



Édition d'octobre 2010

Lettre d'information d'un nouveau style!

Bienvenue à la lettre d'information **Connexions pour les soins** — le lien d'information pour connaître tout ce qui influence le projet **Connexions des soins, Partenariat pour des communautés en santé**.

Nous souhaitons par cette approche éviter de saturer vos corbeilles d'arrivée de renseignements sur tout et sur rien en permettant plutôt à la plupart de nos communications externes d'avoir lieu par le biais d'une mise à jour mensuelle et périodique.

Si vous souhaitez recevoir la lettre d'information **Connexions des soins** automatiquement, veuillez cliquer sur « **S'inscrire afin de recevoir les mises à jour** », puis suivez les étapes du processus d'inscription. Vous recevrez un avis par courriel indiquant que des éléments ont été ajoutés au contenu du site Web du RLISS de Simcoe Nord Muskoka ou qu'une nouvelle lettre **Connexions des soins** a été publiée. Les renseignements recueillis dans le cadre de cette procédure ne seront pas utilisés à d'autres fins. Il est toujours possible de mettre à jour son inscription ou de la supprimer.

Nous souhaitons recevoir vos commentaires quant au modèle de la lettre d'information améliorée. Veuillez transmettre vos commentaires en utilisant la « **fonction commentaires** » qui figure sur notre lettre ou encore par courriel à l'adresse northsimcoemuskoka@lhins.on.ca.

Merci!

Susan French, coordonnatrice des communications
RLISS de SNM

Connexions des soins - Partenariat pour des communautés en santé

Préparatifs en vue du Forum d'automne

La dernière série de réunions des groupes de travail s'est terminée à la fin d'octobre et l'on est en train de compiler les modèles de soins et les recommandations finales pour examen et commentaire par le Conseil de direction du RLISS. « Ces documents reflètent une somme de travail et de réflexion systémique. Nous avons défié ces experts de se réunir pour bâtir un système et de penser au-delà d'un contexte organisationnel – il faut un solide leadership visionnaire pour accomplir cela et c'est ce qu'ils ont démontré », affirme le directeur général Bernie Blais.



CC Logo F

Dès que les opportunités auront été cernées et priorisées, il faudra planifier la façon dont ces changements seront

apportés. « Personne ne fera un tour de magie et ne transformera le tout du jour au lendemain », déclare Susan Plewes, chef du projet Connexions des soins.

Le Conseil de direction a examiné l'ébauche des recommandations le 4 novembre a apporté des ajouts et modifications au document. Il étudiera les derniers éléments du cadre à sa réunion du 10 novembre.

Le forum servira à énoncer les constatations et les recommandations clés des groupes et marquera l'achèvement de la planification et le début de la mise en œuvre de ce projet important pour la viabilité de notre système de santé.

INSCRIPTION AU FORUM

Ce **forum est sur invitation seulement**. Les intéressés sont priés de répondre à l'invitation et de s'inscrire en ligne sur le site Web du RLISS de SNM. Nous pouvons accommoder 400 personnes seulement et toute personne non officiellement inscrite ne sera pas admise au forum. Les modalités de planification sont en voie d'organisation et l'élaboration de la présentation par affiches est en cours.

Projet de TIC/cybersanté

Le Projet de TIC/cybersanté est rendu à l'étape finale. Au cours des derniers mois, les principaux résultats prévus ont été préparés en fonction, notamment, des commentaires présentés lors du symposium sur Connexions des soins, des séances de validation des groupes de travail sur Connexions des soins et des ateliers communautaires sur les TIC et la cybersanté et des observations des membres des groupes de travail et du comité directeur sur les TIC et la cybersanté.

Le Projet de TIC/cybersanté est mené parallèlement au projet **Connexions des soins – Partenariat pour des communautés en santé** et les responsables continuent de faire la synthèse des travaux réalisés par les neuf groupes de travail. Le Conseil de direction du RLISS a examiné les principaux résultats prévus et a avalisé chacun d'eux à ce jour, notamment les suivants : principes directeurs, cadre, vision, évaluation de l'état actuel et mandat du conseil sur la cybersanté.

L'étape finale consistera à finaliser le modèle fonctionnel, le modèle de l'état futur en matière de TIC/cybersanté, la carte routière pour la mise en œuvre et l'élaboration du plan stratégique. Le Conseil de direction du RLISS examinera le plan stratégique définitif (et le plan tactique triennal) en janvier. Après l'approbation du plan, les efforts porteront sur la mise en œuvre de la stratégie.

