Réseau local d’intégration des services de santé
de **Waterloo Wellington**

Plan d’activités annuel
2010-2011 – 2012-2013

Le 5 juillet 2010

Table des matières

1) Introduction ……..Page 2

2) Contexte……..Page 3

Mandat
Plan stratégique
Mise en œuvre et mesure
Plan de services en français
Évaluation des enjeux

3) Contenu de base (Priorités du PSSI de 2010-2013)……Page 7

Améliorer la sécurité des patients et renforcer la qualité des soins
Réduire les temps d'attente pour les examens par IRM
Améliorer l'accès aux services des urgences (SU)
Renforcer l'accès aux soins primaires
Améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et la coordination de ces services
Améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques (y compris le diabète)
Améliorer les résultats des victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) grâce à des programmes intégrés
Diminuer le nombre de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS)

4) Incidences sur les ressources du système…….. Page 42

5) Opérations du RLISS de WW…… Page 45

6) Plan de dotation du RLISS de WW……Page 47

7) Plan de communications …….. Page 48

8) Annexes…..…… Page 49

Introduction

Le Plan d'activités annuel (PAA) du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (RLISS de WW) est le document qui opérationnalise le Plan de services de santé intégrés (PSSI) de 2010-2013 intitulé Working Together for a Healthier Future. Le PSSI de 2010-2013 est le plan stratégique triennal pour le système de santé de Waterloo Wellington. Il préconise une collaboration entre le RLISS de WW, les organismes de fournisseurs de services de santé, les réseaux et les résidents locaux en vue de créer un système qui permet à tout le monde de « Vivre et bien vivre dans Waterloo Wellington ».

Le Plan d'activités annuel porte sur les huit priorités énoncées dans le PSSI de 2010 2013. Il explique comment nous mettrons en œuvre les améliorations systémiques prévues pour chacune des priorités et comment nous mesurerons nos progrès. Il mise sur des réussites antérieures et cerne de nouvelles opportunités. Il précise aussi quels organismes et réseaux sont responsables de la réalisation des initiatives prioritaires.

Le plan d'action local démontre que les priorités de Waterloo Wellington sont conformes aux directives provinciales et confirme les objectifs énoncés dans l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS. Le PAA du RLISS de WW appuie la vision globale de la province, à savoir un système de santé durable, fondé sur des résultats et axé sur le patient/client. Les huit priorités du RLISS de WW visent quatre des cinq secteurs d'intérêt provinciaux. Ce sont :

- améliorer l'accès aux services des urgences (SU)
- diminuer le nombre de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS)
- appuyer la mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète
- renforcer les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Le cinquième secteur d'intérêt provincial mise sur le cadre actuel de la cybersanté et il est un des trois catalyseurs que le RLISS de WW utilisera pour appuyer la mise en œuvre des priorités.

Lors de la mise en œuvre du Plan d'activités annuel, le RLISS de WW et les fournisseurs de services de santé se concentreront sur le traitement des questions cernées par nos collectivités, à savoir l'efficacité organisationnelle, la viabilité à long terme, les réalisations attendues et les résultats.

CONTEXTE

Mandat

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington est chargé de planifier, coordonner, intégrer et financer les services de santé dans la région de Waterloo, le comté de Wellington et le comté Grey-Sud.

Reconnaissant le rôle du système de santé dans la collectivité de Waterloo Wellington, le RLISS de WW, en consultation avec la collectivité, a élaboré la mission suivante :

Inspirer les gens à améliorer la qualité de vie maintenant et à l'avenir à l'aide de relations coopératives et de l'intégration du système de santé.

La vision du RLISS de WW est la même que celle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).

Un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et leurs petits-enfants.

La vision du MSSLD fournit une orientation commune aux RLISS et aux fournisseurs de services de santé de l'Ontario. Elle a été reconfirmée lors des consultations de participation communautaire en prévision du PSSI de 2010-2013.

Outre la mission et la vision, qui définissent notre rôle au sein de la collectivité de Waterloo Wellington, les valeurs du RLISS orientent la façon dont nous accomplissons notre travail.

Responsabilisation	– Suivi, résultats fondés sur des preuves et transparence
Intégrité	– Procédures de prise de décisions solides et honnêteté
Innovation	– Créativité, accent sur l'avenir et changement
Collectivité	– Respect, engagement et accent sur les gens

Les dimensions stratégiques sont des secteurs d'intérêt clés qui contribueront à l'avancement de la vision du système de santé du RLISS. Lors de l'élaboration du PSSI de 2007-2010, le RLISS et la collectivité ont cerné les quatre dimensions stratégiques suivantes qui restent pertinentes aujourd'hui.

- améliorer l'accès aux services de santé
- améliorer la santé de la population
- renforcer l'efficacité du système
- accroître la capacité pour bâtir un système de santé viable.

Outre les dimensions stratégiques, trois secteurs ont été cernés comme étant des catalyseurs essentiels à l'amélioration et au renouvellement du système; ce sont la cybersanté, les ressources humaines en santé et le leadership stratégique.

Selon la mission, la vision, les valeurs et les dimensions stratégiques du RLISS de WW, un système de santé intégré pour Waterloo Wellington signifie ce qui suit :

> Un système facile d'utilisation et d'accès, coordonné et efficace qui promeut la santé et le mieux-être, garantit la qualité la plus élevée de soins et de services, reconnaît et utilise les contributions de tous les intervenants, encourage l'innovation, les partenariats et l'excellence et sera là pour nous aujourd'hui et demain.

Plan stratégique

De janvier à octobre 2009, le RLISS de WW a entrepris un processus exhaustif de consultation communautaire axé sur l'élaboration du plan stratégique pour le système de santé local, *Working Together for a Healthier Future, Integrated Health Service Plan, 2010 - 2013.* Le PSSI de 2010-2013 pose les fondements du renouvellement du système de santé local nécessaire à l'atteinte du système intégré envisagé. Pour chaque priorité, nous avons travaillé avec nos fournisseurs de services de santé et autres partenaires afin de cerner des projets d'amélioration systémique précis pour chacune des trois années du PSSI. Les projets d'amélioration constituent le fondement de ce Plan d'activités annuel de 2010-2013.

Le PSSI de 2010-2013 focalise les huit priorités suivantes :

- améliorer la sécurité des patients et renforcer la qualité des soins
- réduire les temps d'attente pour les examens par IRM
- améliorer l'accès aux services des urgences (SU)
- renforcer l'accès aux soins primaires
- améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et la coordination de ces services
- améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques (y compris le diabète)
- améliorer les résultats des victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) grâce à des programmes intégrés
- diminuer le nombre de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS).

Évaluation des enjeux

Afin de déterminer les priorités du système de santé de Waterloo Wellington pour les trois prochaines années, nous avons analysé soigneusement les enjeux auxquels nos résidents sont confrontés. Pour chacune de nos dimensions stratégiques, nous avons dressé une liste d'indicateurs fondés sur les meilleures pratiques pour évaluer le rendement du système de santé. Par exemple, nous avons examiné les temps d'attente pour les services de soins actifs, l'accès aux soins primaires, les taux de réadmission

pour certaines affections et la prévalence des maladies chroniques. Lorsque c'était possible, nous avons comparé les chiffres de Waterloo Wellington à ceux de la province et examiné l'évolution de nos chiffres au fil du temps. À l'issue de ce travail, certains enjeux pour les résidents de Waterloo Wellington sont apparus, notamment nos taux élevés de maladies chroniques et de réadmissions à la suite d'un AVC.

Ensuite, un autre niveau d'analyse a permis de tenir compte de certains facteurs de risque d'ordre démographique; les données sur la population, les comportements sanitaires, la conjoncture économique et le taux de chômage sont quelques-uns des critères examinés. Par exemple, l'analyse des taux de réadmission a révélé que Waterloo Wellington affiche un taux élevé de réadmissions dues à un AVC. Cette tendance est alarmante en elle-même, mais l'analyse de deuxième niveau a confirmé que l'AVC devrait être une des huit priorités, car nos facteurs de risque d'AVC, notamment obésité, hypertension et inactivité physique, augmentent avec le temps chez les résidents de WW. En outre, notre population d'aînés augmente et affiche les taux d'AVC les plus élevés.

Pour un aperçu plus détaillé de notre analyse des huit priorités, consulter les annexes ci-jointes.

Mise en œuvre et mesure

Le mode de mise en œuvre des initiatives est décrit dans le document et fournit aux fournisseurs de services de santé, aux partenaires communautaires, aux résidents et au RLISS des directives claires concernant le travail à accomplir, les investissements à effectuer et les réalisations attendues. Lors de la mise en œuvre des initiatives, le RLISS et ses fournisseurs de services de santé, les partenaires communautaires et les résidents de Waterloo Wellington continueront d'axer la prestation des programmes et services de santé sur les patients/clients, l'efficacité et l'efficience. Ensemble, nous continuerons d'apporter des améliorations systémiques à notre système de santé.

Des organismes ou des réseaux particuliers du RLISS dirigeront la mise en œuvre de chaque projet d'amélioration du système décrit dans le PSSI de 2010-2013 et le Plan d'activités annuel. Les plans prévoient la présentation de rapports réguliers sur le rendement et assureront que les partenaires sont au courant des travaux effectués et peuvent apporter les changements requis pour assurer la réalisation opportune des initiatives. La mise en œuvre des initiatives sera rigoureusement surveillée à l'aide des indicateurs cernés. Ce mécanisme de rapport prévoira également des communications régulières avec les intervenants pour les tenir au courant des progrès réalisés.

Plan de services en français

Le RLISS de WW compte 15 300 Francophones selon la nouvelle définition inclusive de francophone. Bien qu'aucune de nos villes ne soit désignée en vertu de la *Loi sur les services en français*, nous sommes déterminés à assurer que les besoins de la communauté francophone soient satisfaits et savons que certaines collectivités de notre région ont déjà entamé le processus de désignation par l'entremise de l'Office des affaires francophones. Nous travaillons constamment avec le coordonnateur des services de santé en français du RLISS et la communauté francophone pour trouver la meilleure façon de tirer parti des ressources actuelles de notre région et de l'extérieur de

notre région, particulièrement dans les secteurs considérés prioritaires par la communauté francophone lors des consultations de juillet 2009.

Tous les projets décrits dans ce Plan d'activités annuel s'appliquent à nos résidents francophones et non francophones, mais nous entreprendrons des initiatives particulières pour nos communautés francophones. Notre Plan d'action pour 2010-2013 prévoit :

- L'analyse des données d'un sondage sur les ressources humaines en santé de langue française pour cerner la capacité d'offrir des services en français.
- Une aide afin de permettre à la communauté francophone d'établir des partenariats avec les fournisseurs de services actuels pour faciliter la communication et accroître la sensibilisation à ses besoins.
- L'intégration des besoins de la communauté francophone à toutes les initiatives du RLISS, notamment planification des ressources humaines en santé, activités d'intégration et programmes spéciaux.
- L'élaboration d'un processus axé sur le respect des obligations du RLISS en vertu des prochains règlements concernant la planification des services de santé en français.

Le travail prévu pour 2010-2011 constitue le fondement des plans d'action des années subséquentes (2011-2012 et 2012-2013). L'orientation de la planification des démarches dans les plans d'activités annuels de la deuxième et de la troisième année sera effectuée parallèlement au déroulement des leçons apprises durant la première année.

CONTENU DE BASE – Priorités du PSSI de 2010-2013

Améliorer la sécurité des patients et renforcer la qualité des soins

Description :

Nos fournisseurs de services de santé dispensent des soins sûrs, de haute qualité. Cependant, en tant que gestionnaire du système, le RLISS de WW est chargé d'appuyer et de promouvoir les efforts continus du fournisseur en vue d'améliorer la sécurité et la qualité des soins.

L'accent sur la qualité signifie que le système de santé du RLISS fera les choses appropriées correctement et, partant, que cette priorité non seulement assurera que nos résidents reçoivent des soins sûrs et excellents dans notre RLISS, mais contribuera à la viabilité du système en réduisant le gaspillage.

Le gaspillage fait référence aux dépenses de santé qui peuvent être éliminées sans réduire la qualité des soins. Par exemple : recoupement de services inutiles, inefficiences administratives, prestation inefficace des soins et erreurs, maladies évitables et prestation de soins dont l'efficacité s'avère limitée. Pour nos patients, la diminution du gaspillage signifie également un risque réduit de tort (p. ex., interventions chirurgicales inutiles posant des risques de complications, notamment d'infections).

Enfin, l'accent sur la qualité assurera que la prestation des services est conforme aux meilleures pratiques, afin d'assurer que les patients reçoivent des soins d'excellente qualité de la manière la plus efficiente et efficace possible.

Enjeux clés :

- Certaines analyses et discussions préliminaires avec les dirigeants administratifs principaux et les médecins-chefs des hôpitaux ont soulevé divers secteurs d'amélioration de la qualité des soins, y compris sans toutefois s'y limiter :
    - tests inutiles : p. ex., quatre patients sur dix ont subi un cardiogramme avant une chirurgie de la cataracte, ce qui est beaucoup plus élevé que le RLISS ayant le rapport le moins élevé[1]
    - variation significative des taux de réadmission en cardiologie, taux de réadmission pour troubles gastro-intestinaux plus élevés que prévu pour la majorité des hôpitaux et réadmissions pour travail et accouchement plus élevées dans Waterloo Wellington que la moyenne provinciale[2]
    - transferts interhôpitaux des patients
    - processus centralisé d'acheminement pour les services de réadaptation requis
    - fonctions administratives (RH, finance, technologie de l'information et des communications et systèmes, services biomédicaux, gestion du matériel,

[1] Conseil ontarien de la qualité des services de santé. QMonitor. Rapport annuel de 2009 sur le système de santé en Ontario. Toronto (Ontario) : Conseil ontarien de la qualité des services de santé; 2009

[2] Inpatient Separations Data Table, consultée par le truchement de savoirSANTÉ ONTARIO, 12-02-09

- Les frais de pharmacie représentent 2 % ou 12,8 millions de dollars des dépenses totales des huit sociétés hospitalières de Waterloo Wellington (dix emplacements) et il serait possible d'économiser en intégrant (certains éléments) du processus de gestion des médicaments. Il y a en outre une pénurie de pharmaciens et de techniciens (cinq postes à temps pleins sont vacants à l'heure actuelle) qui pourrait être réglée en améliorant l'intégration et la coordination.
- On ne sait pas exactement quels services sont dispensés par les 31 organismes de soutien communautaire dans notre RLISS et il est difficile d'assurer un accès coordonné à ces services pour les personnes qui en ont le plus besoin.

Réussites de la dernière année :

- élaboration d'un programme de gestion des plaies qui a amélioré le soin et la guérison des plaies chroniques et réduit le risque d'infection et d'hospitalisation
- mise en œuvre d'une infrastructure électronique qui donnera aux cliniciens accès aux données des hôpitaux, des soins communautaires et autres sources et regroupera les renseignements sur les patients, ce qui améliorera l'accès à l'information pour tous les fournisseurs de services du RLISS
- mise en œuvre par la moitié des maisons de soins de longue durée du RLISS d'un système d'information (RAI MDS 2.0) qui permet de surveiller les résultats des soins dispensés dans les maisons de soins de longue durée, ce qui améliorera les soins cliniques, les évaluations et le partage de renseignements dans le système
- création du poste de directeur médical, maladies infectieuses pour deux hôpitaux de Waterloo Wellington, qui devrait réduire le taux de maladies infectieuses.

