

À propos de ce document

Ce guide propose une introduction concise au système de santé de l'Ontario. Il est optimisé pour un affichage en ligne, donc vous pouvez en savoir plus en consultant les barres latérales ou en cliquant sur les hyperliens dans le document. Ces derniers vous donneront accès à des récits, des articles d'opinion et d'autres ressources importantes de **Healthy Debate**.

Le document a été préparé par Ayodele Odutayo, Jeremy Petch et Andreas Laupacis de **Healthy Debate**, en consultation avec l'**Association des centres de santé de l'Ontario**.

Soins primaires

Les soins primaires sont le premier point de contact d'une personne avec le système de santé. Ce sont « des soins essentiels... rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation. » (5)

Ils peuvent comprendre des soins médicaux, la promotion de la santé, la prévention des maladies, la santé publique, l'équité et les déterminants sociaux de la santé.

En Ontario, les soins de santé sont assurés par un réseau complexe de fournisseurs de services de santé. Avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) comme garant et principal bailleur de fonds, chaque fournisseur de services (p. ex., les Centres de santé communautaires et les Équipes de santé familiale) a ses propres règles et règlements distincts. C'est dire que le CA doit non seulement comprendre sa propre organisation, mais qu'il doit avoir une bonne compréhension du système de santé de l'Ontario et être conscient des changements potentiels au système qui auront un impact sur son organisation. En mettant l'accent sur les organisations de soins primaires (OSP) régies par la communauté – Centres de santé communautaire (CSC), Équipes de santé familiale communautaire (ÉSFC), Cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CDPIP) et Centres autochtones d'accès aux soins de santé (CAASS) – ce document trace un bref portrait des services de santé en Ontario et pose un regard critique sur les politiques et les initiatives actuelles.

QUE SONT LES SOINS PRIMAIRES?

Les soins primaires privilégient une approche holistique de la santé qui tient compte du bien-être physique, mental et social. Ils assurent également des soins sécuritaires et compétents sur le plan culturel, y compris la **guérison traditionnelle autochtone** pour les communautés des Premières Nations. Les **déterminants sociaux de la santé** – généralement définis comme les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (1) – constituent des facteurs clés dans la manière dont sont fournis les soins primaires. Les déterminants sociaux comprennent le **logement**, l'éducation et **le revenu** (2), ce qui signifie que les soins primaires ne sauraient se limiter au traitement de la maladie aiguë (3). Ils doivent plutôt englober la médecine préventive, la promotion de la santé, l'éducation sanitaire, de saines politiques publiques et des milieux favorables à la santé (2). Les soins primaires sont donc un domaine multidimensionnel et ils font souvent appel à des équipes de services de santé composées de professionnels de différentes disciplines (2).

En outre, la collectivité servie doit également être au centre des soins primaires. Au mieux, les soins primaires aident les collectivités à être les acteurs de leur propre santé (4, 5). La participation du milieu dans la gouvernance des OSP forme une partie importante de ce processus et a pour but d'aider les OSP à répondre aux besoins de leur collectivité (voir *Relations du CA et de l'OSP avec les intervenants : Engagement de la collectivité*).

La **gouvernance** désigne l'autorité et la responsabilité de prendre des décisions et d'agir. Elle comprend la structure et les processus utilisés pour diriger ou « gouverner » les affaires d'une organisation. La structure de gouvernance définit la manière dont les affaires de l'organisation sont administrées et supervisées, et fournit une compréhension commune des rôles et des responsabilités.

La **reddition de comptes** est l'obligation de rendre des comptes en ce qui concerne les résultats sur les questions dont vous êtes responsable.

La **gouvernance** et la **reddition de comptes** sont liées. L'organe directeur de l'organisation est responsable de la performance de l'organisation.

— Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

LA GOUVERNANCE DES SOINS PRIMAIRES EN ONTARIO

La gouvernance est le processus, les règles ou les structures utilisés pour diriger une organisation. Elle précise la manière dont le pouvoir est exercé, comment les décisions sont prises et qui doit rendre des comptes (6). En tant que fournisseurs de services de santé en Ontario, les OSP sont constituées en vertu de la **Loi sur les organisations à but non lucratif** et ont pour mission de mettre en place un conseil d'administration (dorénavant appelé « conseil » ou « administrateurs ») chargé de superviser leur organisation. Ces CA exercent un rôle de gouvernance et ont une obligation fiduciaire envers l'OSP. En conséquence, ils doivent travailler dans l'intérêt supérieur de la collectivité, de l'OSP et du système de santé dans l'exercice de leurs principales fonctions : l'engagement de la collectivité, l'élaboration de la mission, de la vision et du plan stratégique de l'organisation et la supervision financière. Une liste plus complète des rôles et des responsabilités en matière de gouvernance du CA est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Rôles et responsabilités du CA (7)

