l'échelle des centres locaux de soins de santé et des réseaux de district intégrés dans l'ensemble du RLISS du Nord-Ouest.			En cours	90 %	Complété	10 %
Mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité des soins primaires et des programmes de soins communautaires pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques	En cours	30 %	En cours	30 %	En cours	30 %

Élaborer et mettre en œuvre une approche intégrée pour la transition des soins dans les populations cibles à fort impact ayant les maladies suivantes : ▪ insuffisance cardiaque congestive ;	En cours	40 %	En cours	40 %	Complété	20 %
▪ maladie pulmonaire obstructive chronique ;	En cours	40 %	En cours	40 %	Complété	20 %
▪ diabète.	Complété	100 %				
Concevoir et mettre en œuvre des modèles régionaux de soins pour : ▪ les soins palliatifs qui ciblent les maladies chroniques au stade terminal ;	En cours	40 %	Complété	60 %		
▪ l'éducation en matière de diabète et la prise en charge de cette maladie, dont l'établissement de groupes de travail dans chaque centre local de soins de santé et d'un cheminement de soins normalisé ;	Complété	100 %				
▪ l'harmonisation de la santé vasculaire ainsi que de la prise en charge de l'AVC et de la néphropathie en phase terminale avec l'élaboration d'une stratégie provinciale.	En cours	20 %	En cours	40 %	Complété	40 %
Renforcer les capacités de prise en charge personnelle et les connaissances en santé grâce à un accès accru aux programmes.	En cours	30 %	En cours	30 %	Complété	40 %
Accroître le recours aux télésoins à domicile grâce à : ▪ la mise en œuvre d'un nouveau modèle pour les clients ayant des problèmes chroniques de niveau modéré ;	En cours	80 %	Complété	20 %		

l'élargissement du modèle pour inclure la prise en charge du diabète ;	En cours	30 %	En cours	40 %	Complété	30 %
l'offre de services dans le continuum de soins.	En cours	20 %	En cours	30 %	Complété	50 %
Comment évaluerons-nous la réussite ?						
- La réduction de 20 % des réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours pour l'insuffisance cardiaque congestive, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète et les affections comorbides connexes dans les populations ciblées. - La réduction de 20 % du nombre de visites aux services des urgences pour des cas d'hyper/hypoglycémie parmi les diabétiques de 18 ans et plus. - Une réduction de 50 % du taux d'amputation associé au diabète d'ici à 2018. 100 nouveaux patients ayant une maladie chronique inscrits à télésoins à domicile. - La mise en œuvre réussie des modèles de soins régionaux pour les soins palliatifs, le diabète et la santé vasculaire. - L'adoption de la dialyse à domicile dans chaque réseau de district intégré du RLSS du Nord-Ouest. - Une réduction de 10 % du nombre de patients recevant des soins palliatifs qui meurent dans un milieu de soins actifs. - Une espérance de vie améliorée tenant compte de la qualité. - La réduction de 10 % du taux de mortalité pour les cas potentiellement évitables. - La réduction de 10 % des chutes chez les personnes de plus de 65 ans qui se présentent aux services des urgences, dans l'année suivant la mise en œuvre du programme. - Une réduction de 10 % du taux d'admission à l'hôpital en raison d'un AVC ou d'un accident ischémique transitoire.						
Quels risques et obstacles nuiraient à une mise en œuvre réussie ?						
Capacité suffisante chez les fournisseurs de services de santé pour effectuer les changements nécessaires.						
Pour chaque risque ou obstacle, veuillez décrire le plan nécessaire afin d'atténuer le risque.						
Participer aux efforts continus et soutenus de recrutement et de maintien en poste des ressources humaines.						
Utiliser l'étude sur les ressources humaines en santé, terminée cette année, pour soutenir une capacité suffisante chez les fournisseurs de services de santé.						

Quels sont certains des outils clés qui nous permettraient d'atteindre notre objectif ?