Objectifs et plans d'action

Conformité aux priorités gouvernementales :

Les efforts continus en vue d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins sont conformes à l'objectif de l'Ontario, à savoir disposer du système de santé le plus sûr et de la plus haute qualité du Canada. L'accent sur la sécurité et la qualité contribuera à améliorer la durabilité, car il réduira les ressources qui n'améliorent pas la santé de la population.

Objectifs :

- afficher les taux d'événements indésirables et d'infections les moins élevés dans la province
- améliorer les résultats des soins
- minimiser le recoupement des activités administratives, cliniques et de soutien dans et entre les organismes de services de santé
- 95 % des résidents de Waterloo Wellington sont satisfaits des soins qu'ils ont reçus.

Projets d'amélioration :

Objectif : afficher les taux d'événements indésirables et d'infections les moins élevés dans la province

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Surveiller continuellement les taux d'événements indésirables et d'infections pour tous les hôpitaux de WW	25	25	25

Objectif : améliorer les résultats des soins

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Élaborer et mettre en œuvre des projets d'amélioration dans nos hôpitaux	25	25	25
Continuer de mettre en œuvre un système d'information qui permet de surveiller les résultats des soins dispensés dans les maisons de soins de longue durée	100	0	0

Objectif : aucun recoupement des activités administratives, cliniques et de soutien dans et entre les organismes de services de santé

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Élaborer et mettre en place des modèles de service pour faire concorder services et besoins	25	25	25
Élaborer et mettre en œuvre un système régional de gestion des médicaments dans WW	20	20	20

Élaborer et mettre en œuvre un modèle d'accès coordonné aux services de soutien communautaire pour les aînés	40	60	0
Formuler un plan pour intégrer la prestation de services administratifs et de soutien à l'échelle du système	0	0	30
Mettre en place un système d'appariement des ressources et de renvoi pour acheminements aux ANS	25	50	25

Objectif : 95 % des résidents de Waterloo Wellington sont satisfaits des soins qu'ils ont reçus

Cet objectif sera atteint grâce aux diverses initiatives susmentionnées visant à améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins et à l'inclusion dans les prochaines ententes de responsabilisation d'attentes de rendement liées aux soins aux patients/clients et à l'expérience.

Comment saurons-nous que nous avons réussi?

- les taux de réadmission pour certaines affections sont ramenés aux niveaux provinciaux
- les événements indésirables sont ramenés aux niveaux attendus pour les événements sélectionnés
- le rapport du nombre réel de décès aux décès attendus (ratio normalisé de mortalité hospitalière) sera inférieur à 100 pour tous les hôpitaux de WW
- les taux d'infection sont égaux ou inférieurs aux niveaux provinciaux
- 95 % des patients de Waterloo Wellington signalent qu'ils sont satisfaits des soins qu'ils ont reçus.

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

- rapidité de la disponibilité des données
- disponibilité de données en temps réel
- volonté des fournisseurs de services de santé de donner suite aux constatations
- contraintes de ressources humaines dans l'ensemble du système
- besoin éventuel de ressources financières pour effectuer une analyse (c.-à-d. aide à la décision) et tous les fournisseurs n'ont pas accès à ce type d'aide
- les fournisseurs de services de santé pourraient être obligés de prioriser le capital de financement ou les changements systémiques en période de contraintes
- manque de pensée systémique chez certains fournisseurs (c.-à-d. s'inquiètent de leur organisme plutôt que des besoins du système de santé de WW)
- adoption d'améliorations dans le continuum de soins par tous les fournisseurs.

Réduire les temps d'attente pour les examens par imagerie par résonance magnétique (IRM)

Description :

Les temps d'attente pour les examens par IRM non urgents se sont considérablement améliorés au cours des deux dernières années. Les temps d'attente dans Waterloo Wellington figuraient parmi les plus longs de la province lorsque ces données ont été recueillies et publiées pour la première fois. En date de 2008-2009, la région est en troisième place pour la brièveté des temps d'attente dans la province. Cependant, il reste des améliorations à apporter, car les temps d'attente restent supérieurs à l'objectif provincial de 28 jours.

Enjeux clés :

- En date de septembre 2009, 90 % des examens par IRM étaient effectués en 90 jours ou moins[3], ce qui est inférieur à notre objectif de 28 jours.
- À mesure que les temps d'attente ont diminué, les acheminements aux services d'IRM ont augmenté dans le RLISS. Nous constatons également un nombre accru d'acheminements en provenance des RLISS dont les temps d'attente sont plus longs.
- Les tendances d'acheminement évoluent lentement.

Réussites de la dernière année (2009-2010) :

- temps d'attente plus courts pour les analyses non urgentes
- prolongation des heures d'exploitation des appareils d'IRM à 16 heures par jour, sept jours par semaine
- diminution des temps d'attente de 163 jours en 2008 à 90 jours en 2009.

Objectifs et plans d'action

Conformité aux priorités gouvernementales :

Lorsque les examens par IRM sont effectués rapidement, les médecins peuvent déterminer un traitement et pratiquer une intervention éventuellement de survie le plus rapidement possible. Cela améliore la qualité des soins et la sécurité pour les patients en assurant que les interventions sont pratiquées autant que possible selon les directives recommandées. Cela concorde également avec les indicateurs des temps d'attente de notre Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS utilisés pour déterminer si nous achevons certaines interventions dans les délais recommandés.

[3] Temps d'attente pour les IRM, consulté par le truchement d'iPort Access, septembre 2009

Objectifs :

- réduire les temps d'attente pour les IRM à 28 jours

Projets d'amélioration :

Objectif : réduire les temps d'attente pour les IRM à 28 jours

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Mettre en place des directives sur l'utilisation appropriée de l'IRM dans le RLISS de WW	100	0	0
Mettre en œuvre des directives et des mécanismes de priorisation	75	25	0
Examiner tous les protocoles d'examen (séquençage) et le temps alloué aux rendez-vous	100	0	0
Augmenter la capacité en IRM dans le RLISS de WW	100	0	0
Mettre en place un processus d'accueil centralisé pour l'IRM	100	0	0
Mettre en œuvre un processus d'accueil/de réservation centralisé pour l'IRM	0	100	0
Réévaluer et continuer de viser une capacité additionnelle	0	0	100
Élargir le processus de réservation/d'accueil aux autres tests diagnostiques	0	0	100

Comment saurons-nous que nous avons réussi?

- les temps d'attente pour les IRM sont réduits à 28 jours

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

- établir un équilibre approprié entre les heures d'exploitation requises pour atteindre notre objectif d'attente de 28 jours et les questions de ressources humaines en santé
- assurer que tous les appareils fonctionnent le plus efficacement possible et réduire la durée des examens individuels.

Améliorer l'accès aux services des urgences (SU)

Description :

Selon les données de mai 2009, les résidents du RLISS de WW qui se rendent à l'urgence pour un problème médical urgent y restent 8,8 heures en moyenne (ce qui est supérieur au délai recommandé de 6 à 8 heures) à partir du moment où l'infirmière les évalue jusqu'à celui où ils quittent le bâtiment ou sont admis à l'hôpital.

Pareillement, la durée du séjour à l'urgence dans le RLISS est supérieure au délai recommandé (5,5 heures contre 4) pour les résidents atteints de troubles médicaux moins graves. Ces données confirment les commentaires des résidents de Waterloo Wellington – les gens attendent trop longtemps à l'urgence. Selon les données actuelles, nous savons qu'environ 45 % des personnes qui se rendent à l'urgence sont des cas moins urgents et non urgents. Voilà un secteur qui présente un immense potentiel d'amélioration.

Enjeux clés :

- 45 % des patients qui se rendent à l'urgence ont des problèmes non urgents. Cela augmente le volume de patients et prolonge la durée moyenne du séjour pour tous les patients[4].
- Les patients des régions rurales du RLISS ont moins de fournisseurs de soins primaires par habitant et des taux supérieurs de visites à l'urgence[5].
- Les pressions dues aux ANS contribuent à une durée prolongée du séjour à l'urgence des patients qui doivent être admis à l'hôpital et, par conséquent, seulement 46 % des cas urgents et 16 % des cas non urgents sont admis dans les délais recommandés[6].
- Les patients qui viennent à l'urgence par suite d'une blessure/d'un empoisonnement ou d'une autre cause externe représentent le volume le plus élevé de cas, cependant les patients atteints de troubles endocrinaux, nutritionnels et métaboliques représentent la durée du séjour à l'urgence la plus longue (90^{e} percentile)[4].
- Il y a une variation significative de la durée du séjour à l'urgence (90^{e} percentile) entre les hôpitaux du RLISS de WW[4].

Réussites de la dernière année :

- Tous les hôpitaux du RLISS ayant un service des urgences ont participé au projet d'amélioration des procédures des services des urgences et ont globalement réduit leurs temps d'attente de 10 %.

[4] Visites aux services des urgences, 2007-2008 – Unité de soutien du RLISS

[5] Stratégie de santé en milieu rural pour le RLISS de WW, octobre 2009

[6] Rapport des faits saillants du système de rapport des services des urgences, juillet 2009

- Deux hôpitaux ont participé au Programme de financement axé sur les résultats qui a mené à une réduction d'une heure de la durée moyenne du séjour et à une diminution du nombre de patients partis de l'urgence sans être vus. Exemples d'initiatives d'amélioration des procédures des services des urgences :
    - M.A.R.I. – tableau de bord électronique sur demande
    - Infirmière d'intervention rapide en santé mentale

- Mise en œuvre d'une équipe d'approche dirigée par une infirmière dans les maisons de soins de longue durée qui offre une expertise en soins infirmiers au personnel pour lui permettre de traiter les patients à domicile au lieu de les envoyer à l'hôpital.

- Les équipes de santé familiale (ESF) du RLISS sont entièrement opérationnelles et travaillent en collaboration avec les partenaires du système pour réduire la demande de soins d'urgence. Par exemple, la clinique d'évaluation de la grippe de l'ESF de Guelph durant la pandémie de grippe à H1N1 a traité 346 patients et cerné 21 patients qui nécessitaient des soins actifs.

- On a lancé Accès Soins, un système qui met les patients en rapport avec un fournisseur de soins primaires, ce qui a permis d'acheminer 271 patients à un médecin entre le 1er avril 2009 et le 30 septembre 2009.

- Le RLISS a utilisé les ressources octroyées aux centres de santé communautaire (CSC) pour améliorer l'accès aux soins primaires.

- On a augmenté la capacité en préposés aux services de soutien à la personne par l'entremise du Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington (CASC de WW).

- On a lancé un programme intégré d'aide à la vie autonome dans trois établissements du RLISS qui permettra aux aînés d'avoir accès aux services occasionnels de préposés aux services de soutien à la personne où ils habitent.

- Deux hôpitaux exploitent des unités de décision clinique au service des urgences qui ont contribué à une diminution globale de la durée du séjour à l'urgence.

- On a élaboré un plan axé sur l'augmentation subite de la demande de soins intensifs qui aidera les hôpitaux à coordonner les services à l'échelle du RLISS en réponse aux volumes accrus de patients.

- Un hôpital du RLISS a recours à des infirmières affectées au déchargement des ambulances.

- L'élargissement des infirmières spécialisées en gestion des urgences gériatriques dans les services des urgences a amélioré les soins de suivi destinés aux aînés à risque de perte fonctionnelle.

Objectifs et plans d'action

Conformité aux priorités gouvernementales :

La réduction des temps d'attente à l'urgence est un volet clé de la stratégie sur les SU/ANS de la province. En concentrant nos efforts sur deux secteurs clés, la réduction des visites non urgentes à l'urgence et l'utilisation appropriée des ressources des SU, nous diminuerons nos temps d'attente à l'urgence pour les résidents du RLISS.

Objectifs :

- Réduire les visites non urgentes à l'urgence (cas classés 4 et 5 sur l'ÉTG) de dix points de pourcentage.
- Assurer l'utilisation appropriée des ressources des SU.

Projets d'amélioration :

Objectif : Réduire les visites non urgentes à l'urgence de dix points de pourcentage*

Projet d'amélioration systémique	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Élargir les services d'aide à la vie autonome pour les aînés	100	0	0
Mettre en œuvre le mécanisme d'avis SU-CASC de WW	25	25	50
Ouvrir 50 lits de soins de santé mentale à plus long terme	100	0	0
Élargir la stratégie de communication sur l'utilisation appropriée du service des urgences et les solutions de rechange à l'urgence	25	25	25

* Les initiatives axées sur les soins primaires et la prévention et la gestion des maladies chroniques auront une incidence sur notre objectif de réduire les visites non urgentes à l'urgence de dix points de pourcentage. Par exemple, l'accès aux soins primaires après les heures de bureau et l'amélioration de la prévention et de la gestion des maladies chroniques contribueront à réduire la demande de services d'urgence.

Objectif : Assurer l'utilisation appropriée des ressources des SU

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Élargir le programme d'amélioration des procédures des SU à d'autres secteurs dans les hôpitaux	100	0	0
Réévaluer et optimiser le Programme de financement axé sur les résultats des SU	75	25	0
Réévaluer et optimiser le programme d'infirmières préposées au déchargement des ambulances	75	25	0
Mettre en œuvre les recommandations concernant la capacité en cas d'augmentation subite de la demande de soins intensifs	100	0	0
Renforcer la capacité et le potentiel liés à l'amélioration des procédures dans les hôpitaux	75	25	0
Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication plus vaste pour informer le public du rendement des SU	0	75	25
Améliorer les rapports publics sur le rendement du système de SU et l'information	0	75	25

Comment saurons-nous que nous avons réussi?

- proportion accrue de patients gravement atteints non admis traités dans la durée du séjour visée de moins de huit heures
- proportion de patients non gravement atteints non admis traités dans la durée du séjour visée de moins de quatre heures
- diminution du pourcentage de visites à l'urgence de cas non urgents (classés 4 et 5 sur l'ÉTG) de 45 % à 35 %.

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

- assurer que les gains réalisés durant le projet d'amélioration des procédures du SU sont maintenus et appliqués dans d'autres secteurs de l'hôpital

- le manque de fournisseurs de soins primaires dans certaines régions du RLISS signifie que les gens ont moins d'options pour l'obtention de soins après les heures de bureau

- les contraintes en matière de ressources humaines en santé continuent d'entraver la mise en œuvre de certaines initiatives

- le taux croissant de maladies chroniques dans le RLISS de WW entraînera une demande accrue des ressources des services des urgences.

Renforcer l'accès aux soins primaires

Description :

Selon plusieurs sources (sondage sur l'accès aux soins primaires de 2008 du MSSLD, sondage de 2009 du RLISS de WW, Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes), environ 95 % des résidents de Waterloo Wellington ont un médecin de soins primaires ou un endroit où ils se rendent régulièrement pour obtenir des soins primaires ordinaires. Les services de soins primaires jouent un rôle important dans la prévention et le traitement des maladies et dans la gestion des maladies chroniques et nous sommes déterminés à assurer que tous les résidents de la région de Waterloo Wellington ont facilement accès à ces services.