Rôles du conseil d'administration (approches des tâches)	Responsabilités du conseil d'administration (tâches à accomplir)
Orientation stratégique	Engagement de la collectivité
Élaboration des politiques	Planification stratégique
Prise de décisions	Qualité
Engagement de la collectivité	Surveillance financière
Surveillance	Gestion des risques
	Efficacité du conseil d'administration
	Surveillance des ressources humaines
	Règlement des différends

Compte tenu de ces responsabilités étendues, le CA délègue la gestion opérationnelle à un directeur général (dorénavant appelé « direction »). Cette approche offre l'avantage de permettre au CA de se concentrer uniquement sur « la formulation des politiques, la prise de décisions et la surveillance », tandis que la direction guide les activités d'une manière conforme aux politiques établies par le CA (7). Ces CA sont souvent appelés *conseils d'élaboration des politiques*.

À propos de Healthy Debate

Les gens d'ici veulent en savoir plus sur leur système de santé, mais les sources d'information factuelle, facile à comprendre sont rares. **Healthy Debate** propose des analyses et des commentaires sur le système de santé du Canada afin de combler cette lacune en offrant de l'information impartiale qui mènera à une mûre réflexion et à des opinions éclairées.

Nous espérons que les informations accessibles sur un large éventail de questions en matière de santé seront intéressantes et utiles à la fois au grand public et aux professionnels de la santé et que nous pouvons collaborer à l'amélioration des soins de santé.

« Obligation fiduciaire »

signifie que « les administrateurs sont tenus d'agir avec honnêteté, bonne foi et dans l'intérêt supérieur de l'hôpital et d'appliquer le niveau de compétence et de jugement auquel il est raisonnable de s'attendre d'une personne de leur niveau de connaissances et d'expérience » (7).



Les soins primaires à la croisée des chemins

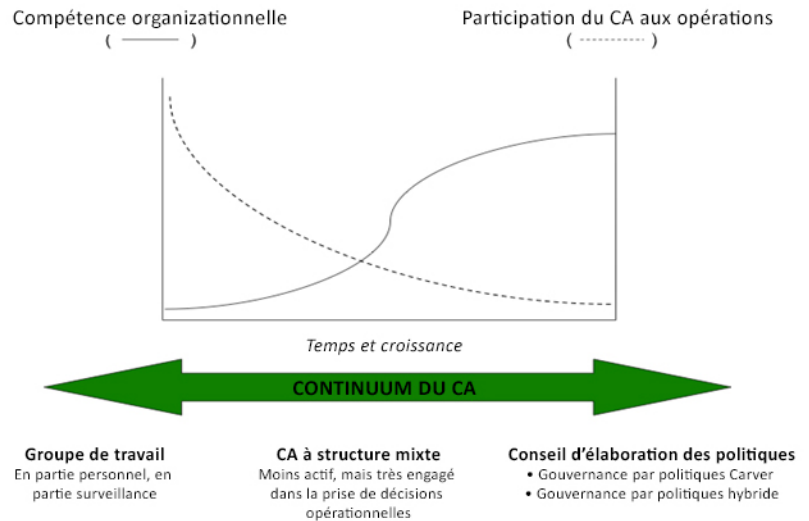
Par Brian Goldman

Lorsque le commissaire Roy Romanow a rendu son rapport sur l'avenir des soins de santé au Canada, voici ce qu'il avait à dire sur les soins primaires : « Il y a une entente quasi universelle qui s'accorde pour dire que les soins primaires offrent des avantages éventuels extraordinaires au système de santé des Canadiennes et des Canadiens. »

Pour en savoir plus...

Fait intéressant, les CA de petites ou de jeunes OSP ayant des ressources humaines limitées peuvent voir certains de leurs administrateurs prendre certaines responsabilités de gestion et s'engager dans le fonctionnement de l'organisation (6). Cependant, à mesure que l'OSP grandit, le CA devrait évoluer vers un conseil d'élaboration des politiques (Figure 1).

Figure 1 (6, 7) : Structures de gouvernance



Gouvernance communautaire

L'engagement de la collectivité est au centre de la gouvernance des organisations de soins primaires. Les OSP sont souvent créées pour servir les collectivités et améliorer la prestation de services à des populations qui ont été historiquement défavorisées ou marginalisées. Intégrer l'engagement de la collectivité dans la structure de gouvernance des OSP aide l'organisation à servir adéquatement son milieu. Cette pratique porte le nom de *gouvernance communautaire*.