- La restructuration des services et des programmes à l'échelle des centres locaux de soins de santé, des districts et du programme régional conformément au Plan directeur pour les services de santé.
- La formulation du rôle du petit hôpital rural dans le Plan directeur pour les services de santé.
- La planification conjointe avec Santé Canada et d'autres partenaires du système, y compris la santé publique.

3.0 Dotation en personnel et fonctionnement du RLISS

Plan des dépenses de fonctionnement du RLISS

Fonctionnement du RLISS (\$)	Dépenses réelles 2013-2014	Prévisions 2014-2015	Dépenses prévues 2015-2016	Perspectives pour 2016-2017	Perspectives pour 2017-2018
Financement d'exploitation (excluant les initiatives)	4 779 592	4 779 592	4 779 592	4 779 592	4 779 592
Financement des initiatives (p. ex., cyberSanté, Vieillir chez soi, service des urgences, temps d'attente, etc.)	2 261 914	2 164 570	2 164 570	2 164 570	2 164 570
Salaires et rémunération	2 718 117	2 845 000	2 900 000	2 955 000	3 015 000
Avantages sociaux des employés					
HOOPP	251 342	270 000	275 000	280 000	285 000
Autres avantages	336 554	345 000	350 000	355 000	360 000
Total des avantages	587 896	615 000	625 000	635 000	645 000
Transports et communications					
Déplacements des employés	115 017	130 000	125 000	110 000	100 000
Déplacements des responsables de la gouvernance	38 164	45 000	45 000	40 000	35 000
Communications	66 287	65 000	65 000	60 000	55 000
Total des transports et des communications	219 468	240 000	235 000	210 000	190 000
Services					
Hébergement	239 800	245 000	245 000	245 000	245 000
Publicité	15 254	15 000	10 000	10 000	5 000
Honoraires d'experts-conseils	75 228	60 000	20 000	15 000	15 000
Frais de matériel	31 918	20 092	20 092	15 092	15 092
Assurance	4 446	5 000	5 000	5 000	5 000
Coûts partagés relatifs au Bureau des services partagés des RLISS	341 662	342 000	342 000	342 000	342 000
Partenariat des RLISS	47 500	47 500	47 500	47 500	47 500
Autres dépenses pour des réunions	31 128	30 000	30 000	25 000	20 000
Dépenses quotidiennes du président du conseil	23 800	25 000	25 000	25 000	20 000

Dépenses quotidiennes des autres membres du conseil	61 427	70 000	65 000	60 000	55 000
Autres coûts liés à la gouvernance	65 756	55 000	55 000	55 000	45 000
Impression et traduction	36 357	35 000	35 000	35 000	30 000
Perfectionnement des employés	137 773	75 000	65 000	50 000	40 000
Total des services	1 112 048	1 024 592	964 592	929 592	884 592
Fournitures et équipement					
Équipement TI	17 679	15 000	15 000	15 000	15 000
Fournitures de bureau et achat de matériel	47 134	40 000	40 000	35 000	30 000
Total des fournitures et de l'équipement	64 813	55 000	55 000	50 000	45 000
Fonctionnement du RLISS : dépenses totales prévues	4 702 342	4 779 592	4 779 592	4 779 592	4 779 592
Objectif de financement annuel		6 944 162	6 944 162	6 944 162	6 944 162
Surplus de fonctionnement (insuffisance budgétaire)	77 250	-	-	-	-
Amortissement des immobilisations corporelles	127 121	123 000			
Dépenses pour les initiatives					
cyberSanté	480 742	510 000	510 000	510 000	510 000
Services de santé en français	106 000	106 000	106 000	106 000	106 000
Participation des communautés autochtones	143 479	160 000	160 000	160 000	160 000
Responsable des services des urgences	75 000	75 000	75 000	75 000	75 000
Responsable des soins aux malades en phase critique	72 425	75 000	75 000	75 000	75 000
Diabète	969 444	1 063 570	1 063 570	1 063 570	1 063 570
Responsable du rendement, SU/ANS	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Responsable des soins primaires	73 396	75 000	75 000	75 000	75 000
Réforme de la physiothérapie	27 344				
Autres initiatives (veuillez préciser - fonctionnement du RLISS seulement)					
Fonctionnement et initiatives du RLISS - Total des dépenses réelles/prévues	6 750 172	6 944 162	6 944 162	6 944 162	6 944 162

* La hausse des coûts de la dotation en personnel est neutralisée par la baisse d'autres dépenses de fonctionnement.