Enjeux clés :

- certaines populations vulnérables ont de la difficulté à obtenir des soins primaires; par exemple, seulement entre 68 et 80 % des immigrants récents signalent qu'ils ont médecin régulier[7]. L'accès pour les sans-abri ou les personnes à risque d'itinérance pose également un problème majeur. Les personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles/transgenderistes affirment qu'elles doivent se rendre à l'extérieur de leur région pour trouver un fournisseur qui connaît leurs besoins et enjeux de santé particuliers[8].

- en général, le nombre de médecins de soins primaires dans le RLISS de WW est supérieur au nombre recommandé, soit 72 médecins par tranche de 1 000 habitants. Cependant, la proportion de médecins primaires est inférieure au rapport recommandé dans les trois régions rurales de WW (région rurale de Waterloo, région rurale de Wellington et région rurale de Wellington Nord et de Grey Sud[9].

- 63 % des résidents de WW affirment qu'il est très ou plutôt difficile d'obtenir des soins après les heures de bureau[10].

- 45 % du nombre total de visites à l'urgence sont pour des cas non urgents (classés 4 et 5 sur l'ÉTG). Ces gens pourraient être traités dans un autre milieu[11].

Réussites de la dernière année :

- L'Équipe santé familiale de Guelph a participé à un projet pilote du Réseau de télémédecine de l'Ontario qui a donné aux patients du matériel de surveillance médicale pour usage à domicile. Les renseignements sur l'état de santé du

[7] Primary Care Access Survey Waves, 5-12 janvier 2007-décembre 2008

[8] Sondage en ligne des personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles/transgenderistes du RLISS de WW, juillet 2009

[9] Centre de données sur les ressources humaines médicales de l'Ontario – médecins actifs en Ontario selon la subdivision du recensement, 2008

[10] Attitudes et comportements à l'égard du système de soins de santé dans la région servie par le RLISS de WW, rapport final, avril 2009

[11] Visites aux services des urgences, 2007-2008 – Unité de soutien du RLISS

patient étaient fournis au fournisseur de soins primaires électroniquement, ce qui a amélioré la gestion de la maladie et les soins dispensés au patient.

- Le projet ***HEALTHeCONNECTIONS*** est en cours dans le RLISS. À ce jour, plus de 850 patients sont inscrits au programme qui leur permet de gérer leurs propres soins en association avec leur fournisseur de soins primaires. Voici certains outils utilisés : dossier médical personnel, outils de gestion du diabète et capacité à envoyer des messages sécurisés à leur fournisseur de soins primaires.

- Le recours à des personnes-ressources par le truchement du Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington a permis de mettre 491 personnes inscrites en rapport avec un fournisseur de soins primaires.

- L'examen des services de santé en milieu rural est terminé. Il a cerné des moyens de miser sur les ressources communautaires actuelles pour mieux répondre aux besoins de nos résidents ruraux.

Objectifs et plans d'action

Conformité aux priorités gouvernementales :

Un meilleur accès aux soins primaires contribuera à réduire les temps d'attente à l'urgence en diminuant la demande de services d'urgence. Quand les résidents de Waterloo Wellington auront un fournisseur de soins primaires qui offre des services après les heures de bureau et sauront comment y avoir accès, il y aura moins de visites à l'urgence. Cela signifie que les ressources des SU pourront être consacrées aux cas plus complexes, ce qui entraînera une réduction générale des temps d'attente à l'urgence. En outre, les patients recevront les meilleurs soins qui soient dans le milieu le plus approprié.

Objectifs :

- assurer que tous les résidents de Waterloo Wellington ont accès à des soins primaires

- renforcer l'utilisation des soins primaires par les populations vulnérables

- augmenter le nombre de résidents qui obtiennent des soins après les heures de bureau.

Projets d'amélioration :

Objectif : Assurer que tous les résidents de Waterloo Wellington ont accès à des soins primaires

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Mettre en œuvre les recommandations issues de l'examen des services de santé en milieu rural	50	50	0
Élargir les services de télémédecine et les télésoins à domicile	75	25	0
Envisager et mettre en route, le cas échéant, des équipes de santé familiale (ESF), des centres de santé communautaire (CSC) et des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes	25	25	25

Objectif : Renforcer l'utilisation des soins primaires par les populations vulnérables

Objectif : Augmenter le nombre de résidents qui obtiennent des soins après les heures de bureau

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Élaborer des modèles de rechange pour les services de soins primaires afin de répondre aux besoins des populations vulnérables	25	25	25
Mettre en œuvre des modèles de rechange pour les services de soins primaires	0	25	25
Fournir aux fournisseurs de soins primaires des renseignements sur les problèmes de santé des populations vulnérables	0	0	75
Sensibiliser les résidents à la disponibilité de soins après les heures de bureau et à la façon de les obtenir	25	25	25

Comment saurons-nous que nous avons réussi?

- La proportion de résidents du RLISS ayant un fournisseur de soins primaires augmentera, particulièrement parmi les résidents des régions rurales et les populations vulnérables

- Le nombre de visites à l'urgence inappropriées de la part de gens qui ont un fournisseur de soins primaires diminuera.

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

- le RLISS de WW n'a pas conclu d'entente sur la responsabilisation en matière de services avec la plupart des fournisseurs de soins primaires, ce qui pose un obstacle aux changements de comportement et à la mesure des résultats

- le recrutement de médecins de soins primaires dans les régions où les besoins sont les plus grands continue de poser un enjeu

- le mode d'exercice des professionnels de la santé évolue, par exemple, nombreux sont ceux qui travaillent à temps partiel, prennent leur retraite plus tôt et travaillent en équipe

- la communication avec les fournisseurs de soins primaires peut être difficile étant donné qu'ils sont très nombreux à Waterloo Wellington et préfèrent différentes méthodes de communication

- la mise en œuvre de changements législatifs qui élargiront le champ d'exercice de certains professionnels de la santé prendra du temps et les politiques locales devront changer en conséquence

- les médecins ne sont pas répartis également dans la région; les analyses des statistiques effectuées au niveau du RLISS cachent les enjeux de certaines régions

- étant donné le vaste éventail et la grande portée des services sociaux et de santé fournis par les fournisseurs de soins primaires, il est difficile de focaliser une ou deux initiatives qui auront le plus d'impact.

dépendances et la coordination de ces services

Description :

Ces dernières années, les problèmes de toxicomanie et de santé mentale ont augmenté dans le RLISS de WW. Entre 2005 et 2007, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux ont progressé et, à cause de la conjoncture économique, le nombre de résidents atteints va continuer d'augmenter. Les données de 2007 révèlent que la consommation de drogues chez les étudiants de Waterloo Wellington surpasse la moyenne provinciale dans toutes les catégories. Il en est de même pour la consommation de drogues chez les adultes de Waterloo Wellington.

Les secteurs de préoccupation pour cette priorité sont les suivants : temps d'attente prolongés pour l'obtention de services, manque de suivi approprié au moment du congé, taux élevés de réadmission, manque de professionnels de la toxicomanie et de la santé mentale dans la collectivité et stigmate associée à ces types de services et à ceux qui les utilisent.

Enjeux clés :

- le manque de services dans les domaines de la prévention et de la gestion des dépendances et des troubles de santé mentale augmente les visites à l'urgence et les hospitalisations parmi ce groupe
- la nécessité d'améliorer les soins de suivi après l'évaluation initiale, un séjour à l'hôpital et d'autres programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances, notamment programmes de gestion du sevrage
- manque de lits pour la gestion du sevrage médicalement supervisée
- manque de services de gestion de cas
- la consommation de drogues chez les jeunes[12] et les adultes[13] augmente depuis quelques années et est supérieure à la moyenne provinciale
- la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles anxieux augmente[14]
- le taux de visites à l'urgence et d'hospitalisations liées à la dépression est beaucoup élevé à Waterloo Wellington que dans la province[15]
- le taux de suicides dans le RLISS de WW est supérieur à celui des autres régions de la province[16]

[12] Sondage sur la consommation de drogues et la santé des étudiants de l'Ontario, 2007

[13] ACSM, Monitor Report 2004-2005

[14] Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycles 3.1 et 4.1, 2005 et 2007

[15] Maladies chroniques : mortalité (2004-2005), hospitalisations (2007-2008) et visites à l'urgence (2007-2008), Unité de soutien du RLISS

[16] Taux de suicides bruts et standardisés pour l'âge en Ontario selon le RLISS de résidence (2004 et 2005), Unité de soutien du RLISS

- les résidents des régions rurales de WW signalent qu'ils ont de la difficulté à obtenir les services nécessaires

- le manque de services de relève pour les soignants

- les programmes à court terme ne suffisent pas; les membres de la collectivité veulent un soutien à plus long terme pour aider les gens à réussir le retour à la collectivité

- les temps d'attente pour les programmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances sont trop longs.

Réussites de la dernière année :

- lancement d'un programme de lutte contre les dépendances pour les jeunes qui a mené à l'établissement d'une série nouvelle et intégrée de services de traitement en établissement dans le RLISS de WW

- élaboration d'une stratégie sur la drogue pour la région de Waterloo qui a mené à un plan visant la formulation d'une stratégie exhaustive fondée sur des preuves pour les problèmes d'alcool et de drogues dans la région

- mise en œuvre d'une stratégie sur la drogue dans la ville de Guelph et le comté de Wellington qui a mené à des stratégies visant à répondre aux problèmes, aux lacunes et aux besoins liés à l'abus de drogues et d'alcool dans cette région

- mise en œuvre de services de soutien en santé mentale dans les services des urgences pour améliorer la planification du congé des patients ayant des problèmes de toxicomanie et de santé mentale

- lancement du programme d'accès aux soins et au logement pour les sans-abri et les personnes à risque d'itinérance (AAH année 1); ce programme d'approche offre des services médicaux et autres services de soutien à ces personnes directement dans la collectivité

- coordination des services d'accueil par le truchement d'une équipe de coordination du soutien communautaire qui améliorera la coordination, l'intégration et la répartition des soins individualisés

- élaboration d'un processus commun de planification en cas de crise, notamment d'un DVD sur le parcours commun et l'orientation, des outils d'évaluation et des plans d'intervention en cas de crise à l'échelle du RLISS pour améliorer les services d'intervention en cas de crise

- élaboration d'un programme de logements avec services de soutien et d'approche en matière de toxicomanie à Waterloo Wellington qui conférera aux personnes ayant un problème de consommation de drogue plus de stabilité en ce qui a trait au logement et diminuera la fréquence des admissions aux programmes de traitement des dépendances

- élaboration d'une carte détaillée des services de santé mentale et de traitement des dépendances dans Waterloo Wellington qui a cerné les possibilités d'optimiser les services et de diminuer les lacunes et facilitera l'accès aux services dans la région

- élaboration d'un programme intégré pour personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants qui permettra aux patients de recevoir des traitements à proximité de leur domicile, facilitera l'établissement de liens solides avec le soutien communautaire et familial et augmentera l'expertise et les ressources locales en santé mentale

- le réseau de santé mentale et de toxicomanie de WW a participé à l'élaboration du PSSI de 2010-2013 et jouera un rôle prédominant dans la mise en œuvre et la surveillance des stratégies et des initiatives axées sur la santé mentale et les dépendances.

Objectifs et plans d'action

Conformité aux priorités gouvernementales :

Les personnes atteintes de troubles mentaux et de problèmes de toxicomanie exercent des pressions significatives sur notre système de santé. Dans Waterloo Wellington, les troubles mentaux représentent le deuxième plus grand nombre de patients en attente d'ANS à long terme de plus de 55 ans. Le taux de départ de l'hôpital pour dépression dans Waterloo Wellington est deux fois plus élevé que celui de la province et le taux de visites à l'urgence est supérieur à celui de la province. En mettant l'accent sur des programmes de prévention pour ce groupe et sur de meilleurs soins de suivi, nous pourrons diminuer les pressions sur les hôpitaux et assurer que les patients obtiennent les meilleurs soins qui soient dans le milieu le plus approprié.

Objectifs :

- ramener la consommation de drogues chez les jeunes à la moyenne provinciale dans toutes les catégories

- réduire les troubles mentaux chez les jeunes

- ramener les réadmissions et l'utilisation inappropriée de l'urgence aux moyennes provinciales

- améliorer l'accès aux services.

Projets d'amélioration :

Objectif : Réduire la consommation de drogues et les troubles mentaux chez les jeunes

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Mettre en œuvre une stratégie sur la drogue dans Waterloo Wellington	25	25	25
Mettre en œuvre une stratégie de prévention du suicide	25	50	25
Mettre en œuvre une approche coordonnée à l'égard de la promotion de la santé mentale et du traitement des dépendances dans les écoles	0	75	25
Améliorer l'accès aux services de santé mentale et de traitement des dépendances pour les étudiants	0	50	50

Objectif : Ramener les réadmissions et l'utilisation inappropriée de l'urgence aux moyennes provinciales

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Élargir les services d'accueil et d'évaluation commune grâce à une équipe de coordination du soutien communautaire	75	25	0
Augmenter les services de gestion de cas	50	50	0
Mettre en œuvre des procédures de congé et de suivi efficaces pour tous les services de santé mentale et de traitement des dépendances	75	25	0
Améliorer les liens et les services de soutien pour répondre aux besoins d'intervention en santé mentale	75	25	0

Augmenter le soutien pour les troubles de santé mentale et de toxicomanie à long terme	0	75	25
Mettre en œuvre le programme provincial « Chaque porte est la bonne porte »	0	75	25
Améliorer la transition des services en cas de crise aux services plus stabilisés	0	50	50
Améliorer les services de santé mentale pour aînés	0	0	50

Objectif : Améliorer l'accès aux services

Projet d'amélioration systémique	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Développer le volet des services de santé du programme de logements avec services de soutien pour les clients de la santé mentale	100	0	0
Mettre en œuvre un programme intégré pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants	75	25	0
Ouvrir 32 lits pour toxicomanes dans les logements avec services de soutien	50	50	0
Mettre en œuvre des services coordonnés d'accueil et d'évaluation commune	0	75	25
Augmenter l'accès aux lits de gestion du sevrage (médicalement supervisée)	0	50	50
Renforcer la capacité des soins primaires à régler les problèmes de santé mentale et de toxicomanie	0	0	25

Comment saurons-nous que nous avons réussi?

- la proportion d'étudiants signalant un abus d'alcool et de drogues diminuera à la moyenne provinciale dans toutes les catégories

- le pourcentage de troubles mentaux chez les jeunes diminuera

- les taux de réadmission à trente jours pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie diminueront à la moyenne provinciale

- le taux de visites à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie pouvant être traités ailleurs diminuera

- le taux de visites répétées à l'urgence en 30 jours ou moins pour des troubles mentaux diminuera

- la proportion de résidents du RLISS de WW qui utilise les services de santé mentale et de traitement des dépendances augmentera.