Bien que la législation sur la façon dont les CA doivent mettre en pratique l'engagement de la collectivité soit limitée, la norme minimale est que le CA d'une OSP « reflète la collectivité servie » (8). La plupart des CA s'acquittent de cette responsabilité en recrutant leurs administrateurs au sein de la collectivité servie ou en s'assurant que ces derniers ont un lien étroit avec le milieu. Certaines organisations de soins primaires peuvent également créer un conseil consultatif communautaire qui favorise la communication entre le milieu et le CA (voir *Composition du CA et Relations du CA et de l'OSP avec les intervenants : Engagement de la collectivité*).

Composition du CA

Réunir un CA ayant des compétences diversifiées, mais complémentaires, est la clé de la création d'un organe de gouvernance efficace. Les exigences légales en la matière sont



L'importance d'adopter la perspective de l'impact sur l'équité en matière de santé dans l'analyse des politiques publiques

par Lori Kleinsmith

Les décisions politiques dans tous les domaines, de l'éducation de la petite enfance au logement, peuvent avoir des conséquences imprévues sur la santé de la population. L'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) est un outil d'aide à la décision visant à déceler ces conséquences imprévues.

Pour en savoir plus...

peu nombreuses, si ce n'est que la **Loi sur les organisations à but non lucratif** exige que les CA se limitent à un nombre fixe d'administrateurs, pas moins de trois. De plus, la taille du CA est généralement adaptée aux exigences de l'OSP en tenant compte de la charge de travail associée à sa supervision et des compétences requises par le CA pour assurer une gouvernance efficace (7). Enfin, il faut tenir compte de la qualité des discussions du CA et de la manière dont la taille du CA influence la possibilité de chaque administrateur d'y apporter sa contribution (7).

Les CA sont des entités qui se renouvellent d'elles-mêmes et les administrateurs sont choisis par un processus de sélection ou de mise en nomination axé sur les compétences et la collectivité. En clair, les nouveaux administrateurs sont évalués en fonction de leur lien avec la communauté servie par l'OSP et des compétences qu'ils peuvent apporter au CA. Les administrateurs peuvent également être choisis par les membres de la collectivité de l'OSP (voir *Relations du CA et de l'OSP avec les intervenants : Engagement de la collectivité*).

Chaque administrateur peut apporter de multiples compétences et perspectives au CA et il peut être utile pour les CA de pouvoir compter sur des administrateurs compétents dans les domaines suivants : littératie financière, droit et gouvernance, et amélioration de la qualité (7). On peut alors déterminer les compétences requises pour le CA grâce à l'évaluation des administrateurs et de la performance du CA. L'évaluation est un élément clé de la saine gouvernance et elle éclaire les décisions relatives au renouvellement du mandat de l'administrateur ou à son remplacement. Les lignes directrices actuelles recommandent l'évaluation annuelle de la performance du CA (9).

FINANCEMENT DES CENTRES DE SOINS PRIMAIRES

Financement des services de santé

Les CSC reçoivent des fonds de fonctionnement du MSSLD pour fournir des services de santé primaires prédéterminés aux collectivités qu'ils servent (voir *Relations du CA et de l'OSP avec les intervenants : Fournisseurs de services de santé et Planification des ressources humaines*). Ce financement de base est d'abord fourni aux **Réseaux locaux d'intégration des services de santé** (RLISS) par le MSSLD et les RLISS sont les décideurs ultimes en ce qui concerne le financement reçu par les CSC. Le financement comprend la rémunération du personnel et des fournisseurs de services de santé. Tous sont rémunérés dans une fourchette de salaire prédéterminée « en rapport avec leurs compétences et leur expérience » (8). Les CSC peuvent également offrir des programmes supplémentaires au-delà de ce qui a été négocié avec le MSSLD, mais les recettes de ces programmes doivent provenir d'autres sources, comme des subventions d'autres directions gouvernementales ou un don de bienfaisance (10). Dans certains CSC, l'importance du financement supplémentaire est supérieure à celle du financement de base du MSSLD (10).

Les RLISS sont également responsables de l'application de la reddition de comptes concernant les fonds des CSC par le truchement d'une entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M) qui doit être signée par les CSC



Les RLISS et le système de santé de l'Ontario

par Karen Born et Terrence Sullivan

Dans plusieurs provinces canadiennes, la gouvernance des soins de santé a été transférée aux régies régionales en partant du principe que les autorités locales peuvent mieux intégrer et coordonner les services, et contenir les coûts. L'Ontario a créé 14 RLISS en 2006, avec le mandat de planifier, de financer et d'intégrer les services de santé pour des soins plus efficaces dans leurs régions.