Plan de dotation du RLISS (équivalents temps plein)

Titre du poste	Dépenses réelles 2013-2014 au 31 mars 2014	Prévisions 2014-2015	Dépenses prévues 2015-2016	Perspectives pour 2016-2017	Perspectives pour 2017-2018
Directeur général	1	1	1	1	1
Directeur principal	2	2	2	2	2
Contrôleur	1	1	1	1	1
Directeur de programme	2	4	4	4	4
Coordonnateur général	1	1	1	1	1
Adjoint de direction	1	1	1	1	1
Adjoint administratif	4	4	4	4	4
Réceptionniste	1	1	1	1	1
Conseiller principal en planification, en intégration et en participation communautaire	3	3	3	3	3
Épidémiologiste	1	1	1	1	1
Analyste des activités	4	4	4	4	4
Chef de projet	1	1	1	1	1
Conseiller principal en financement et en affectations	3	3	3	3	3
Conseillers en communications	3	3	3	3	3
Commis aux comptes créditeurs	1	1	1	1	1
Coordonnateur des ressources humaines	1	1	1	1	1
Conseiller en planification et en intégration	1	1	1	1	1
Sous-total	31	33	33	33	33
Initiatives					
Cybersanté, c.-à-d. responsable de la cybersanté, adjoint administratif, gestionnaire de projet	3	4	4	4	4
Coordonnateur des services en français	1	1	1	1	1
Responsable du rendement, SU/ANS	1	1	1	1	1
Responsable des soins aux malades en phase critique	1	1	1	1	1
Responsable des soins primaires	1	1	1	1	1
Conseiller, Autochtones	1	1	1	1	1
Médecin responsable des services des urgences	1	1	1	1	1
Programme de lutte contre le diabète	10	10	10	10	10
Sous-total	19	20	20	20	20
TOTAL	50	53	53	53	53

4.0 Stratégie intégrée de communication et de participation communautaire

Objectifs

Objectifs opérationnels

Grâce à la mise en œuvre du *Plan d'activités annuel 2014-2015*, du *Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest*, et du *Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest*, le RLISS du Nord-Ouest et son conseil d'administration continueront à renouveler le système de santé :

En établissant un système de santé intégré qui met davantage l'accent sur des soins centrés sur la personne par les moyens suivants :

- Amélioration des résultats en santé grâce à de meilleurs processus de coordination du système de santé et de soins intégrés ;
- Amélioration de l'accès aux soins grâce au transfert des services de santé non actifs hospitaliers aux milieux communautaires ;
- Amélioration de l'accès aux soins grâce à la répartition plus équitable des ressources en santé dans les districts et les programmes ;
- Amélioration de l'utilisation des ressources du système grâce à l'intégration des services et à la mise en œuvre de modèles normalisés fondés sur la qualité de soins et de coûts associés.

En créant un cadre de cybersanté intégré par les moyens suivants :

- Augmentation du partage de renseignements cliniques entre les organismes de fournisseurs de services de santé ;
- Amélioration de l'accès aux soins de santé grâce à des solutions technologiques novatrices ;
- Création d'une plus grande capacité régionale pour participer aux technologies et systèmes de cybersanté et les soutenir.