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

- le RLISS de WW n'a pas conclu d'entente sur la responsabilisation en matière de services avec la plupart des fournisseurs de soins primaires et certains fournisseurs de services de santé mentale qui jouent un rôle vital dans l'atteinte de nos objectifs, ce qui pose un obstacle aux changements de comportement et à la mesure des résultats

- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée n'a pas encore publié la collection de rapports du groupe consultatif sur la santé mentale et les dépendances présentant des recommandations concernant la prestation des services dans la province

- la conjoncture économique mènera probablement à une hausse de la demande de services de santé mentale et de traitement des dépendances

- l'obtention des montants d'exploitation requis à l'appui de l'élargissement des infrastructures

- des liens plus solides doivent être établis entre les services communautaires et de soins primaires et les services communautaires liés à la toxicomanie et à la santé mentale

- on doit traiter les causes sous-jacentes et autres diagnostics associés aux visites à l'urgence et aux congés des hôpitaux

- les services de santé mentale et de traitement des dépendances reçoivent un financement de nombreuses sources, notamment autres ministères, sociétés d'assurances et fournisseurs privés, ce qui crée des enjeux pour la gestion de la répartition et des résultats de ces services.

Améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques

Description :

Les comportements sains chez les résidents du RLISS de WW sont en baisse. Entre 2003 et 2007, l'activité physique a diminué de même que la consommation de fruits et légumes. Durant la même période, les taux d'obésité ont augmenté régulièrement, de même que les taux de prévalence de nombreuses maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension, l'arthrite et l'asthme. Ces quatre affections chroniques représentent une grande proportion des visites au cabinet du médecin et à l'urgence et des hospitalisations et elles ont une incidence négative sur la qualité de vie. Conjugué à ces tendances négatives est le fait que, dans un sondage mené en avril 2009, moins de 50 % des résidents du RLISS ont indiqué que leur professionnel de la santé participait à la gestion de leur maladie chronique ou leur accordait le soutien nécessaire pour leur permettre de gérer leur maladie.

Enjeux clés :

- La prévalence des maladies chroniques dans le RLISS de WW est inférieure à celle de la province, mais le rythme de croissance de ces maladies est plus rapide dans le RLISS[17].

- Les comportements malsains, notamment tabagisme, consommation d'alcool et obésité, sont plus prévalents dans le RLISS de WW que dans la province et la tendance en ce qui a trait à ces comportements aura une incidence négative sur la prévalence des maladies chroniques; ainsi, l'obésité est en hausse, tandis que l'activité physique et la consommation de fruits et légumes diminue[16].

- En 2009, seulement 42,8 % des personnes diabétiques du RLISS de WW avaient subi les trois tests dans le délai recommandé (test A1C, test de LDL, examen de la rétine). L'objectif de la province est le suivant : 80 % des résidents diabétiques subissent les trois tests dans le délai recommandé[18].

- Le pourcentage de résidents qui subissent les trois tests dans le délai recommandé varie, allant de 22 % des gens dans Grey Sud et Wellington Nord à 49 % des résidents vivant à Guelph. Cet écart pourrait être attribuable à des problèmes liés à l'accès aux services, à la pratique médicale ou à l'obéissance des patients[17].

- Selon les résultats d'un sondage mené en 2009 par le RLISS, seulement 32 % des résidents atteints d'une maladie chronique signalent que leur fournisseur de soins primaires participe à la gestion de leur maladie, 42 % signalent qu'ils reçoivent des lettres de rappel sur la gestion de leur

[17] Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007
[18] Rapport sur le traitement du diabète, juillet 2009

maladie et 38 % déclarent qu'ils ont reçu des instructions écrites destinées à les aider à gérer leur maladie à la maison[19].

- Les normes de traitement du diabète varient dans le RLISS et selon les divers modèles de soins primaires.

Réussites de la dernière année :

- lancement du projet de démonstration ***HEALTHeCONNECTIONS*** qui permet aux patients de communiquer avec leur fournisseur de soins primaires en toute sécurité et leur donne des outils pour surveiller leur état de santé

- élargissement de l'infrastructure des programmes et services pour le diabète dans le RLISS grâce à l'agrandissement de trois de nos équipes sur le diabète, ce qui permettra à un plus grand nombre de résidents diabétiques d'avoir accès rapidement aux services à proximité de leur domicile

- formulation d'un cadre exhaustif pour la prévention et la gestion des maladies chroniques autres que le diabète, ce qui nous permettra de mieux comprendre le système de prestation actuel et d'identifier les populations prioritaires ainsi que les ressources requises pour les servir

- mise au point d'un programme bariatrique exhaustif pour améliorer l'accès aux services destinés aux patients atteints d'une obésité morbide

- stabilisation du programme vasculaire du RLISS qui a permis d'offrir les services aux résidents de la région et d'éviter ainsi les déplacements à l'extérieur du RLISS

- mise en œuvre d'un programme de dialyse péritonéale dans deux maisons de soins de longue durée en association avec le programme rénal régional, lequel permet aux résidents atteints d'une insuffisance rénale chronique au stade ultime de recevoir leur traitement à domicile et offre des options de soins de longue durée aux personnes nécessitant ce niveau de soin

- élargissement du programme de dialyse à domicile en association avec le programme rénal régional pour offrir plus d'options axées sur le patient aux dialysés

- aménagement d'un centre régional de coordination qui dirigera tous les services liés au diabète dans Waterloo Wellington et favorisera l'obtention de meilleurs résultats pour les résidents diabétiques.

Objectifs et plans d'action

[19] Attitudes et comportements à l'égard du système de soins de santé dans la région servie par le RLISS de WW, rapport final, avril 2009

Conformité aux priorités gouvernementales :

L'amélioration de l'accès aux services et de la prestation des services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques est conforme à la priorité du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à savoir appuyer la mise en œuvre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète. Un grand nombre d'initiatives en cours et prévues pour les trois prochaines années ont pour but d'améliorer l'autogestion de la santé et la prestation des services destinés aux diabétiques; cependant, l'infrastructure, les TI et les programmes en voie d'élaboration viseront d'autres maladies chroniques à l'avenir. Ces travaux mèneront à une diminution des visites à l'urgence et des hospitalisations pour les personnes atteintes d'affections chroniques et à une amélioration de la santé de la collectivité.

Objectifs :

- améliorer la gestion des maladies chroniques et l'autogestion de la santé
- améliorer l'accès aux services spécialisés pour les patients atteints d'affections chroniques

Projets d'amélioration :

Objectif : Améliorer la gestion des maladies chroniques et l'autogestion de la santé

Projet d'amélioration systémique	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Mettre en œuvre un cadre exhaustif pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, à commencer par le diabète	25	25	25
Mettre en œuvre de Registre des cas de diabète	50	50	0

Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés pour les patients atteints d'affections chroniques

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Mettre en œuvre un programme bariatrique exhaustif	75	25	0
Mettre en œuvre un élément relatif à la chirurgie endovasculaire du programme vasculaire	50	50	0
Élargir la dialyse péritonéale à d'autres maisons de soins de longue durée	50	25	25
Lancer un centre régional du diabète et les programmes connexes	50	25	25
Poursuivre la mise en œuvre et la concordance inter-RLISS du programme vasculaire	0	0	50

Comment saurons-nous que nous avons réussi?

- diminution du pourcentage de visites à l'urgence et d'hospitalisations mettant en cause des patients diabétiques
- pourcentage accru de personnes diabétiques affirmant que leur fournisseur de soins primaires participe régulièrement à la gestion de leur maladie chronique
- diminution de la proportion de la population atteinte de diabète
- pourcentage accru de diabétiques ayant accès à un fournisseur de soins primaires
- augmentation du pourcentage de personnes diabétiques âgées de 18 ans et plus ayant subi les trois tests pour le diabète, l'analyse du LDL et le test HbA1C (mesure de la cholestérolémie) dans le délai recommandé à 80 % (objectif de l'Ontario)
- augmentation du pourcentage de patients dialysés recevant leur traitement à domicile à 35 % (objectif de l'Ontario)
- nombre accru de demandeurs admissibles à un financement pour des pompes à insuline et à des fournitures pour adultes
- nombre accru de chirurgies bariatriques pratiquées annuellement.

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

- assurer la viabilité du programme de chirurgie vasculaire du RLISS de WW

- obtenir la participation des partenaires appropriés à la mise en œuvre du cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques

- même si les services sont offerts, l'obéissance aux tests et aux modifications du mode de vie resteront un problème

- le RLISS de WW n'a conclu aucune entente de responsabilisation en matière de services avec les équipes de santé familiale ou autres fournisseurs de soins primaires qui joueront un rôle essentiel dans l'atteinte de nos objectifs.

Améliorer les résultats des victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) grâce à des programmes intégrés

Description :

Le RLISS de WW abrite un centre pour accidents vasculaires cérébraux (AVC) de district (Hôpital Grand River); notre centre régional pour AVC est Hamilton Health Sciences. Les patients victimes d'un AVC peuvent recevoir des soins à n'importe quel hôpital de soins actifs du RLISS; cependant, les secours médicaux d'urgence acheminent les patients qui manifestent les signes et symptômes d'un AVC directement à l'Hôpital Grand River. Pour certains aspects du traitement des AVC, Waterloo Wellington obtient de très bons résultats. Les données de 2006 suggèrent que cela inclut l'acheminement rapide des patients à l'urgence pour recevoir un diagnostic et des médicaments qui diminuent les effets de l'AVC. Cependant, le secteur nécessitant des améliorations est celui des soins à la suite d'un AVC. Waterloo Wellington affiche un taux de réadmission à trois mois (2005-2006) et des taux de mortalité à 30 jours en milieu hospitalier (2007-2008) supérieurs à la moyenne. On peut améliorer ces taux en augmentant les services de réadaptation pour malades hospitalisés et en consultation externe pour les victimes d'AVC bénin et grave. À l'heure actuelle, le nombre de personnes hospitalisées pour un AVC renvoyées chez elles sans services à domicile est supérieur à la moyenne provinciale.

Enjeux clés :

- les facteurs de risque d'AVC ont augmenté dans le RLISS entre 2003 et 2007; ce sont le tabagisme, l'excès de poids et l'obésité, l'inactivité physique et une mauvaise alimentation[20]

- le taux de mortalité à l'hôpital à la suite d'un AVC du RLISS pour la période 2005-2006 et 2007-2008 s'élevait à 20,3 %, ce qui était le deuxième plus élevé de la province[21]

- en date de 2005-2006 le taux de réadmission dans les trois mois suivant un AVC était le deuxième plus élevé dans la province[22]

- en 2004-2005, un nombre moins élevé de résidents ayant subi un AVC grave a été acheminé aux services de réadaptation pour hospitalisés (26,4 %), ce qui était inférieur à la moyenne provinciale de 35,1 %. Le pourcentage de patients ayant subi un AVC grave acheminé aux services de réadaptation pour hospitalisés en 2004-2005 a considérablement diminué par rapport à 2002-2003 (51,3 %). Durant la même période, le nombre de patients ayant subi un AVC grave acheminé aux maisons de SLD a augmenté de 2,0 % à 17,9 %, ce qui était supérieur à la moyenne provinciale de 11,9 % en 2004-2005[23].

[20] Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007
[21] Rapport sur les indicateurs de santé, 2009. Institut canadien d'information sur la santé
[22] Ontario Stroke Evaluation Report 2006: Technical Report
[23] Registre du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires – Report on the 2004/05 Ontario Stroke Audit

- les patients qui ne reçoivent pas de soins de suivi appropriés à la suite d'un AVC sont plus aptes à être réadmis, à souffrir d'une incapacité à long terme et ont un risque accru de mortalité.

Réussites de la dernière année :

- prolongement du délai d'administration sécuritaire du médicament TPA de 3 heures à 4,5 heures

- mise en œuvre à l'Hôpital Grand River de l'Alpha-FIM, outil administré à tous les patients présentant une affection aiguë ayant subi un AVC dans les 48 à 72 heures qui détermine le niveau de réadaptation le plus approprié

- mise en œuvre d'un outil de dépistage de l'aphasie à l'Hôpital Grand River, lequel est utilisé dans tout l'hôpital. Il s'agit d'un simple test de la déglutition qui diminue la pneumonie de déglutition chez les victimes d'AVC.

- élaboration de cartes de soins normalisées, d'ordonnances ordinaires pour AVC et de séances d'éducation des patients à l'échelle du RLISS

- mise en œuvre d'un outil énonçant les meilleures pratiques à utiliser dans le cas de patients à risque d'AVC, ayant subi un AVC ou se rétablissant à la suite d'un AVC qui a été distribué aux fournisseurs de services de santé dans l'ensemble du continuum de soins

- élaboration d'un plan visant des secours médicaux d'urgence dans l'ensemble du système

- élaboration d'un plan visant à assurer la réintégration communautaire réussie des survivants d'un AVC

- conclusion d'un examen des services pour AVC dans le RLISS qui orientera la prestation de soins axés sur les meilleures pratiques dans Waterloo Wellington au cours des cinq prochaines années.

Objectifs et plans d'action

Conformité aux priorités gouvernementales :

En améliorant les résultats pour les victimes d'un AVC dans le RLISS, nous diminuerons le nombre de visites à l'urgence, ce qui réduira les temps d'attente et les hospitalisations et améliorera notre pourcentage de journées consacrées aux ANS. De plus, l'aspect prévention primaire de la stratégie de lutte contre les AVC aura une incidence sur la prévention et la gestion des maladies chroniques en réduisant la gravité de l'incapacité due à l'AVC et le fardeau des soins à la suite d'un AVC.

Objectifs :

- améliorer les soins de prévention et la gestion des patients à risque d'AVC par les fournisseurs de soins primaires

- ramener les taux de réadmission et de mortalité à la moyenne provinciale.

Projets d'amélioration :

Objectif : Améliorer la prévention et la gestion en soins primaires

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Mettre en œuvre des séances éducatives axées sur la prévention des AVC à l'intention des élèves du secondaire	25	25	25
Mettre en œuvre des programmes de sensibilisation « vivre avec un AVC » avec les mennonites	25	25	25
Renforcer les liens vers la promotion et la sensibilisation du public aux signes et aux symptômes de l'AVC auprès des CSC et des EST et viser d'autres modèles de soins primaires	25	25	50
Mettre en œuvre les meilleures pratiques de la RNAO en matière de renoncement au tabac dans tous les hôpitaux du RLISS	50	25	25

Objectif : Ramener les taux de réadmission et de mortalité à la moyenne provinciale

Projet d'amélioration systémique	2010-2011	2011-2012	2012-2013
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Élaborer un modèle de regroupement des soins pour AVC (soins aigus et de réadaptation) dans les RLISS de HNHB et de WW	100	0	0
Mettre en œuvre un plan de secours médicaux d'urgence pour les victimes d'AVC à l'échelle du RLISS de WW	100	0	0

Élargir l'Alpha-FIM dans le RLISS	100	0	0
Élargir l'outil de dépistage de l'aphasie aux établissements de soins actifs du RLISS	75	25	0
Mettre en œuvre un mécanisme régional d'évaluation et de surveillance pour faire un suivi de l'optimisation et des meilleures pratiques en matière de soins pour un AVC dans le continuum	50	25	25
Mettre en œuvre des unités de soins pour AVC à l'échelle du RLISS (soins aigus et de réadaptation)	0	50	50
Mettre en œuvre des outils d'évaluation normalisés pour les soins actifs et de réadaptation à l'échelle du RLISS	0	25	50
Mettre un outil d'acheminement aux soins pour AVC à l'échelle du RLISS	25	50	25
Mettre en œuvre les recommandations de l'examen des services pour AVC du RLISS	25	50	25

Comment saurons-nous que nous avons réussi?