Le conseil de la cybersanté qui sera bientôt créé dirigera la mise en œuvre de la stratégie. Le recrutement de membres pour ce comité débutera au début du mois de novembre. On prévoit que le projet sera terminé d'ici à décembre 2010.

Pour en savoir plus ou participer, prière de communiquer avec Rod Burns à rodney.burns@lhins.on.ca ou au (705) 326-7750, poste 214.

Félicitations au Centre de santé mentale de Penetanguishene

Félicitations au Centre de santé mentale de Penetanguishene pour avoir remporté la bourse pour l'innovation dans la catégorie **Améliorer la capacité à se concentrer sur les besoins des patients et des résidents** au Salon de l'innovation en soins de santé 2010 tenu récemment. Le projet innovateur du Centre s'intitulait **Trucs et conseils pour améliorer votre santé métabolique**. Voici de l'information sur le programme tirée de la liste des

exposants du Salon :

« Les statistiques (et notre expérience) démontrent que les clients atteints de troubles psychiatriques présentent un risque beaucoup plus élevé que la population en général de contracter un déséquilibre métabolique et, en fin de compte, un syndrome métabolique. Leur souffrance personnelle mise à part, le coût pour le système de santé est astronomique, car cet état prédispose le sujet aux affections cardiovasculaires, au diabète type 2, à l'apnée nocturne, à l'arthrite, à une maladie du foie et à la démence. Il contribue également à la stigmatisation sociale de nos clients. Les médicaments utilisés pour traiter la schizophrénie et la dépression compliquent la situation, car ils peuvent entraîner une prise de poids significative. Les clients atteints de troubles mentaux graves posent un risque élevé de syndrome métabolique dû à leurs médicaments ainsi qu'à un mode de vie sédentaire, une mauvaise alimentation, l'usage du tabac, la pauvreté, les mauvaises conditions de vie, les toxicomanies comorbides et un manque de soins médicaux complets. Ce projet qui a recouru à un personnel engagé et enthousiaste ainsi qu'à des travailleurs pairs et a occasionné peu de dépenses en capital s'est avéré énormément populaire auprès des clients. »

Le Centre de santé mentale de Penetanguishene était en concurrence avec le Holland Orthopaedic and Arthritic Centre du Centre Sunnybrook des sciences de la santé et son projet « Deployment of Remote Pharmacy Technology to Support Patient Care » et le Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay et son projet « Care2Talk ».



De gauche à droite : Tom Closson, président de l'AHO, Dre Jacqueline Brown, l'honorable Deb Matthews, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, Sue Fraser, inf.aut. et Mary Lenio, inf.aut.

Les RLISS collaborent pour un meilleur rendement

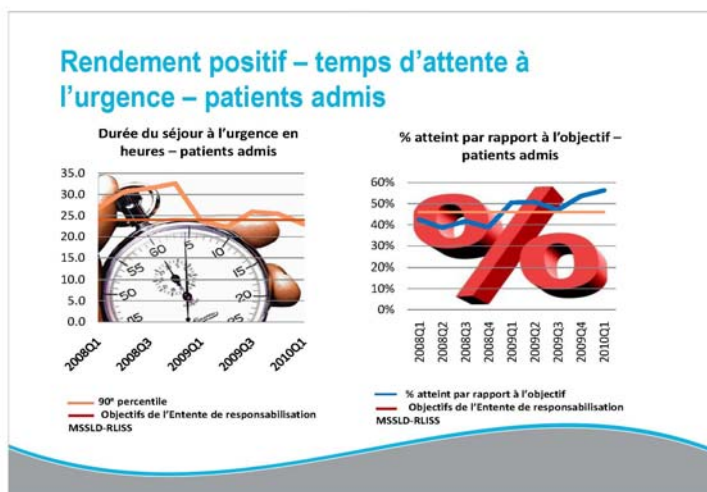
Les 14 RLISS se sont réunis pour parler de la possibilité de partager des pratiques exemplaires et

d'utiliser des stratégies visant à améliorer les objectifs de rendement du système provincial. Le système de suivi du rendement que les RLISS utilisent pour rendre compte au ministère se nomme Stocktake. Le Stocktake Forum Exchange a donné aux RLISS l'occasion de parler de leurs enjeux et possibilités.