En améliorant l'accès aux soins par les moyens suivants :

- Augmentation du pourcentage de la population qui a accès régulièrement à des fournisseurs de services de santé ;
- Amélioration de l'accès aux services de soins primaires en temps opportun ;
- Amélioration de la communication et de la continuité des soins entre les secteurs des soins primaires, des spécialistes et d'autres soins de santé ;
- Réduction des taux de réadmission pour les problèmes cliniques à impact élevé grâce à la collaboration entre les fournisseurs de soins primaires et le RLISS du Nord-Ouest dans le cadre d'initiatives d'amélioration de la qualité ;

- Baisse de la demande à l'endroit des services des urgences en réduisant les visites évitables aux services des urgences ainsi que le temps d'attente dans ces services ;
- Réduction des jours en attente d'un autre niveau de soins ;
- Réduction du séjour (en jours) dans le milieu de soins postactifs ;
- Réduction de la liste d'attente avant d'obtenir un premier placement dans un foyer de soins de longue durée ;
- Réduction des cas mineurs admis dans des foyers de soins de longue durée ;
- Réduction du nombre d'hospitalisations évitables.

En améliorant l'accès aux services de soins spécialisés et de diagnostic par les moyens suivants :

- Réduction des temps d'attente pour des interventions incluses dans la *Stratégie sur les temps d'attente* ;
- Création d'un programme régional de services de chirurgie qui est harmonisé avec la Réforme du financement du système de santé et les actes médicaux fondés sur la qualité ;
- Augmentation de l'accès aux soins grâce à la création d'un plan régional de services de diagnostic ;
- Réduction des obstacles aux services de soins spécialisés et de diagnostic.

En améliorant l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances par les moyens suivants :

- Création d'un modèle de soins intégrés pour les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances ;
- Simplification des cheminements de soins à l'échelle du système pour les maladies et les troubles mentaux ;
- Réduction de la dépendance à l'égard des services des urgences et des admissions à l'hôpital pour les maladies et les troubles mentaux ainsi que les dépendances ;
- Amélioration de la gestion des soins primaires pour les maladies et les troubles mentaux ;
- Augmentation de la capacité de surveillance de l'efficacité des systèmes de santé en matière de santé mentale communautaire, de lutte contre les dépendances et de jeu compulsif.

En améliorant la prévention et la prise en charge des maladies chroniques par les moyens suivants :

- Réduction de la dépendance à l'égard des services actifs pour les maladies chroniques grâce à la prise en charge améliorée des maladies chroniques dans la communauté, ainsi qu'à l'élargissement et à l'intégration des initiatives de prévention primaire ;

- Accroissement de l'adoption de pratiques ciblées, fondées sur des données probantes, pour la prise en charge des maladies chroniques dans les soins primaires et les programmes communautaires ;
- Création de programmes régionaux intégrés pour la prise en charge des maladies chroniques, en commençant par l'insuffisance cardiaque congestive, l'éducation en matière de diabète et la prise en charge de la maladie, et les soins palliatifs ;
- Augmentation de la capacité d'autogestion des cliniciens et des résidents du RLISS du Nord-Ouest ;
- Amélioration de l'accès à des soins de qualité plus près du domicile grâce à l'utilisation novatrice de la technologie.

Objectifs de communication

Les objectifs et les initiatives du *Plan d'activités annuel 2014-2015*, du *Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest*, et du *Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest* nécessiteront une approche stratégique concertée et délibérée à l'égard des communications et de la participation communautaire. L'officialisation des objectifs d'initiatives précises a lieu dans la charte de projets particuliers et dans la stratégie de communication d'un projet et ses documents tactiques.

Afin de s'assurer d'avoir des objectifs de communication généraux complets et cohérents, le RLISS du Nord-Ouest a élaboré un plan de communication stratégique incluant ce qui suit :

- Modification des comportements des fournisseurs de services de santé et des consommateurs de ces services grâce à la compréhension du fait que le système de santé actuel n'est pas durable, et à la sensibilisation à cet égard ;
- Augmentation de la sensibilisation du public au mandat, à la vision et à la mission du RLISS du Nord-Ouest, et hausse de son appréciation à cet égard ;
- Rehaussement de la marque, de l'image et de la réputation du RLISS du Nord-Ouest quant à l'amélioration de notre communication réceptive bidirectionnelle et de notre participation communautaire à tous les niveaux du personnel avec les intervenants, dans le but d'accroître la sensibilisation au mandat, aux priorités et au programme de renouvellement du RLISS ainsi que l'acceptation de ces fonctions ;
- Accroissement de la sensibilisation, de l'intérêt, de l'acceptation, des mesures et de la possession relativement au programme de renouvellement du système de santé du RLISS du Nord-Ouest ;
- Amélioration des relations avec les intervenants grâce à l'analyse de l'intervenant intégrée et segmentée ;
- Intégration des activités de diffusion de la planification des communications et de la participation communautaire afin d'être proactif et réactif tout en soutenant les objectifs et les résultats du *Plan d'activités annuel* ;
- Raffinement des normes d'identité visuelle existantes, et élaboration des outils de communication allant du libre-service au service complet afin de créer une richesse