- changement accru des notes du FIM (outil d'évaluation de la réadaptation) durant la réadaptation du patient hospitalisé
- durée appropriée du séjour en réadaptation
- diminution de la réadmission à 30 jours aux soins actifs des patients ayant subi un AVC
- diminution du taux de mortalité à 30 jours en milieu hospitalier à la suite d'un AVC
- pourcentage accru de victimes d'AVC renvoyées allant en réadaptation au moment du congé
- pourcentage accru de victimes d'AVC traitées dans une unité spécialisée en AVC.

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

- financement/temps/motivation des partenaires nécessaires à la mise en œuvre de nos initiatives d'amélioration

- manque de données courantes qui nous empêche de prendre des décisions concernant les endroits où les services devraient être offerts et les problèmes auxquels notre collectivité est confrontée

- ressources communautaires à la disposition des patients à la suite d'un AVC

- manque de lien entre les ensembles de données actuels sur les AVC.

Diminuer le nombre de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS)

Description :

Le terme « autres niveaux de soins » ou ANS fait référence aux patients hospitalisés qui n'ont plus besoin de traitement pour une affection aiguë; cependant, on ne peut leur accorder leur congé pour diverses raisons, notamment un manque de soutien à domicile ou une période d'attente pour l'obtention d'un placement dans une maison de soins de longue durée.

Les patients en attente d'ANS occupent les lits d'hôpitaux requis par les patients admis par l'entremise de l'urgence. Au mois d'août 2009, à Waterloo Wellington, environ 17 % des patients étaient classés ANS, ce qui signifie qu'à n'importe quel moment, environ 150 lits dans les hôpitaux du RLISS étaient occupés par des patients qui ne requièrent plus les soins dispensés par l'hôpital. La moyenne provinciale pour la même période s'établit à 15,6 % de journées consacrées aux ANS. L'objectif du RLISS de WW pour 2009-2010 est de 9,46 %.

Enjeux clés :

- les patients qui séjournent longtemps en attente d'ANS connaissent une baisse fonctionnelle significative
- entre septembre 2008 et août 2009 dans le RLISS de WW, environ 60 % des patients en attente d'ANS aux soins actifs attendaient un placement en maison de SLD, 17 % attendaient un lit de soins de réadaptation et 9 % attendaient un lit de soins palliatifs[24]
- l'emplacement et le type de lits de SLD actuels ne concordent pas avec la demande actuelle
- en date du mois d'août 2009, le taux d'occupation des maisons de SLD du RLISS s'élevait à 99,7 %[25]
- la durée moyenne du séjour en maison de SLD s'élève à 2,5 ans dans le RLISS[24]
- le RLISS de WW a le nombre le moins élevé de lits en chambre semi-privée par tranche de 1 000 résidents âgés de 75 ans et plus de la province et la deuxième demande et liste d'attente par lit de long séjour de la province[24]
- les caractéristiques de patients qui séjournent longtemps en attente d'ANS (plus de 60 jours) incluent : troubles du comportement (agressivité, démence grave, errance), besoins élevés et deux appareils de levage[26].

[24] Rapport mensuel sur les ANS des hôpitaux, 2008-2009
[25] Rapport sur le système de maisons de soins de longue durée, août 2009
[26] Rapports sur les patients séjournant longtemps en attente d'ANS, 2009

Réussites de la dernière année :

- mise en œuvre de diverses initiatives de l'année 2 de Vieillir chez soi qui ont mené à une diminution des ANS de 22 % à 16 %. Exemples de ces initiatives :
  - lancement du programme intégré d'aide à la vie autonome pour les aînés dans trois emplacements du RLISS
  - équipes communautaires de soins palliatifs
  - logements avec services de soutien
  - logements transitoires pour victimes d'une lésion cérébrale acquise
  - élargissement des services d'approche de préposés
  - préposés au soutien gériatrique intensif dans le RLISS à l'appui de la mise en œuvre d'infirmières spécialisées en gestion gériatrique d'urgence dans la collectivité
  - élargissement des services de relève de nuit pour les personnes atteintes d'Alzheimer et de démences connexes

- lancement d'un programme de transition, notamment lits transitoires, lits intérimaires de soins de longue durée et soins palliatifs, qui a permis aux patients en attente d'ANS d'être placés dans un milieu de soins plus approprié en attendant un placement à leur destination

- lancement de la philosophie Home First qui assurera que les patients sont évalués pour l'obtention de SLD dans le milieu le plus approprié et fournira les ressources appropriées à l'appui du congé à domicile

- élargissement des services de préposés aux services de soutien à la personne par l'entremise du CASC de WW

- élargissement des services d'approche de préposés dans la région de Waterloo, ce qui assurera que les aînés peuvent rester dans la collectivité en recevant le soutien approprié et reportera l'admission aux SLD

- mise en œuvre des recommandations issues de l'examen des soins continus complexes qui a mené à l'optimisation des ressources de SCC dans le RLISS de WW

- lancement d'un programme de logements avec services de soutien de 33 lits.

Objectifs et plans d'action

Conformité aux priorités gouvernementales :

La diminution des journées consacrées aux autres niveaux de soins est un volet clé de la stratégie provinciale sur les SU/ANS. En concentrant nos efforts sur deux secteurs clés, utilisation plus efficace des lits de soins actifs et renforcement de l'accès aux services communautaires, nous ferons diminuer notre pourcentage de journées consacrées aux ANS, assurons que les patients reçoivent des services dans le milieu le

plus approprié et diminuerons les temps d'attente à l'urgence en libérant des lits de soins actifs.

Objectifs :

- utiliser les lits de soins actifs plus efficacement
- renforcer l'accès aux services communautaires pour accélérer les congés de l'hôpital

Projets d'amélioration :

Objectif : Utiliser les lits de soins actifs plus efficacement et renforcer l'accès aux services communautaires pour accélérer les congés de l'hôpital

Projet d'amélioration systémique	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**
	Le nombre indique le pourcentage d'achèvement anticipé pour chaque projet d'amélioration systémique au cours de chacune des trois prochaines années		
Mettre en œuvre un programme intégré de soins palliatifs dans le RLISS	100	0	0
Lancer un hospice résidentiel de 10 lits	100	0	0
Mettre en œuvre l'outil d'appariement des ressources pour faciliter l'acheminement aux services communautaires	25	25	25
Élargir le programme intégré d'aide à la vie autonome pour les aînés	90	10	0
Lancer 16 lits en logement avec services de soutien pour les victimes d'une lésion cérébrale acquise	100	0	0
Mettre en œuvre la philosophie Home First et le programme de transition à l'échelle du RLISS	75	25	0
Mettre au point et appliquer uniformément les critères et les politiques relatifs au congé des SLD	75	25	0

Ouvrir 288 nouveaux lits de SLD	75	25	0
Élaborer des procédures d'accueil et de congé normalisées à l'appui des unités de soins spécialisés	50	25	25
Cerner les possibilités pour les maisons de SLD d'accepter des pensionnaires nécessitant un niveau plus élevé de soins	50	25	25
Réaménager les maisons de SLD	25	25	25
Cerner des possibilités pour les maisons de SLD d'optimiser l'utilisation des ressources communautaires	50	25	25

Comment saurons-nous que nous avons réussi?

- diminution du pourcentage d'ANS pour atteindre l'objectif provincial, qui s'établit à 9,46 % à l'heure actuelle

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

- les initiatives relatives aux ANS exigent une démarche coordonnée axée sur la participation de nombreux partenaires de différents secteurs. Cela entraîne des enjeux pour la mise en œuvre de changements systémiques, car il y a des perspectives, un financement et des processus variés à l'échelle du système de santé.

- les processus de planification du congé varient d'un hôpital à l'autre, ce qui exige l'adaptation de solutions systémiques aux établissements individuels

- la construction et le réaménagement de maisons de SLD pourraient être retardés

- le programme de transition actuel prend fin le 31 mars 2010

- le prolongement provincial des ERS-FSLD pourrait affecter les calendriers et/ou les résultats de certains projets d'amélioration

- politiques relatives à la mise en œuvre d'unités comportementales dans les maisons de SLD qui posent des obstacles.

Incidences sur les ressources du système

La section précédente présente les projets d'amélioration systémiques, ou activités, qui seront effectués par les divers fournisseurs de services de santé, réseaux et comités de Waterloo Wellington au cours des trois prochaines années. Ces projets nous aideront à atteindre chacun des objectifs liés aux huit priorités du PSSI de 2010-2013 et, en fin de compte, à réaliser notre vision d'un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et leurs petits-enfants.

Dans le cadre du plan, il importe que nous déterminions les incidences que la mise en œuvre de ces activités aura sur les ressources du système de santé. Le tableau 1 présente les coûts associés aux activités planifiées pour donner suite aux priorités de notre PSSI de 2010-2013. À noter que cela représente uniquement les fonds qui seront accordés par le RLISS de WW à ses fournisseurs de services de santé et ne comprend pas les activités mentionnées précédemment dans ce document qui pourraient être subventionnées directement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, un fournisseur de services de santé ou une autre source.

Les hypothèses générales régissant la répartition et le niveau de ressources incluent :

- Aucune hausse de financement pour quelque secteur que ce soit relativement au financement fourni en 2009-2010. Cela inclut les initiatives de financement suivantes destinées spécifiquement aux hôpitaux :
    - Financement des petits hôpitaux
    - Financement de croissance
    - Formule de financement

- Tout changement aux niveaux de financement déjà communiqué aux fournisseurs de services de santé, notamment :
    - Unités de soins intensifs néonatals (hôpitaux)
    - Paiements à la séance (fournisseurs de services de santé mentale)
    - Ajustements aux salaires de base des médecins (centres de santé communautaire)
    - Changements aux groupements d'utilisation des pensionnaires (RUGS) (maisons de soins de longue durée)
    - Projets Vieillir chez soi approuvés (tous les fournisseurs affectés)
    - ERS-M (fournisseurs communautaires)

Tableau 1 : Financement des fournisseurs de services de santé du RLISS de WW (2009-2010-2012-2013)

Financement de base	2009 - 2010	2010 - 2011	2011 - 2012	2012 - 2013
Hôpitaux	517 338 239	527 549 996 *(1)*	527 549 996	527 549 996
Maisons de soins de longue durée	138 749 933	139 189 129 *(2)*	139 189 129	139 189 129
Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington	96 572 856	101 115 917	101 067 953	101 057 901
Services de soutien communautaire	13 822 729	15 073 394	15 073 394	15 073 394
Lésion cérébrale acquise	1 323 900	2 231 402	2 231 402	2 231 402
Services d'aide à la vie autonome en logement avec services de soutien	6 306 400	6 206 398	6 206 398	6 206 398
Centres de santé communautaire	15 453 954	15 544 550	15 544 550	15 544 550
Santé mentale communautaire	27 552 500	27 841 282	27 841 282	27 841 282
Programmes de lutte contre la toxicomanie	7 674 240	7 674 236	7 674 236	7 674 236
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	29 358 500	29 659 129 *(3)*	29 659 129	29 659 129
Total partiel	**854 153 251**	**872 085 433**	**872 037 469**	**872 027 417**

Financement unique	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Hôpitaux	20 610 892	11 009 894 *(4)*	11 009 894	11 009 894
Maisons de soins de longue durée	321 397	-	-	-
Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington	-2 183 296	-	-	-
Services de soutien communautaire	-38 909	-	-	-
Lésion cérébrale acquise	-	-	-	-
Services d'aide à la vie autonome en logement avec services de soutien	-	-	-	-
Centres de santé communautaire	-318 774	-	-	-
Santé mentale communautaire	-59 840	-	-	-
Programmes de lutte contre la toxicomanie	805 000	-	-	-
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	550 000	-	-	-
Total partiel	**19 686 470**	**11 009 894**	**11 009 894**	**11 009 894**

Autre financement	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13
Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes	-	2 339 761	2 339 761	2 339 761
Stratégie Vieillir chez soi	650 556	4 814 107	4 814 107	4 814 107
Retenue de Vieillir chez soi		-2 276 950	-2 276 950	-2 276 950
Plan d'action sur les services des urgences	5 750	149 050	149 050	149 050
Nouveaux services de soins de longue durée et de santé mentale	-	10 838 202 *(5)*	30 989 128	40 799 148
Total partiel	**656 306**	**15 864 170**	**36 015 096**	**45 825 116**

TOTAL	874 496 027	898 959 496	919 062 459	928 862 427

Notes :

(1.) Le financement de base des hôpitaux mentionné inclut le financement de base global, les allocations de base du financement Vieillir chez soi des années antérieures et le Financement pour les initiatives prioritaires urgentes, ainsi que les montants suivants considérés comme de base :

- Financement pour infirmières praticiennes de 738 000 $;
- Formule de financement des hôpitaux proposée pour 2010-2011 de 4 176 971 $ (fondée sur des critères) et de 3 845 800 $ (non fondée sur des critères);
- Financement des petits hôpitaux de 149 100 $ (sous réserve d'une confirmation du gouvernement);
- Financement de haute croissance de 651 900 $ (sous réserve d'une confirmation du gouvernement);
- Subventions pour compenser les taxes municipales de 159 225 $.

(2.) Reflète une diminution du financement d'une initiative de Vieillir chez soi, à compter de 2010-2011.

(3.) Inclut un financement de base global ainsi que les montants suivants considérés comme étant de base :

- Formule de financement des hôpitaux proposée pour 2010-2011 de 82 129 $ (fondée sur des critères) et de 218 500 $ (non fondée sur des critères).

(4.) Reflète le financement approuvé pour la réduction des temps d'attente de 8 734 300 $ et un financement d'immobilisation de 2 275 594 $.

(5.) Reflète l'estimation préliminaire des ressources requises pour dispenser des services par l'entremise de 331 nouveaux lits de soins de longue durée et des lits de santé mentale à plus long terme cédés et des services communautaires associés, selon les hypothèses suivantes :

- 96 nouveaux lits de SLD seront ouverts en octobre 2010;
- 192 nouveaux lits de SLD seront ouverts en octobre 2011;
- 43 nouveaux lits de SLD seront ouverts en décembre 2012;
- Les 50 lits de soins de santé mentale cédés seront ouverts en octobre 2010;
- Les services communautaires de santé mentale cédés seront dispensés à compter d'octobre 2010.

Opérations du RLISS de WW

Le tableau 2 présente les dépenses réelles pour 2009-2010 et les dépenses prévues pour la période de ce Plan d'activités annuel, de 2010-2011 à 2012-2013.