Pour en savoir plus...

(11, 12). Par conséquent, les crédits alloués aux CSC sont réévalués selon l'atteinte par les CSC des exigences énoncées. En assurant la supervision financière, le CA doit veiller à ce que les CSC respectent les engagements de cette entente. Pour les CSC qui échouent à cet égard, les RLISS peuvent offrir la possibilité de remédier à leurs préoccupations, de mettre fin au financement ou de demander le remboursement des fonds non utilisés du MSSLD (11).

À l'heure actuelle, les ÉSFC ne rendent pas de comptes aux RLISS, bien que le MSSLD ait l'intention de remédier à cette situation dans un proche avenir (13). Au lieu de cela, les ÉSFC sont financées par deux mécanismes du MSSLD. La première enveloppe budgétaire est un Fonds des équipes de santé familiale qui couvre les frais de fonctionnement associés à l'ÉSFC (14). Ce financement sert à rémunérer un nombre prédéterminé de personnel interprofessionnel et administratif (voir *Relations du CA et de l'OSP avec les intervenants : Fournisseurs de services de santé et Planification des ressources humaines*) et peut également couvrir les frais généraux en fonction du type de financement reçu par les médecins membres de l'ÉSFC. Les médecins membres de l'ÉSFC sont rémunérés grâce à un mécanisme de financement distinct qui combine la capitation (un paiement mensuel pour chaque patient sur la liste d'un médecin) et le paiement à l'acte (15).


Le modèle de financement des médecins en ÉSFC prévoit également un bouquet d'incitations financières. Par exemple, les médecins peuvent recevoir des paiements uniques ou récurrents pour la fourniture de soins aux personnes atteintes de maladies mentales ou pour l'inscription de personnes vulnérables ou ayant des besoins complexes (15). On ignore si ces incitations se traduisent par une amélioration des services de santé.

Les CDPIP ont un seul mécanisme de financement dans lequel le personnel interprofessionnel de la santé, y compris les IP, reçoit un paiement mensuel (16). Le MSSLD établit des échelles salariales prédéterminées pour le personnel interprofessionnel de la santé, et le salaire final est déterminé par la direction en fonction de l'expérience et des compétences du membre du personnel en particulier.

Enfin, les CAASS sont principalement financés directement par le MSSLD pour leur budget de soins primaires de base. Certains CAASS signent également des ERS-M avec les RLISS pour le financement des services de soutien communautaire, de santé mentale ou de toxicomanie.

Le MSSLD finance également les projets d'immobilisations des OSP, y compris la construction et le matériel. Selon la nature du projet, les frais peuvent être couverts à concurrence de 100 %. Les possibilités de financement externe et les partenariats communautaires peuvent également être mis à contribution pour compléter le financement du MSSLD pour des projets d'immobilisations (8, 12, 17, 18).

Déterminer le modèle de financement qui améliore l'accessibilité et produit les meilleurs résultats pour les personnes nécessitant des soins primaires constitue un défi permanent.



Les modèles de soins primaires de l'Ontario tiennent-ils leurs promesses?

par Karen Born et Andreas Laupacis

Dans la dernière décennie, les efforts visant à améliorer l'accès aux soins primaires en Ontario ont entraîné d'importants changements dans le mode de pratique et de rémunération des médecins de famille. Un rapport publié récemment indique que ces nouveaux modèles de soins primaires ne répondent pas aux besoins des populations vulnérables, et que les centres de santé communautaire (un modèle de soins plus ancien) font un meilleur travail.

Pour en savoir plus...

Par exemple, il est peu probable qu'une approche universelle fonctionnera pour tous les modes de rémunération dans les soins primaires, et la diversité des modalités de rémunération des médecins du MSSLD reflète le défi de l'adaptation des **modèles de soins primaires aux besoins des collectivités**.

Néanmoins, le CA doit comprendre les modèles de financement au sein de son OSP et s'assurer que son organisation respecte son entente en matière de services avec le MSSLD, le RLISS et/ou d'autres bailleurs de fonds. Le cas échéant, le CA doit également prendre des mesures correctives pour faire en sorte que son OSP fournit des soins conformément à son entente.