fonctionnelle et un message uniforme, permettant de s'assurer d'une diffusion cohérente et unifiée des priorités et des initiatives à l'échelle provinciale et du RLISS ;

- Mise en œuvre d'un programme d'élaboration, de gestion et de conservation du contenu dans des systèmes à plusieurs plateformes et canaux afin de répondre aux besoins des intervenants internes et externes, y compris respecter ou devancer des échéances pour la prestation du contenu et la gestion de son cycle de vie ;
- Nouvel examen des programmes de surveillance et d'évaluation des communications et de la participation communautaire afin de s'assurer d'une amélioration continue de la qualité et de la satisfaction des intervenants.

Contexte

Harmonisation à l'échelle provinciale

Dans le cadre de ses priorités stratégiques, le RLISS du Nord-Ouest s'assure de l'harmonisation avec les priorités provinciales, notamment :

- *Le Plan d'action en matière de soins de santé* de l'Ontario, annoncé en janvier 2012, est conforme aux principes de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* qui place les RLISS au cœur du renouvellement du système de santé. Le *Plan d'action en matière de soins de santé* cible trois domaines d'intérêt particulier :
 1. Garder l'Ontario en santé
 2. Accès rapide à des soins de santé familiale renforcés
 3. De bons soins, au bon moment, au bon endroit.
- Mise en œuvre d'initiatives provinciales clés, y compris la *Réforme du financement du système de santé*, les *maillons santé*, la *Stratégie pour le bien-être des personnes âgées*, et l'élargissement des *plans d'amélioration de la qualité* qui sont introduits dans les secteurs des soins primaires et des soins communautaires.
- Harmonisation stratégique du *Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest* et des initiatives décrites dans le *Plan d'activités annuel 2014-2015* avec les priorités du gouvernement, en tenant compte de la responsabilité partagée entre le ministère et le RLISS du Nord-Ouest quant à la prestation de services dans l'intérêt public et la surveillance efficace de l'utilisation des fonds publics.

Le système de santé a évolué jusqu'au point où le RLISS du Nord-Ouest et les autres RLISS de la province sont reconnus comme des gestionnaires du système à l'échelle locale, qui sont des chefs de file du renouvellement de ce système.

RLISS du Nord-Ouest

Le *Plan d'activités annuel 2014-2015* est l'un des documents qui ont une importance cruciale dans l'orientation du travail du RLISS du Nord-Ouest. Les deux autres documents d'orientation sont le *Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest* et le *Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest*.

Le Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest est le troisième plan de services de santé intégrés du RLISS du Nord-Ouest (PSSI 2013-2016). Lancé le 7 février 2013, le PSSI 2013-2016 décrit les quatre priorités pour renouveler le système de santé dans le Nord-Ouest de l'Ontario :

1. La création d'un système de santé intégré
2. La création d'un cadre de cybersanté intégré
3. L'amélioration de l'accès aux soins
4. La hausse de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques

La création du PSSI 2013-2016 a comporté une participation communautaire étendue avec les fournisseurs de services de santé et les résidents locaux, suivie d'une consultation publique de validation.

Le Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest, lancé en mars 2012, est un plan décennal pour remodeler, renforcer et soutenir le système de santé du Nord-Ouest de l'Ontario. Il propose un cadre pour un modèle de soins qui diminuera la demande de services hospitaliers, diminuera le nombre de visites aux services des urgences et améliorera l'accès aux soins et la prestation des services dans la communauté.