Chaque RLISS a présenté un exposé de 15 minutes décrivant les enjeux qui ont entravé la réalisation de ses initiatives/stratégies et expliquant comment il atteindra les indicateurs visés et utilisera les pratiques exemplaires s'il atteint ou excède ces derniers. Une discussion en groupe a eu lieu après la présentation de cinq exposés. Les débats ont mené à l'identification de thèmes communs touchant les pratiques exemplaires, les enjeux et les préoccupations. Les RLISS ont convenu de continuer d'utiliser certains outils électroniques, notamment l'outil d'appariement des ressources et de renvoi et les mécanismes d'aide à la décision des fournisseurs de services de santé. Ils commenceront à envisager un système de santé favorable aux personnes âgées, chercheront à mieux comprendre pourquoi certains patients sont admis à l'hôpital et désignés en attente d'ANS après seulement deux jours et étudieront l'utilisation globale des ressources aux malades hospitalisés. Ces facteurs sont considérés comme essentiels à l'amélioration des mesures de rendement.

Le graphique suivant présente le rendement du RLISS de SNM en ce qui a trait au temps d'attente à l'urgence des patients admis. Il illustre la durée du séjour à l'urgence des patients qui attendent d'être admis et le pourcentage de fois où le RLISS atteint son objectif. Le temps d'attente à l'urgence des patients admis s'est amélioré de 27,6 % entre mars 2009 et mars 2010.

Les exercices et les trimestres de rapport reflètent l'exercice du gouvernement allant du 1^{er} avril au 31 mars.



Des temps d'attente à l'urgence à célébrer

Par le D^r Howard Ovens

Il y a deux semaines, la ministre de la Santé Deb Matthews a annoncé que l'Hôpital St. Michael's avait diminué ses temps d'attente à l'urgence de 26 heures en avril 2008 (date d'entrée en vigueur de la Stratégie de réduction des temps d'attente aux SU/ANS de l'Ontario visant à réduire l'engorgement et l'attente à l'urgence) à dix heures en juin de cette année. La réaction du public et des médias fut mitigée et l'on se demandait exactement ce qui avait été mesuré et s'il s'agissait vraiment d'une réussite à célébrer.

J'aimerais expliquer l'annonce et préciser pourquoi de nombreux urgentistes saluent les améliorations aux services que nous apportons.

L'Ontario mesure et publie la durée totale du séjour à l'urgence dans le cadre de sa stratégie sur les temps d'attente. La majorité des gens considèrent leur temps d'attente durant une visite à l'urgence comme étant le temps passé dans la salle d'attente ou un cubicule en attendant que le médecin les examine. Mais après l'examen, de nombreux patients continuent d'attendre, notamment pour subir une analyse et connaître les résultats, être examinés par un consultant ou être admis dans un lit d'hôpital.

Une grande partie de ce temps d'attente est nécessaire; les analyses sanguines, les évaluations et autres éléments des soins prennent du temps. L'Ontario voulait tenir compte de ces facteurs d'attente en mesurant la durée totale du séjour à l'urgence, à partir de l'arrivée jusqu'au départ pour le domicile ou, dans le cas d'environ un patient sur sept, jusqu'à l'admission à un lit d'hôpital.

L'Ontario établit des objectifs pour la durée totale du séjour à l'urgence : quatre heures pour les patients non gravement atteints ayant, notamment, des maux de gorge, des entorses à la cheville ou de simples coupures qui retournent chez eux; et huit heures pour les patients plus gravement atteints qui retournent chez eux ou sont admis pour des douleurs à la poitrine, un accident vasculaire cérébral, un essoufflement, etc.



L'Ontario a également décidé d'axer ces mesures sur le 90^e percentile plutôt que sur la moyenne. Le 90^e percentile coïncide avec le moment auquel neuf patients sur dix auront été traités et renvoyés (seulement un sur dix restera plus longtemps), tandis que la moyenne serait la durée maximale pour cinq patients sur dix – la moitié d'entre eux restent moins longtemps, la moitié d'entre eux restent plus longtemps.

Les experts ont avisé que l'évaluation du rendement de l'urgence axée sur la durée moyenne pourrait laisser d'éventuels longs temps d'attente inapparents dans les données, tandis que les rapports portant sur la durée maximale (99^e ou 100^e percentile) incluraient les cas exceptionnels où les patients doivent rester plus de 24 heures à cause de circonstances médicales ou sociales qui ne peuvent ou ne doivent pas être évitées. Par conséquent, le 90^e percentile convenait parfaitement à nos besoins.