RELATIONS DU CA ET DE L'OSP AVEC LES INTERVENANTS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le CA est responsable de la supervision et de l'orientation de la direction dans l'exercice des exigences de reddition de comptes de l'OSP, ainsi que dans le maintien de ses relations avec les intervenants. Cette section explique comment le CA et les OSP interagissent avec leur collectivité, le MSSLD, les RLISS, l'organisation de services de soutien communautaire, les centres locaux de santé mentale et de toxicomanie, les CASC, les hôpitaux et les fournisseurs de services de santé.

1. Collectivité

L'engagement de la collectivité compte parmi les principales responsabilités des CA d'OSP. Au sens de la **Loi sur l'intégration du système de santé local**, « collectivité » comprend les personnes et les entités, les fournisseurs de services de santé et les employés à l'intérieur de la zone que sert l'OSP. Cependant, cette définition peut être élargie de manière à inclure les organisations avec lesquelles l'OSP partage des intérêts, des caractéristiques, des expériences, des convictions ou des mandats communs (19). Sinon, la législation prévoyant la manière dont le CA doit mettre en pratique l'engagement de la collectivité est limitée et la norme minimale est que les CA d'OSP reflètent la collectivité servie (voir Gouvernance des soins primaires).

Beaucoup d'OSP intègrent des « membres » au sein de leur structure de gouvernance dans le cadre d'une stratégie d'engagement de la collectivité (19). Les membres ont un intérêt direct dans le fonctionnement de l'OSP et peuvent apporter leur contribution en assistant aux assemblées générales, en portant des enjeux à l'attention du CA de l'OSP et en participant aux travaux des comités de l'OSP. Plus important encore, les membres sont souvent responsables de l'élection des administrateurs au CA parmi un bassin de candidats désignés par le CA lui-même (19). Dans certaines OSP, les statuts prévoient un CA ouvert à la participation des membres de la collectivité, dont toute personne qui vit dans la localité et répond à des critères préétablis pourrait devenir membre (19).



L'accessibilité des soins primaires en Ontario

par Karen Born et Andreas Laupacis

Améliorer l'accès aux fournisseurs de soins primaires, comme les médecins de famille ou le personnel infirmier praticien, a été une priorité du gouvernement. Une plus grande accessibilité des soins primaires est également associée à une meilleure santé de la population. Toutefois, moins de la moitié de la population ontarienne peut consulter leur fournisseur de soins primaires en temps opportun quand ils sont malades. ***Pour en savoir plus...***



Le dépistage de la pauvreté

par Naheed Dosani

Les données probantes démontrent que la pauvreté est un problème de santé majeur et constitue le plus grand déterminant de la santé, en particulier pour les personnes à faible revenu. Un coup d'œil rapide sur le volume croissant de données probantes issues de la recherche suffit pour déceler l'importance de la pauvreté sur les résultats en santé. ***Pour en savoir plus...***



Défis pour les soins primaires en Ontario

Par Jeremy Petch et Joshua Tepper

Au cours de la dernière année, des rapports ont indiqué que certains des nouveaux modèles de soins primaires de l'Ontario, qui sont beaucoup plus coûteux que les modèles de pratique plus anciens, ont eu un succès limité dans l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité. Devant cela, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a entrepris un examen de ces modèles, et a récemment instauré un gel temporaire de l'embauche de nouveaux médecins pour les cabinets de groupe.

[Pour en savoir plus...](#)

« Qui est supervisé par le RLISS? »

- Centres de santé communautaires
- Organismes de services de soutien communautaire
- Centres locaux de toxicomanie et de santé mentale (CTSM)
- Centres d'accès aux soins communautaires
- Établissements de soins de longue durée
- Hôpitaux
- D'autres organisations mandatées par le gouvernement et/ou la loi

Cette approche est souvent utilisée comme une stratégie d'engagement de la collectivité et dans ce cas, l'OSP peut regrouper plus de 200 membres individuels (19). Toutefois, cette approche n'est pas une condition préalable à un engagement de la collectivité efficace et d'autres OSP réussissent à engager leur collectivité tout en maintenant un nombre restreint de membres (19).

2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le MSSLD est le garant du système de santé en Ontario et il fournit une orientation par la législation et la planification stratégique (13). Le MSSLD est également le principal bailleur de fonds des services de santé et des projets d'immobilisations. Dans le cas des ÉSF et des CDPIP, la reddition de comptes concernant ces fonds est exercée directement par le MSSLD, bien que le rapport du vérificateur général de l'Ontario ait indiqué qu'il y avait une surveillance limitée de la responsabilité des ÉSF en 2011 (20, 21). Dans le cas des CSC, la responsabilité est appliquée par les RLISS (voir *Réseaux locaux d'intégration des services de santé*) et les CA sont responsables de la surveillance continue et de la présentation de rapports sur la performance en lien avec les services financés. En exerçant la surveillance de son organisation, le CA doit comprendre les obligations contractuelles de son OSP et veiller à ce que son organisation offre des soins conformément à son entente avec le MSSLD ou le RLISS.