Les résultats et les recommandations du *Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest* s'harmonisent étroitement avec les *maillons santé*, un nouveau modèle provincial de soins axés sur la personne, qui a été annoncé en décembre 2012 par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Le Plan d'activités annuel décrit la mise en œuvre par le RLISS du Nord-Ouest de son *Plan de services de santé intégrés*, conformément à l'entente de responsabilisation entre le MSSLD et le RLISS. Le progrès est mesuré par des indicateurs clés du système, comme défini dans l'entente de responsabilisation MSSLD/RLISS.

Le *Plan d'activités annuel* décrit les initiatives clés à mettre en œuvre et les cibles à atteindre et à évaluer au cours de la prochaine année. Il offre aussi un cadre pour communiquer à nos intervenants l'impact du processus décisionnel local sur la prestation de soins de santé dans nos communautés.

Publics cibles

Le RLISS du Nord-Ouest conserve activement des listes d'intervenants et procède à l'analyse des intervenants étant donné qu'il est important de faire preuve d'agilité, d'exactitude et de réceptivité en répondant aux besoins de communication du RLISS et de ses divers publics. Les publics cibles principaux et secondaires comprennent notamment les groupes suivants :

Public à l'interne

- Conseil d'administration du RLISS du Nord-Ouest
- Équipe de direction du RLISS du Nord-Ouest
- Employés du RLISS du Nord-Ouest

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
 - Direction de la liaison avec les RLISS
 - Direction des communications et de l'information
 - Bureau du ministre

Fournisseurs de services de santé du RLISS du Nord-Ouest

- Conseil d'administration
- Équipe de direction
- Employés

Fournisseurs de soins primaires

- Médecins
- Infirmières praticiennes
- Spécialistes
- Équipes de santé familiale

Partenaires du RLISS du Nord-Ouest pour la planification

- Conseil des dirigeants de l'intégration du RLISS du Nord-Ouest
- Équipe consultative sur les services de santé aux Autochtones du RLISS du Nord-Ouest
- Conseil consultatif des professionnels de la santé du RLISS du Nord-Ouest
- Comité consultatif sur les services des urgences/soins intensifs du RLISS du Nord-Ouest
- Comité conjoint pour le Nord-Ouest et Nord Est et entité de planification des services de santé en français

Autres intervenants clés

- Santé publique
- Services de gestion des urgences
- ORNGE Air
- Établissements d'enseignement
- Services policiers
- Associations provinciales (Association des hôpitaux de l'Ontario, Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Association médicale de l'Ontario, Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, etc.)
- Services sociaux

Gouvernement - Responsables sur le plan administratif et élus

- Municipal
- Régional
- Provincial – y compris les intervenants du MSSLD, le MSSC, et le MSEJ
- Fédéral

Grand public

- Résidents
- Groupes de référence pour les citoyens
- Groupes de soutien des consommateurs/patients
- Soignants naturels

Autochtones

- Directeurs de la santé
- Chefs du Nord
- Santé Canada
- Communautés autochtones

Francophones

- Communauté

Autres

- Médias
- Autres RLISS
- Professionnels paramédicaux

Approche stratégique

- La stratégie de communication et de participation ainsi que les tactiques s'y rattachant découleront du plan North West LHIN Corporate Communications & Community Engagement Strategy and Tactical Plan (communications générales, stratégie de participation communautaire et plan tactique) qui orientera l'harmonisation des plans de communications pour tous les publics et pour certaines initiatives ;
- La stratégie et les tactiques s'aligneront sur :
 - le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et d'autres initiatives provinciales clés ;
 - les orientations stratégiques adoptées par le conseil du RLISS du Nord-Ouest ;
 - le Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest ;
 - le Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest ;

- Le plan Corporate Communications & Community Engagement Strategy and Tactical Plan déterminera les lacunes et les changements devant être apportés quant à l'orientation des mesures, comportements et politiques qui mèneront à l'intégration et au renouvellement du système ;
- La stratégie et le plan tactique détermineront les lacunes quant aux connaissances et aux attitudes pouvant avoir une incidence sur le changement de comportement désiré, grâce à une combinaison de stratégies de communications et de participation communautaire à grande et faible visibilité, allant de rencontres en personne, à des campagnes médiatiques complexes payées ;
- Ils serviront à informer les intervenants ;
- Ils miseront sur les efforts continus déployés par les fournisseurs de services de santé pour établir une culture centrée sur la personne ;
- Ils fourniront des renseignements exacts et opportuns à tous les publics ;
- Les communications et la participation communautaire seront transparentes et imputables.