Étant donné que l'annonce du budget n'a pas encore été faite et, par conséquent, que les objectifs de financement n'ont pas été confirmés, le RLISS de WW a présumé une augmentation nulle de l'allocation de financement. Le plan des dépenses du RLISS de WW présume également ce qui suit :

- 29,5 ETP
- Avantages sociaux des employés représentant 20 % des salaires et traitements
- Frais totaux de gouvernance au niveau de l'allocation de 2009-2010
- Les frais d'hébergement et les coûts partagés du Bureau des services communs des RLISS sont tous deux fondés sur les augmentations de coûts anticipées au moment de la soumission du PAA

Tableau 2 : Plan de dépenses pour les opérations du RLISS de WW					
Sous-catégorie d'opérations du RLISS ($)	**Nombre réel pour 2009-2010**	**Affectation pour 2009-2010**	**Dépenses prévues pour 2010-2011**	**Dépenses prévues pour 2011-2012**	**Dépenses prévues pour 2012-2013**
Salaires et traitements	2 213 360	2 418 801	2 451 904	2 451 904	2 451 904
Avantages sociaux des employés					
Régime de rentes des hôpitaux de l'Ontario	237 232	226 059	230 472	230 472	230 472
Autres	252 332	214 865	220 908	220 908	220 908
Montant total des avantages sociaux des employés (note 1)	***489 565***	***440 924***	***451 381***	***451 381***	***451 381***
Transport et communications					
Déplacements du personnel	39 505	47 000	58 619	58 619	58 619
Déplacements des dirigeants	12 239	14 000	11 337	11 337	11 337
Communications	69 097	139 050	72 999	72 999	72 999
Autres	5 000		-	-	-
Montant total des frais de transport et de communications	***125 842***	***200 050***	***142 955***	***142 955***	***142 955***
Services					
Hébergement	210 273	252 943	287 080	287 080	287 080
Publicité	31 580	-	44 900	44 900	44 900
Services bancaires	-		-	-	-
Participation communautaire	62 195	78 691	-	-	-
Frais de consultation	158 181	255 441	192 375	192 375	192 375
Location de matériel	16 589	21 500	35 524	35 524	35 524
Indemnité journalière des dirigeants	82 250		72 800	72 800	72 800
Indemnité journalière des autres dirigeants	34 100	149 170	64 685	64 685	64 685
Partenariat des RLISS	12 286		50 000	50 000	50 000
Coûts du Bureau des services communs des RLISS	362 714	300 000	322 941	322 941	322 941
Autres dépenses liées aux réunions	41 015	43 000	45 950	45 950	45 950
Autres frais de gouvernance	57 647	24 200	26 627	26 627	26 627
Impression et traduction	49 105	53 000	45 500	45 500	45 500
Perfectionnement du personnel	52 534	45 500	54 698	54 698	54 698
Montant total des services	***1 170 469***	***1 223 444***	***1 243 080***	***1 243 080***	***1 243 080***
Fournitures et matériel					
Matériel de TI			-	-	-
Fournitures de bureau et matériel acheté	31 462	71 200	65 099	65 099	65 099
Montant total des frais de fournitures et de matériel	***31 462***	***71 200***	***65 099***	***65 099***	***65 099***
Cybersanté	***600 000***	***600 000***	***600 000***	***600 000***	***600 000***
Opérations du RLISS : dépenses totales prévu	4 630 697	4 954 419	4 954 419	4 954 419	4 954 419
Cible de financement annuel	4 954 419		4 954 419	4 954 419	4 954 419
Variance (note 2)	-323 722		-	-	-
Financement unique					
Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000
Responsable des SU	75 000	75 000	75 000	75 000	75 000
Responsable des SU/ANS	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Participation communautaire autochtone	05 000	05 000	05 000	05 000	05 000
Autogestion du diabète	16 351	35 000			
Projet pilote sur l'Évaluation d'impact sur l'équité en santé	-	8 500			
Services en français	15 163	61 700	61 700	61 700	61 700
Montant total du financement non opérationnel	***236 514***	***310 200***	***266 700***	***266 700***	***266 700***
Cible de financement unique	310 200		266 700	266 700	266 700
Variance (note 3)	-73 686		-	-	-

Note 1 : Les congés accumulés et les avantages obligatoires excédant le budget ont contribué à l'excès du montant total des avantages sociaux des employés de 2009-2010 sur l'allocation.
Note 2 : La variance pour 2009-2010 représente les apports de capitaux différés durant l'exercice.
Note 3 : La variance pour 2009-2010 inclut un financement unique de 46 537 $ pour les services en français dont le report à 2010-2011 a été approuvé.

Plan de dotation du RLISS de WW

Tableau 3 : Plan de dotation du RLISS de WW (équivalents temps plein)

Titre du poste	ETP actuels au 31 mars 2008-2009	EPT prévus 2009-2010	EPT prévus 2010-2011	EPT prévus 2011-2012	EPT prévus 2012-2013
Directeur général	1	1	1	1	1
Directeur principal	2	2	2	2	2
Che de l'information	1	1	1	1	1
Adjoint de direction	1	1	1	1	1
Réceptionniste	1	1	1	1	1
Adjoint de programme	2	2	2	2	2
Adjoint admin.	4	4	4	4	4
Contrôleur	1	-	-	-	-
Planificateur	1	1	1	1	1
Analyste		1	1	1	1
Analyste principal	2	3	3	3	3
Chef de programme	2	3	3	3	3
Gestionnaire	3	3	3	3	3
Gestionnaire principal	3	3	3	3	3
Gestionnaire principal, cybersanté	1	1	1	1	1
Adjoint, cybersanté	1	1	1	1	1
Responsable des services communautaires	1	1	1	1	1
Webmestre	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Nombre total d'ETP	27,5	29,5	29,5	29,5	29,5

Plan de communications

Le RLISS de WW élabore un Plan de communications annuel à l'appui de sa mission, de sa vision et de ses valeurs. Il met en œuvre diverses stratégies de communication pour renforcer les relations avec ses intervenants, notamment fournisseurs de services de santé, partenaires communautaires, dirigeants politiques (municipaux, provinciaux et fédéraux), médias, usagers et résidents. Le RLISS de WW est déterminé à travailler d'une manière ouverte, transparente et redevable alors qu'il continue de diriger le renouvellement de notre système de santé local.

Le Plan d'activités annuel renferme de nombreux éléments d'annonces et a été intégré au Plan de communications élaboré pour *Working Together for a Healthier Future, Integrated Health Service Plan, 2010-2013.*

Le RLISS de WW mettra le Plan d'activités annuel à la disposition du public, des intervenants et des fournisseurs de services de santé de plusieurs façons, notamment copies imprimées, copie électronique affichée sur le site Web du RLISS, mises à jour régulières dans les bulletins.

Le Plan de communications annuel appuie le RLISS en accomplissant ce qui suit :

- Confirmer le rôle du RLISS qui consiste à diriger le renouvellement du système de santé dans l'intérêt de la collectivité et d'une manière ouverte et transparente.
- Accroître la sensibilisation aux orientations stratégiques et aux initiatives clés de l'organisme, notamment aux responsabilités financières.
- Sensibiliser les intervenants externes aux questions de santé actuelles et émergentes.
- Décrire et optimiser les possibilités de participation aux activités communautaires.
- Aider le public à mieux comprendre le RLISS tout en favorisant des relations positives avec les intervenants communautaires.
- Prévoir des occasions d'appuyer les efforts de communication des fournisseurs de services de santé.

Le Plan de communications du RLISS pour 2010-2011 décrit :

- Objectifs stratégiques
- Intervenants internes et externes
- Calendrier des stratégies y compris activités médiatiques et relations avec le gouvernement
- Mécanisme de mesure et de rapport

Annexes

Annexe 1 : Réduire les temps d'attente pour les examens par imagerie par résonance magnétique (IRM)

Situation actuelle :

Portée des services fournis – Il y a actuellement deux appareils d'IRM exploités dans deux hôpitaux du RLISS et un appareil d'IRM dans une clinique.

Nombre et types de clients servis annuellement :

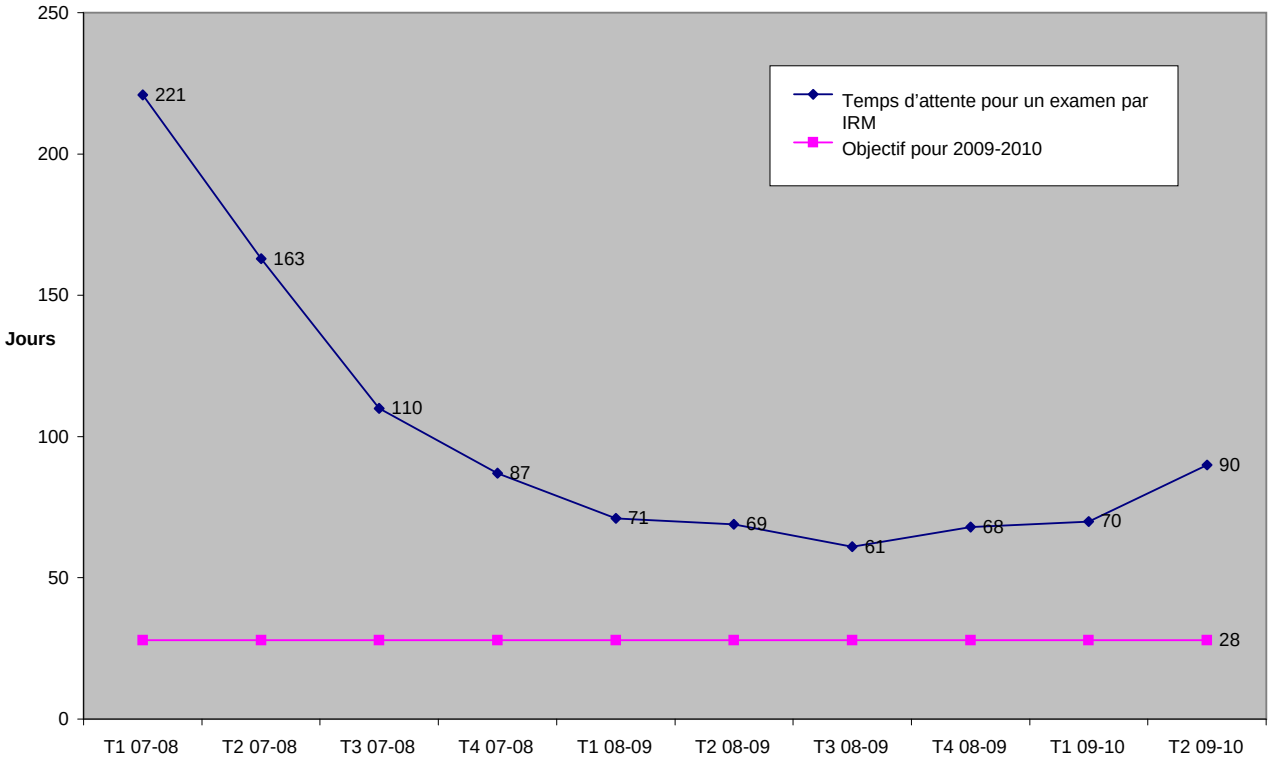
Nombre d'examens effectués dans chacun des trois emplacements ayant un appareil d'IRM dans Waterloo Wellington en 2008-2009:

Hôpital général de Guelph – 9 568

Hôpital Grand River – 8 078

Kitchener-Waterloo KMH Cardiology and Diagnostic Centre – 3 969

Temps d'attente pour un examen par IRM - 90e percentile (jours)



- Source : Temps d'attente pour les IRM, consulté par le truchement d'iPort Access

Annexe 2 : Améliorer l'accès aux services des urgences (SU)

Situation actuelle :

Portée des services fournis – Six hôpitaux du RLISS de WW ont un service des urgences et tous ont connu des améliorations importantes durant la dernière année par suite de plusieurs initiatives. Le projet d'amélioration du rendement des services des urgences a mené à une réorganisation des SU visant à assurer une circulation plus efficace des patients, un temps d'exécution plus rapide des tests diagnostiques importants et l'accélération du congé des patients. Le Programme de financement axé sur les résultats a également permis à deux hôpitaux d'ajouter de nouveaux services et d'accroître les efficiences. Le lancement de plusieurs programmes, notamment l'affectation d'infirmières au déchargement des ambulances et l'affectation d'infirmières spécialisées en gestion des urgences gériatriques aux services des urgences, ont également contribué au fonctionnement plus efficace des SU.

Parallèlement, des travaux sont en cours en vue de fournir des solutions de rechange à l'urgence aux résidents du RLISS. Citons les initiatives de l'année 1 de Vieillir chez soi, par exemple First Link et Access to care pour les sans-abri, une augmentation des services de préposés aux services de soutien à la personne et une capacité additionnelle qui sera mise en œuvre au cours des prochaines années (50 lits de soins de santé mentale à plus long terme, 288 lits de soins de longue durée, 33 lits en logements avec services de soutien, etc.).