3. Réseaux locaux d'intégration des services de santé

Quatorze **Réseaux locaux d'intégration des services de santé** (RLISS) ont été formés en 2005 pour transférer l'administration de soins de l'échelle provinciale à l'échelle régionale. Le MSSLD assure la cohérence dans la prestation des services de santé dans l'ensemble du RLISS en fixant des objectifs et des priorités stratégiques pour le système de santé de l'Ontario.

Les RLISS sont directement responsables envers le ministère par un accord de rendement entre le ministère et le RLISS (ARMR) (22) révisé annuellement. Globalement, l'ARMR fournit aux RLISS un plan pour l'utilisation des fonds du MSSLD et précise les objectifs de performance et les exigences en matière de publication de rapports. Bien que l'ARMR doive être un accord entre le MSSLD et le RLISS, les modalités peuvent être unilatéralement fixées par le MSSLD si un consensus ne peut être atteint (23).

La surveillance des opérations du RLISS est assurée par son propre CA, qui doit être nommé par le Lieutenant-gouverneur de l'Ontario (23). Un modèle à trois niveaux de responsabilité en matière de santé existe donc en Ontario : la surveillance à l'échelle provinciale est assurée par le MSSLD, la gouvernance régionale, par les CA des RLISS et la gouvernance organisationnelle, par les CA de fournisseurs de services de santé comme les OSP. Les RLISS forment un élément essentiel de ce modèle à trois niveaux de gouvernance et la clarté en ce qui concerne leur fonction et leurs responsabilités est essentielle pour la prestation efficace des soins de santé.

La planification stratégique assurée par les RLISS est présentée en détail dans un plan de services de santé intégrés (PSSI), élaboré avec la participation de leurs fournisseurs de services de santé constitutifs et des collectivités. Le PSSI présente en détail la vision du RLISS et définit les domaines d'intervention prioritaires. Il aligne également les priorités locales du RLISS avec le plan stratégique du ministère.

En ce qui concerne les CSC, les RLISS ont de multiples avenues pour assurer la reddition de comptes en ce qui concerne le financement (11). Tout d'abord, les CSC doivent signer une entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M), qui oriente ultimement les interactions entre les CSC et les RLISS. Dans le cadre de l'entente de responsabilisation, les CSC doivent s'engager dans un processus de planification pluriannuelle et produire un document de planification stratégique qui présente en détail le résultat de cette activité. Une initiative officiellement désignée comme la Présentation de planification de la responsabilisation communautaire (PPRC) prévoit que les CSC engagent la collectivité (voir *Composition du CA* et *Relations du CA et de l'OSP avec les intervenants : Engagement de la collectivité*) dans la préparation de ce document et intègrent les prévisions financières pluriannuelles, les stratégies de gestion des risques et de réalisation des objectifs de performance. Le PPRC doit s'harmoniser avec les priorités stratégiques définies par le RLISS dans son PSSI et refléter les priorités du RLISS.

Les exigences en matière de publication de rapports sur la performance des CSC sont également détaillées dans l'ERS-M. En plus de présenter un rapport de fin d'année, les CSC doivent informer le RLISS de toute préoccupation au sujet de leurs objectifs de performance. Dans ce cas, les CSC et les RLISS s'engagent dans un processus d'amélioration de la performance pour atteindre les objectifs prédéterminés ou ajuster les objectifs en conséquence.

Les CSC sont également responsables de l'identification volontaire des possibilités d'intégrer leurs services à ceux d'autres fournisseurs de services de santé (11). L'intégration constitue un aspect clé de la participation au sein d'un RLISS et fournit un moyen d'améliorer la coordination et l'efficacité des soins de santé.

Au minimum, les efforts d'intégration volontaire conçus par la direction doivent être approuvés par le CA avant qu'une proposition soit transmise au RLISS (25). L'approbation d'une proposition d'intégration volontaire doit également être obtenue des RLISS avant que toute action puisse être entreprise par les CSC. L'implication accrue du CA sera alors nécessaire selon le degré d'intégration des services. Les RLISS offrent donc une voie officielle pour une éventuelle collaboration entre les CSC, les OSSC, les CASC, les CSLT et les hôpitaux.