Messages clés

Messages clés – Réalité du RLSS du Nord-Ouest

- La population est vieillissante. Le taux d'affections chroniques est à la hausse.
- Des caractéristiques uniques du Nord-Ouest de l'Ontario rendent la prestation de soins de qualité plus difficile, plus coûteuse et moins coordonnée. En voici quelques-unes :
 - Nous couvrons le plus grand territoire de tous les RLSS de l'Ontario, soit 47 % de toute la province, et les résidents ne représentent que 2 % de la population totale.
 - Il y a de grandes distances à parcourir pour recevoir des services, ce qui a une incidence sur l'accès aux soins.
 - Les soins sont fragmentés.
 - Les taux d'utilisation des hôpitaux actifs et des maladies évitables sont les plus élevés de la province.
 - Les transitions laissent à désirer entre les milieux de soins.
 - Les programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques sont limités.
- Selon des études effectuées en 2009-2010 dans le cadre du Plan directeur pour les services de santé, les dépenses en santé par habitant dans le Nord-Ouest de l'Ontario sont près de 40 % supérieures à la moyenne provinciale.

Messages clés – Le programme de renouvellement du RLSS du Nord-Ouest

L'Ontario réoriente son système de santé de façon à ce qu'il soit axé sur la personne. Grâce à la planification, les Ontariennes et Ontariens auront accès à des soins de haute qualité et à un système de santé durable pendant de nombreuses années à venir. Ce renouvellement sera

réalisé par une organisation différente du système de santé, en mettant l'accent sur des données probantes médicales afin d'offrir de meilleurs soins et une meilleure valeur pour l'argent des contribuables.

Suite à ces changements, on s'attend aux résultats suivants :

- Une réduction des temps d'attente et un accès plus rapide aux médecins de famille ;
- Une réduction des visites non nécessaires à l'urgence et des réadmissions à l'hôpital ;
- Des soins offerts aux patients à domicile ou dans la communauté plutôt que dans un hôpital.

Le système de santé est renouvelé par les moyens suivants :

- En établissant des partenariats avec le secteur de la santé et en lui permettant de jouer un rôle actif dans le mode de transformation du système.
- En renforçant les organismes communautaires afin de soutenir les fournisseurs et d'encourager l'intégration des soins conçus pour répondre aux besoins du patient.
- En déterminant le financement des soins de santé d'après les meilleures données probantes, le financement suivant le patient.

Le résultat sera un système créé pour le patient par les fournisseurs de soins de santé et les dirigeants les plus près du patient, et un système qui intègre les fournisseurs autour du patient afin de lui obtenir les meilleurs résultats en santé.

Messages clés – Objectifs ultimes et résultats visés

Le renouvellement du système de santé aura les résultats suivants :

- De meilleurs résultats pour la santé, pour une population en meilleure santé.
- Un accès aux soins de santé dont les personnes ont besoin, aussi près que possible de leur domicile.
- L'amélioration continue de la qualité.
- Une culture d'imputabilité à l'échelle du système.

Tactiques

Tels qu'indiqués précédemment, les objectifs et les initiatives du *Plan d'activités annuel 2014-2015*, du *Plan directeur pour les services de santé du RLISS du Nord-Ouest* et du *Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest* nécessiteront une approche stratégique concertée et délibérée à l'égard des communications et de la participation communautaire. L'officialisation des objectifs d'initiatives précises a lieu dans la charte de projets particuliers et dans la stratégie de communication d'un projet et ses documents tactiques.