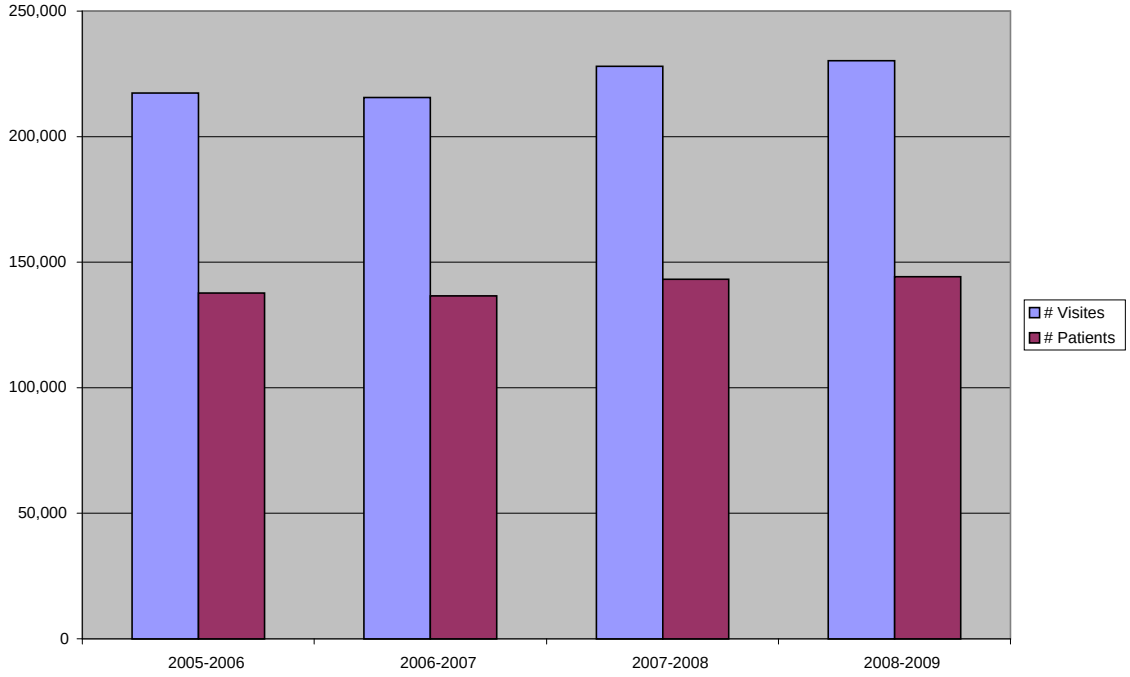
Nombre et types de clients servis annuellement :

Volume total de visites non prévues à l'urgence en 2008-2009 : 230 364 visites, 144 233 patients

Hôpital	Nombre de visites	Nombre de patients
HÔPITAL GÉNÉRAL DE GUELPH	43 572	29 562
HÔPITAL MEMORIAL DE CAMBRIDGE	45 342	29 863
ASSOC. HOSPITALIÈRE GRAND RIVER EMPLACEMENT DE WATERLOO	55 603	39 405
HÔPITAL COMMUNAUTAIRE GROVES MEMORIAL	22 727	14 756
HÔPITAL GÉNÉRAL ST. MARY	43 551	30 124
NORTH WELLINGTON HEALTH CARE-MOUNT FOREST	10 922	5 378
NORTH WELLINGTON HEALTH CARE-PALMERSTON	8 647	4 425

Source : Tableau de données sur les soins ambulatoires, savoirSANTÉ Ontario, consulté le 15 novembre 2009

Nombre total de visites à l'urgence et de patients dans les hôpitaux du RLISS de WW 2005-2006 – 2008-2009



Source : Tableau de données sur les soins ambulatoires, savoirSANTÉ Ontario, consulté le 15 novembre 2009

Volumes des SU du RLISS de WW, 2008-2009 selon le niveau sur l'échelle de triage (ÉTG de 1 à 5)

Niveau sur l'échelle de triage	Nombre de patients	Nombre de visites	% du nombre total de visites
	22	22	--
(1) RÉANIMATION	820	844	0,3
(2) TRÈS URGENT	23 154	27 824	12,1
(3) URGENT	75 686	100 196	43,5
(4) MOINS URGENT	66 333	84 486	36,7
(5) NON-URGENT	11 382	16 992	7,4

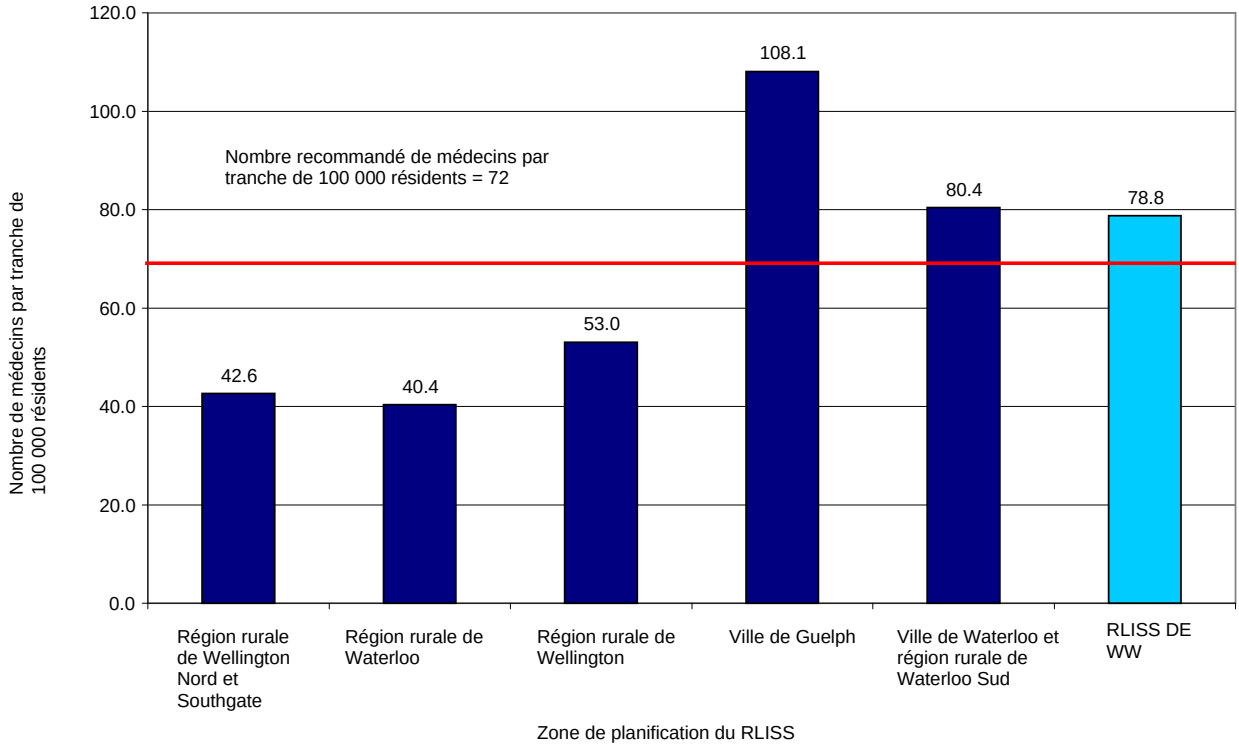
Source : Tableau de données sur les soins ambulatoires, savoirSANTÉ Ontario, consulté le 15 novembre 2009

Annexe 3 : Renforcer l'accès aux soins primaires

Situation actuelle :

Portée des services fournis – Le RLISS de WW compte actuellement neuf équipes de santé familiale qui, en date de 2007, servaient environ 141 000 résidents. Il compte également quatre centres de santé communautaire exploitant six établissements qui, en 2009-2010, avaient un budget suffisant pour servir environ 23 500 clients actifs. Outre ces deux modèles de soins primaires, les médecins du RLISS peuvent souscrire à un autre modèle, notamment organisation de santé familiale, réseau de santé familiale, groupe de santé familiale ou cabinet traditionnel axé sur le paiement à l'acte. En 2008, environ 575 médecins exerçaient dans le domaine de la santé familiale dans le RLISS. Cependant, ces chiffres excluent les médecins travaillant à temps partiel ou se rapprochant de la retraite.

Nombre de médecins par tranche de 100 000 résidents selon les zones de planification du RLISS, 2008



Source : Centre de données sur les ressources humaines médicales de l'Ontario – médecins actifs en Ontario selon la subdivision du recensement, 2008

Modèles de soins primaires dans le RLISS de WW

Modèle de médecine familiale	Nombre de médecins	Nombre de patients	Pourcentage du nombre total de patients inscrits	Pourcentage de la population
Réseau de santé familiale	171	251182	40,8	35,0
Groupe de santé familiale	75	101122	16,4	14,1
Organisation de santé familiale	62	122575	19,9	17,1
Équipe de santé familiale	100	141107	22,9	19,6
Tous les soins primaires	408	615986	100	85,7

Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, juin 2007

- **Annexe 4 : Améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et la coordination de ces services**

Situation actuelle :

Soins de santé mentale aux hospitalisés

- En 2008-2009, le nombre total de lits de soins de santé mentale dans le RLISS s'élevait à 346, dont 280 étaient situés à Homewood à Guelph, 10 à l'Hôpital Memorial de Cambridge et 55 à l'Hôpital Grand River de Kitchener. Cela représente environ 22 % de notre parc de lits (y compris les lits de soins continus complexes et de réadaptation).
- En 2007-2008, il y a eu 852 radiations non désignées en soins psychiatriques actifs aux hospitalisés, 56 % de ces jours-patients étaient consacrés aux autres niveaux de soins.
- Durant la même période, il y a eu 3 590 séparations désignées en soins actifs sans journées consacrées aux ANS
- Les soins en consultation externe sont fournis à trois de nos hôpitaux : l'Hôpital Memorial de Cambridge et l'Hôpital Grand River et incluent : services de santé mentale pour l'enfant et la famille, santé mentale pour aînés, santé mentale pour malades externes adultes, approche communautaire, équipe d'intervention en cas de crise, clinique de suivi des médicaments, traitement de la toxicomanie et centre de gestion du sevrage.
- Principaux motifs des admissions aux lits de santé mentale désignés pour adultes étaient : symptômes psychiatriques, problèmes de toxicomanie et danger pour soi (SIOSM 2006-2008).
- **Données démographiques sur les patients admis aux lits de santé mentale désignés :** la moitié avait entre 25 et 44 ans, 50 % étaient fumeurs, 36 % étaient sans emploi au moment de l'admission, 45 % des personnes admises avaient fait des études postsecondaires.
- **Utilisation antérieure de la santé mentale des patients admis :** la moitié avait eu un contact avec les services communautaires de santé mentale durant la dernière année, 60 % avaient au moins une admission en psychiatrie autosignalée durant leur vie, 30 % avaient des antécédents de tentatives de suicide, 40 % avaient des antécédents de blessure infligée soi-même.

Source : Données sur la santé mentale des adultes, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Base de données provinciale pour la planification des services de santé (BDPPSS).

Visites à l'urgence

- En 2006-2007 et 2007-2008, les SU du RLISS ont reçu plus de 15 520 visites pour des problèmes de toxicomanie et de santé mentale
- Les motifs les plus courants des visites étaient : troubles liés à des substances, troubles anxieux et dépression
- 50 % des visites à l'urgence pour des problèmes de toxicomanie et de santé mentale étaient effectuées par des personnes âgées de 31 à 65 ans
- 20 % des patients qui ont rendu visite à l'urgence l'ont fait entre 2 et 5 fois

Source : Visites à l'urgence répétées pour motifs de santé mentale (années 2006-2007 et 2007-2008 combinées), Direction de l'analytique en matière de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Santé mentale communautaire

Le RLISS de Waterloo Wellington finance 16 fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Les projections révèlent que ces organismes dispenseront des services à environ 46 963 résidents du RLISS en 2009-2010. À noter que les services et les personnes desservies sont uniquement ceux qui sont financés par l'entremise du RLISS. Bon nombre de ces organismes offrent d'autres programmes et services qui ne sont pas financés par le RLISS.

Fournisseur	Services dispensés	Nombre total de personnes servies
Ray of Hope	▪ Traitement de la toxicomanie et de l'abus de drogues ▪ Toxicomanie en établissement ▪ Traitement des dépendances le jour et le soir	331
Portage Ontario	▪ Programme de traitement de la toxicomanie	24
Hôpital Memorial de Cambridge	▪ Counseling et traitement en santé mentale ▪ Santé mentale psychogériatrique	3124
Centre de santé Grand River	▪ Gestion du sevrage ▪ Soins de jour et de nuit ▪ Gestion de cas en santé mentale ▪ Suivi psychiatrique	4228
Wellington-Dufferin Homes for Psychiatric Rehabilitation (Dunara)	▪ Soutien en établissement	36
Torchlight Services - Community Options Program to Employment (COPE)	▪ Services professionnels/d'emploi	40
Trellis Mental Health and Developmental Services	▪ Intervention en cas de crise ▪ Gestion de cas en santé mentale ▪ Autres services de santé mentale ▪ Intervention précoce ▪ Réorientation/soutien au tribunal ▪ Counseling et traitement ▪ Psychogériatrie	10485
Homewood Health Centre Inc.	▪ Gestion de cas en santé mentale ▪ Équipe de traitement communautaire assertif ▪ Éducation/sensibilisation ▪ Traitement de la toxicomanie – abus de drogues et jeu compulsif	2398
Family Counselling and Support Services for Guelph-Wellington – Programme d'approche	▪ Service pour victimes de violence	22
Waterloo Regional Self-Help for Psychiatric Consumer/Survivors	▪ Entraide/auto-assistance ▪ Gestion de cas en santé mentale	514
Association canadienne pour la santé mentale – Grand River	▪ Intervention en cas de crise ▪ Entraide/auto-assistance ▪ Gestion de cas en santé mentale ▪ Réorientation/soutien au tribunal ▪ Counseling et traitement	21402

	▪ Soutien en établissement ▪ Éducation/sensibilisation ▪ Initiatives familiales ▪ Information et acheminement	
Waterloo Regional Homes for Mental Health Inc.	▪ Lits de crise à court terme ▪ Équipe de traitement communautaire assertif ▪ Soutien en établissement ▪ Gestion de cas	1057
Mosaic Counselling and Family Services	▪ Services aux victimes de violence	200
Stonehenge Therapeutic Community Inc.	▪ Gestion de cas d'abus de drogues ▪ Évaluation/plan de traitement ▪ Traitement de la toxicomanie – abus de drogues ▪ Traitement des dépendances en établissement	737
Hôpital général St. Mary	▪ Traitement de la toxicomanie – abus de drogues et jeu compulsif	1757
House of Friendship of Kitchener	▪ Évaluation et plan de traitement ▪ Traitement des dépendances en établissement ▪ Traitement supportif ▪ Traitement des dépendances le jour et le soir	608

Source : Inventaire du rendement des fournisseurs de services de santé du RLISS de WW, projections pour 2009-2010

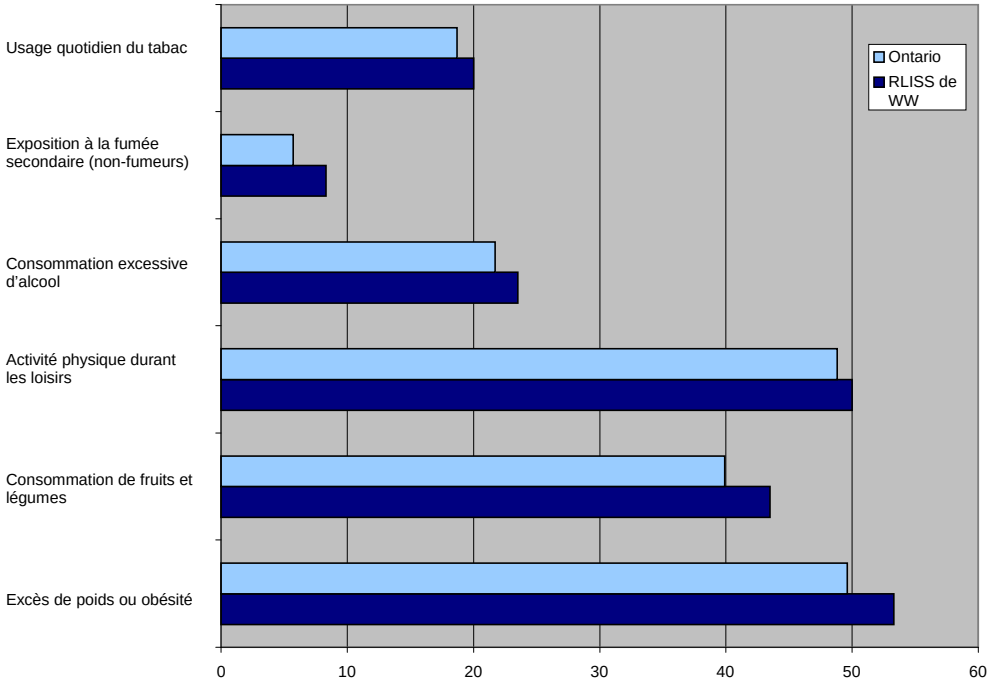
Annexe 5 : Améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques

Situation actuelle :

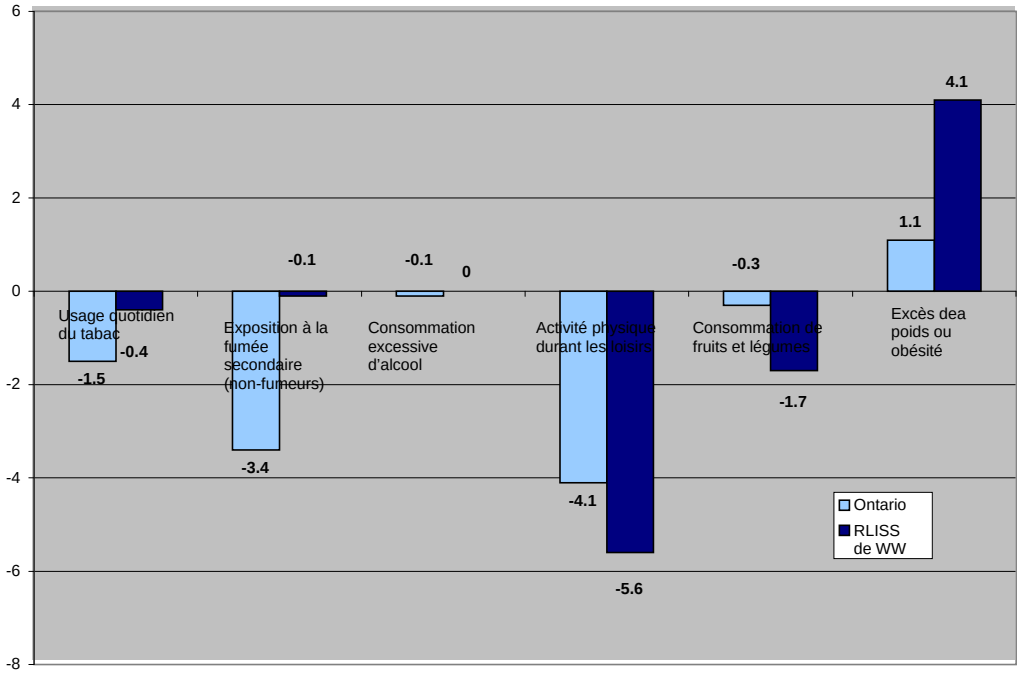
Portée des services fournis – La gestion des maladies chroniques en ce qui a trait au diabète est offerte dans de nombreux milieux dans le RLISS de WW, plus particulièrement par les équipes de santé familiale (ESF), les centres de santé communautaire (CSC) et autres modèles de soins primaires. En outre, un centre d'éducation sur le diabète est exploité par North Wellington Health Care. Voici des exemples des services fournis : counseling en nutrition et en mise en forme, programmes de mieux-être, surveillance et gestion du diabète et programmes éducatifs.

Quatre CSC et neuf ESF dispensent des services aux diabétiques et, en date de mars 2009, le RLISS de WW comptait 41 675 diabétiques.

Comportements de santé, population de 12 ans et plus, 2007

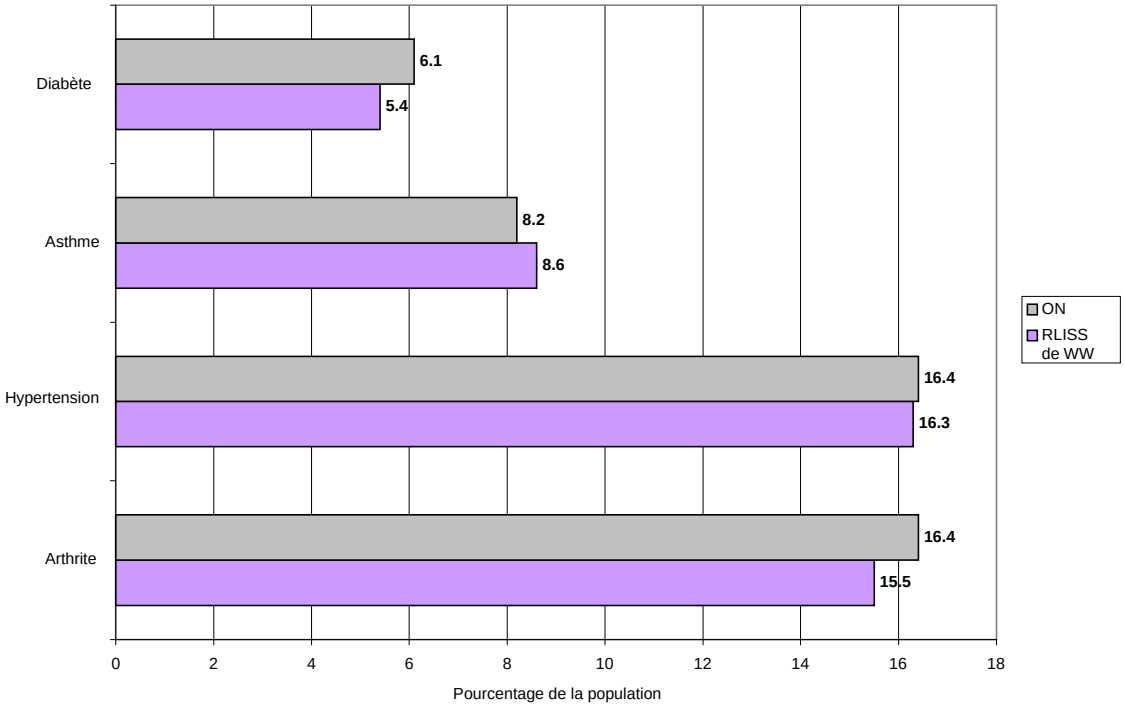


Taux de changement des comportements de santé, de 2003 à 2007

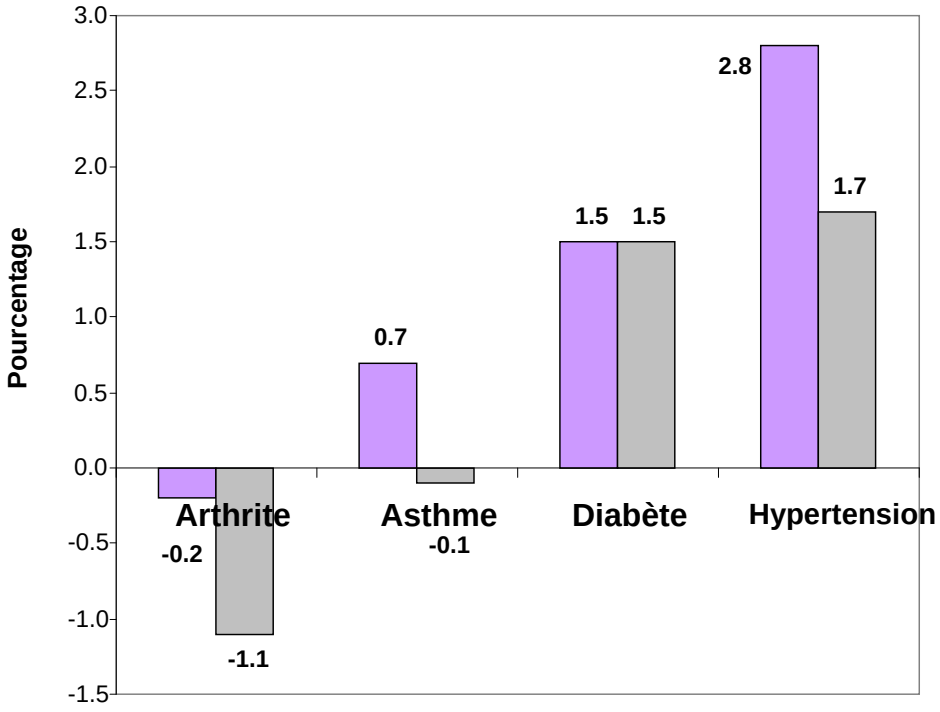


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycles 2.1-4.1, 2003-2007

Taux de prévalence des maladies chroniques, population de 12 ans et plus, RLISS de WW et Ontario, 2007



Taux de changement des maladies chroniques entre 2003 et 2007 (RLISS de WW et Ontario)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycles 2.1-4.1, 2003-2007

Annexe 6 : Améliorer les résultats des victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) grâce à des programmes intégrés

Situation actuelle :

Portée des services fournis – Le RLISS de WW abrite un centre pour accidents vasculaires cérébraux (AVC) de district (Hôpital Grand River); notre centre régional pour AVC est Hamilton Health Sciences. Les victimes d'un AVC peuvent recevoir des soins à n'importe quel hôpital de soins actifs du RLISS; cependant, les secours médicaux d'urgence acheminent les patients qui manifestent les signes et symptômes d'un AVC directement à l'Hôpital Grand River, car il est le seul hôpital qui soit en mesure d'administrer l'activateur tissulaire du plasminogène ATP. Il s'agit d'une intervention très efficace qui peut être administrée aux victimes d'AVC pour diminuer la gravité de celui-ci. Cependant, le patient doit arriver à l'urgence dans les trois heures suivant l'apparition des symptômes et subir un examen par tomodensitométrie dans les 25 minutes suivant son arrivée à l'urgence qui déterminera s'il peut recevoir le médicament. Des services aux hospitalisés et aux malades externes sont offerts dans les hôpitaux et en milieu communautaire, mais l'accès à ces services est limité. Le Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de Waterloo Wellington offre également certains soins requis par les patients à la suite d'un AVC, notamment physiothérapie, ergothérapie et orthophonie. Les patients ayant subi un AVC bénin ou un accident ischémique transitoire (AIT) peuvent également être acheminés à la clinique de prévention des AVC secondaires, également située à l'Hôpital Grand River, où une infirmière fournira des conseils concernant les changements requis aux médicaments, à l'alimentation et au mode de vie.

Nombre de fournisseurs de services (2008-2009) :

Nombre de services des urgences – 6
Hôpitaux de soins actifs offrant des soins pour un AVC – 6
Hôpitaux dispensant des services de réadaptation – 3
Organismes offrant des services à domicile – 1

Nombre et types de clients servis annuellement :

Services à l'urgence

En 2007-2008, 1 050 personnes se sont rendues à l'urgence pour un AVC et 553 d'entre elles avaient plus de 75 ans. Près de la moitié des visites à l'urgence a eu lieu à l'Hôpital Grand River Hospital. (Tableau de données sur les soins ambulatoires, savoirSANTÉ Ontario, consulté le 7 novembre 2009)

Services de soins actifs et de réadaptation

En 2007-2008, 736 personnes ont obtenu leur congé d'un hôpital du RLISS par suite d'un AVC. La moitié d'entre elles avaient 75 ans et plus.

Hôpital	Nombre de jours en lits de soins actifs pour les victimes d'AVC	Nombre de victimes d'un AVC aigu	Nombre de lits de réadaptation	Nombre de jours en lits de réadaptation pour les victimes d'AVC	Nombre de victimes d'AVC en réadaptation
Memorial de Cambridge	955	124	--	--	--
Grand River - Waterloo	2797	344	11	175	26
Grand River - Freeport	--	--	32	3243	70
Groves Memorial	571	64	--	--	--
Général de Guelph	1006	136	--	--	--
North Wellington HCC	157	30	--	--	--
St Josephs Health Centre Guelph	--	--	27	1534	63
St. Mary	258	38	--	--	--

Source : Rehabilitation Data Table, savoirSANTÉ Ontario, consulté le 7 novembre 2009

Soins pour AVC du CASC

Le nombre total de clients actifs servis ayant reçu un diagnostic d'AVC en 2008-2009 s'élevait à 1831 et 500 d'entre eux étaient nouvellement acheminés. Nouvelles tendances d'acheminement du CASC :

Source d'acheminement	Nombre de clients
Hôpital – malade hospitalisé	255
Communauté – famille	97
Communauté - médecin	22

Maison de SLD	24
Hôpital – service des urgences	20
Communauté - autre	61
Autre CASC – choix de placement pour client hors région	16
Communauté – patient lui-même	23
Hôpital – consultation externe	5
Hôpital – chirurgie le jour de l'admission	8
Autre CASC – transfert du client	20

Source : Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington

Clinique de prévention des AVC secondaires

Entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2008, 761 patients ont été acheminés à la clinique de prévention des AVC secondaires.

Source d'acheminement	**% des patients**
Urgentologue	61,10 %
Médecin de famille	29,30 %
Unité de soins aux hospitalisés	6,90 %
Neurologue	<=5
Autre travailleur de soins primaires	<=5
Autre spécialiste (interniste, cardiologue, etc.)	1,20 %
Chirurgien	0,00 %

Facteurs de risque des patients acheminés à la clinique :

- 66 % souffraient d'hypertension
- 21 % étaient diabétiques
- 76 % étaient fumeurs

Source : Base de données SPIRIT

Annexe 7 : Diminuer le nombre de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS)

Situation actuelle :

Tous les hôpitaux de soins actifs du RLISS de WW ont des patients en attente d'ANS, bien que le nombre de journées consacrées aux ANS et le processus de planification du congé varient considérablement d'un établissement à l'autre.

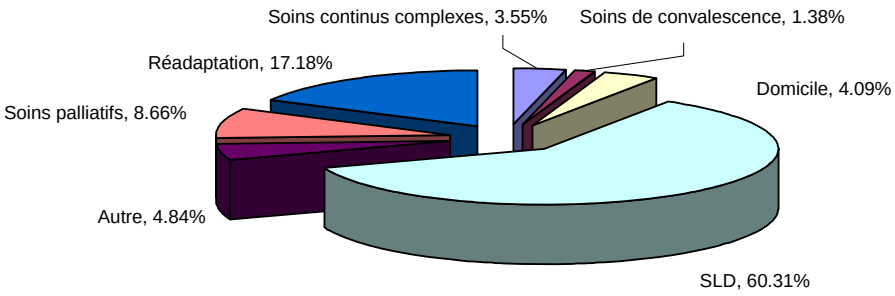
Nombre et types de clients servis annuellement :

En 2008-2009, les hôpitaux du RLISS ont affiché en tout 274 037 jours-patients et 52 047 jours-patients consacrés aux ANS. Cela représente un pourcentage global de jours consacrés aux ANS de 19 %.

Hôpital	Nombre total de jours-patients en 2008-2009	Nombre total de jours-patients consacrés aux ANS en 2008-2009	% ANS
Hôpital Memorial de Cambridge	48 031	10 296	21,4 %
Hôpital St. Mary	46 661	7080	15,2 %
Hôpital communautaire Groves Memorial	10 951	1104	10,1 %
Hôpital général de Guelph	59 243	9226	15,6 %
Hôpital Grand River	100 768	23447	23,3 %
NWHC – Mount Forest	4481	565	12,6 %
NWHC – Louise Marshall	3902	299	7,7 %

Source : Inpatient Separations Data Table, savoirSANTÉ Ontario, consulté le 10 novembre 2009.

Taux d'ANS du RLISS de WW selon la destination
Septembre 2008 – août 2009
(ANS actifs seulement)



Source : Rapport mensuel sur les ANS des hôpitaux, 2008-2009