4. Organisations de services de soutien communautaire, de santé mentale et de toxicomanie

Les organisations de services de soutien communautaire (OSSC) sont des organismes sans but lucratif qui aident les gens

« Qui n'est pas actuellement supervisé par le RLISS? »

- Les médecins (y compris les médecins de famille)
- La santé publique
- Les laboratoires
- Les services ambulanciers
- Les réseaux provinciaux

« Types d'intégration »

1. Coordonner les services et les interactions entre diverses personnes et entités
2. Former un partenariat avec une autre personne ou entité pour assurer des services ou le fonctionnement
3. Transférer, fusionner ou amalgamer des services, des opérations, des personnes ou des entités
4. Démarrer ou cesser de fournir des services
5. Cesser ses activités ou dissoudre ou liquider l'administration d'une personne ou d'une entité



Renforcer les soins primaires pour la santé mentale des enfants et des jeunes

par Jeremy Petch et Joshua Tepper

Des rapports publiés au cours de la dernière décennie brossent un sombre tableau des services de santé mentale des enfants et des jeunes, tant à l'échelle nationale que provinciale. En 2006, le Sénat a publié son rapport faisant état de nombreux problèmes dans les services de santé mentale des enfants et des jeunes.

Pour en savoir plus...



Parlons d'un système de santé mentale complet

Par Jeremy Petch

Les produits pharmaceutiques sont devenus le traitement par défaut pour toutes les maladies mentales au Canada, même lorsque les données probantes indiquent que les médicaments ne sont pas efficaces pour tous les problèmes pour lesquels ils sont prescrits.

Pour en savoir plus...

à vivre confortablement et en toute sécurité à domicile (26). Les services fournis par les OSSC vont de l'accompagnement dans le deuil à l'éducation des soignants, en passant par les services d'aides familiales et de transport. De même, les centres locaux de toxicomanie et de santé mentale (CLST) fournissent des services de soutien aux personnes atteintes de maladies mentales ou de toxicomanie et à leur famille (27, 28). Les services fournis vont de l'évaluation de la santé mentale et de la dépendance à l'aide avec les problèmes de logement ou les démêlés juridiques. Bien que certains services puissent être fournis sans frais, d'autres peuvent nécessiter une évaluation des moyens financiers et un paiement. Les personnes qui ont besoin des services des OSSC et des CLST peuvent contacter directement l'organisation ou peuvent être aiguillées par leur CASC local.

Les OSSC et les CLST reçoivent des fonds du RLISS et peuvent également bénéficier d'un financement externe sous forme de dons philanthropiques ou du paiement direct des utilisateurs de leurs services (29). Comme les OSP, les OSSC et les CLST sont supervisés par un CA qui en assure la surveillance. La collaboration entre les OSSC, les CLST et les OSP est souvent mise en place pour améliorer la coordination des soins aux patients au sein de leur collectivité.

5. Centres d'accès aux soins communautaires

Les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) coordonnent l'accès aux soins à domicile et aux soins de longue durée en Ontario. Les 14 CASC de la province sont régis par des CA et doivent rendre des comptes aux RLISS par le truchement d'ententes de services. Les coûts des services approuvés par le CASC sont entièrement couverts par le régime public et tous, y compris les médecins et les patients, peuvent communiquer avec leur CASC local.

La collaboration entre les CSC et les OSP peut améliorer les services communautaires. Un exemple de collaboration réussie entre les CASC et les OSP est un programme qui s'adresse aux personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) établi entre le CASC d'Érié St-Clair et leurs CSC et ÉSF locaux. Grâce à ce programme, les patients atteints de MPOC ont été identifiés par le CASC et triés rapidement afin de recevoir des soins à domicile et des soins interprofessionnels pour une maladie aiguë. Des soins continus ont alors été fournis par un programme conçu par les CSC et les Équipes de santé familiale, sous la forme de soins préventifs, d'éducation de la santé du client et de services psychosociaux (30).

6. Hôpitaux

L'Ontario compte 211 centres hospitaliers (31). « De ce nombre, 155 sont constitués en société et les 56 autres établissements sont regroupés en une même société » (31). Les hôpitaux sont axés sur les soins actifs et tertiaires et fournissent des services allant de la chirurgie et des services médicaux aux patients hospitalisés aux services de soins ambulatoires et de soins primaires.

Comme les OSP, **les hôpitaux de l'Ontario sont supervisés par un CA**, qui a une obligation fiduciaire envers son hôpital et envers le système de santé. Le CA est responsable au premier chef de la supervision financière, de la planification stratégique et de la supervision de la qualité des soins à l'hôpital. Les hôpitaux sont responsables envers des RLISS spécifiques et doivent signer des ententes de responsabilisation.