L'annonce sur St. Michael's a donc souligné le fait qu'en 2008 le temps d'attente à l'urgence s'élevait à 26 heures au 90^e percentile; c'est-à-dire qu'il fallait un maximum de 26 heures pour évaluer, traiter et renvoyer ou admettre neuf patients sur dix, tandis qu'en juin de cette année, on atteint le même résultat en un maximum de dix heures (la durée moyenne du séjour est passée de 10,3 heures à 4,6 heures durant la même période, tandis que la moyenne est passée de 5,6 à 3,6 heures).

Cette amélioration réalisée avec un investissement modeste de ressources tout en maintenant la qualité et l'exactitude des diagnostics et des traitements est un accomplissement majeur. Elle ne signifie pas que moi-même ou les autres participants à ce programme considérons un délai d'attente de dix heures

comme étant acceptable; cependant, un délai de dix heures pour examiner, faire analyser, traiter, conseiller et admettre (ou renvoyer) les patients dont les cas sont plus complexes est acceptable.

Quant à ce qui constitue un temps d'attente, cette année le délai d'attente pour consulter un médecin dans les salles des urgences de l'Ontario est d'une heure (et il est en baisse). Cependant, je dois souligner que la réponse à votre arrivée à l'urgence varie selon la gravité de votre problème; les patients les plus malades auront toujours la priorité, les cas moins graves devront attendre. Mais en Ontario, cette année, près de neuf patients sur dix ayant des troubles non complexes reçoivent leur traitement, terminent leur visite et sont renvoyés dans le délai cible de quatre heures.

L'expérience individuelle est importante, particulièrement s'il s'agit de vous, de votre proche ou de votre voisin. Mais il est dangereux de juger le programme en fonction de quelques anecdotes; les temps d'attente à l'urgence, qu'il s'agisse de l'attente ou de la durée totale du séjour, varient considérablement.

Comme je l'ai souligné, les patients les plus malades sont traités les premiers et les temps d'attente continuent de varier considérablement d'un jour à l'autre et d'un hôpital à l'autre (bien que la variabilité décroissante soit une mesure de l'efficacité de l'amélioration et, qu'en Ontario, la variabilité diminue).

L'Ontario est la première province canadienne qui a le courage de s'attaquer à l'engorgement des services des urgences et au temps d'attente. Notre province est la seule qui ait établi des objectifs pour la durée du séjour et qui présente des rapports publics sur le rendement. Nous avons apporté d'importantes améliorations au cours des deux dernières années.

Ces améliorations diminuent le mécontentement des patients et augmentent la sécurité, car les délais apportés au traitement posent des risques pour certains patients. En outre, les médecins et infirmières de l'urgence sont de meilleure humeur lorsque les patients sont moins contrariés ou mécontents, ce qui nous aide à maintenir en poste nos meilleurs employés; n'oublions pas qu'un environnement à intensité élevée est une source d'épuisement professionnel. Or, les soins d'urgence efficaces seront toujours dispensés par un personnel efficace; par conséquent, en fin de compte, un personnel plus heureux signifiera que vous et votre famille recevrez de meilleurs soins.

Le système de santé au Canada est fortement politisé et il est facile de se laisser prendre par cela. Personnellement, je souhaite améliorer la qualité des services et obtenir des renseignements précis.

Mais avant de tirer vos propres conclusions sur notre rendement, il pourrait être utile d'examiner l'expérience de l'Ontario dans une optique internationale. Le Royaume-Uni a été le premier pays à s'attaquer au temps d'attente à l'urgence. Il a établi un objectif strict de quatre heures pour la durée du séjour et prévoyait qu'il serait atteint 98 % du temps. Il a atteint son objectif, mais a dû modifier en profondeur le mode d'organisation et de prestation des soins.

L'Ontario a été inspiré par la réussite du Royaume-Uni, mais a délibérément décidé d'établir des objectifs plus souples pour assurer des changements évolutifs plutôt que révolutionnaires.

Au printemps, le Royaume-Uni a annoncé qu'il abandonnait l'objectif de quatre heures à cause des préoccupations majeures à l'égard de la qualité des soins dispensés.

Je crois que l'approche de l'Ontario et les améliorations résultantes aux soins méritent certes d'être célébrées.

Le Dr Howard Ovens est directeur du Schwartz/Reisman Emergency Centre, Hôpital Mount Sinai, et coprésident, groupe d'experts sur les SU/ANS de l'Ontario. Cet article a paru dans The Toronto Star le 25 août 2010.

À venir en novembre

- **Connexions des soins – Partenariat pour des communautés en santé**
 - Compte rendu du forum d'automne
- Soins continus complexes régionaux
- Nouveaux visages



Ontario
Réseau local d'intégration
des services de santé