Afin de s'assurer d'avoir des objectifs de communication généraux complets et cohérents, le RLISS du Nord-Ouest a conçu un document de base intitulé *North West LHIN Corporate Communications and Community Engagement Strategy and Tactical Plan*.

Chaque plan de communications et de participation communautaire respectera la hiérarchie de l'efficacité en matière de communications et de participation communautaire :

- Seul à seul, en personne
- Discussions ou réunions en petits groupes (officielles ou non officielles)
- Comités
- Conversation téléphonique
- Lettres personnelles ou communications générées par ordinateur
- S'adresser à de grands groupes
- Forums publics
- Médias sociaux
- Site Web
- Bulletins
- Sondages, enquêtes
- Présentoirs d'information
- Nouvelles diffusées dans la presse populaire
- Publicité dans les journaux, à la radio, à la télévision, dans les revues et sur les affiches

Chaque plan de communications et de participation communautaire devra suivre le *North West LHIN Corporate Communications and Community Engagement Strategy and Tactical Plan*, mais pourra le personnaliser pour adopter et utiliser des stratégies et des outils nouveaux ou existants et en tirer parti :

- Communiqués de presse, publicourriels, bulletins
- Événements dans les médias
- Affichages sur le Web et/ou médias sociaux
- Activités organisées pour les intervenants
- Interventions auprès des intervenants des administrations locales
- Participation avec des intervenants précis dans le cadre de rencontres personnelles ou utilisant des médias électroniques

En 2014, le RLISS du Nord-Ouest doit :

- réaménager son site Web public pour le moderniser et le rendre plus pertinent et convivial ;
- s'appuyer sur des analyses mises en œuvre en 2013 pour comprendre et évaluer l'efficacité de la présence Web, participer aux communications électroniques des intervenants et effectuer une analyse FFPM de la présence électronique du RLISS du Nord-Ouest ;
- lancer son programme de médias sociaux ;

- créer des espaces de travail en collaboration sur le site Web pour des fournisseurs de services de santé associés à des initiatives ou des programmes précis.

Évaluation

Les efforts généraux en communications et participation communautaire du RLISS du Nord-Ouest décrits dans le *North West LHIN Corporate Communications and Community Engagement Strategy and Tactical Plan* seront officialisés et feront l'objet d'un accord, étant donné que le *Plan* sera intégré à l'annexe sur les communications jointe au protocole d'entente entre le ministère et le RLISS dans le cadre de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS, exigée par la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*.

Le *North West LHIN Corporate Communications and Community Engagement Strategy and Tactical Plan* décrit les étapes que suivra le RLISS du Nord-Ouest pour faire le suivi et évaluer l'efficacité des communications et de la participation communautaire.

Les facteurs de succès cruciaux seront déterminés initiative par initiative et projet par projet pour répondre à des besoins précis de communication et de participation communautaire en reconnaissant que chaque initiative ou projet découle de résultats définis dans le *Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest*, et le *Plan d'activités annuel 2014-2015*, et doit intégrer ces résultats.

Les mesures de succès cruciales pourraient inclure une ou plusieurs mesures parmi les suivantes :

- Analyse qualitative et quantitative des événements des intervenants compilés dans des rapports pour déterminer l'efficacité des séances, la satisfaction à l'égard du niveau d'échange de renseignements, etc. ;
- Présence d'intervenants clés aux réunions ;
- Niveau de participation des intervenants tel qu'indiqué par des formulaires de commentaires, des données sur la participation et des sondages ;
- Réalisation des mesures comme il est indiqué dans le *Plan d'activités annuel 2014-2015* et le *Plan de services de santé intégrés 2013-2016 du RLISS du Nord-Ouest* ;
- Harmonisation des orientations stratégiques et des plans d'activités des fournisseurs de services de santé avec les orientations stratégiques du RLISS du Nord-Ouest et les priorités provinciales ;
- Participation positive en matière d'orientation aux communiqués générés par le RLISS du Nord-Ouest qui sont saisis par Google Analytics ;
- Surveillance des médias pour connaître la perception, le ton, la qualité et le volume.