7. Fournisseurs de services de santé

Les équipes interprofessionnelles forment un aspect essentiel des soins primaires. Avec des compétences diverses, mais complémentaires, ces équipes peuvent aider à promouvoir le bien-être physique, mental et social des personnes dans leur milieu.

Le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et les médecins comptent parmi les **23 professions de la santé autoréglementées de la province**. L'autorégulation signifie que chacune de ces professions a son propre ordre de réglementation qui établit et applique des normes professionnelles et des normes de formation pour ses membres. Leur mandat principal consiste à protéger le public et chaque ordre établit un processus disciplinaire et de traitement des plaintes pour enquêter sur les préoccupations du public et d'autres membres de la profession. Ces ordres sont régis par la **Loi sur les professions de la santé de l'Ontario**.

Tous les fournisseurs de services de santé au sein des OSP doivent être agréés ou qualifiés sur le plan professionnel pour fournir des services en Ontario. Les OSP doivent s'être dotées d'un processus d'agrément pour documenter et confirmer les compétences des individus qui offrent des services de santé au sein de leur organisation (8).

Les membres de l'équipe interprofessionnelle

Le personnel infirmier forme un élément indispensable de l'infrastructure des ressources humaines dans les OSP. Les OSP peuvent compter jusqu'à trois niveaux de personnel infirmier au sein de leur organisation : infirmier praticien autorisé (IPA), infirmier autorisé (IA) et infirmier praticien (IP).

Les IPA et les IA reçoivent tous les deux une formation basée sur la même philosophie de soins. Toutefois, les IPA suivent un programme d'études plus ciblé de deux ans menant à un diplôme universitaire en pratiques infirmières, tandis que les IA suivent une formation plus large et plus globale dans le cadre d'un programme de quatre ans. En pratique, « cela signifie que les IA sont en mesure de répondre de manière autonome aux besoins de personnes dont les besoins ne sont pas bien définis ou qui sont changeants, tandis que les IPA peuvent fournir de manière autonome des soins aux personnes dont les besoins sont bien définis et dont l'état de santé est bien contrôlé » (32).

Le personnel infirmier praticien se compose d'IA qui ont reçu une formation poussée dans la prise de décision clinique, le diagnostic et la prescription de médicaments (32). Ils ont également acquis des connaissances approfondies dans la gestion des services de santé et peuvent fournir des services, y compris la



Controverses entourant les centres d'accès aux soins communautaires et les soins à domicile

par Karen Born et Andreas Laupacis

Des séjours moins longs à l'hôpital et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques signifient que plus d'Ontariens que jamais reçoivent des soins à domicile.

Pour en savoir plus...



Le personnel réduit à l'hôpital le week-end fait courir des risques à certains patients

par Jeremy Petch, Christopher Doig et Irfan Dhalla

Dans l'économie moderne, de nombreuses industries, comme l'aéronautique, le commerce de détail et la fabrication, ne ralentissent plus leurs activités le week-end. Pourtant, les hôpitaux ont généralement résisté à cette tendance, même si la demande pour de nombreuses formes de soins de santé n'est pas moindre le week-end que la semaine.

Pour en savoir plus...

promotion de la santé, la médecine préventive et la réadaptation (32). Le MSSLD a également entrepris une nouvelle initiative visant à élargir le champ de pratique du personnel infirmier et ces changements permettraient aux IA de prescrire certains médicaments et aux IP de prescrire des substances contrôlées (33).

Les diététistes sont également membres de l'équipe interprofessionnelle de certaines OSP et leur formation comprend l'obtention d'un baccalauréat en alimentation et en nutrition dans le cadre d'un programme agréé par Les diététistes du Canada (DC). Ceux qui ont une formation de premier cycle dans un programme non accrédité par DC doivent effectuer un stage de maîtrise en diététique (34). Les diététistes autorisés se concentrent surtout sur l'évaluation et les services-conseils en matière de nutrition. Ils peuvent également offrir des conseils sur la manière de changer ses habitudes alimentaires pour traiter un trouble associé à l'alimentation et maintenir un mode de vie sain (32). Les diététistes contribuent de manière significative à la médecine préventive, à l'éducation sanitaire et aux aspects de promotion de la santé des soins primaires.

Les travailleurs sociaux sont des experts sur les ressources de la collectivité et **des membres importants de l'équipe interprofessionnelle**. Leur formation comprend un diplôme de baccalauréat de quatre ans en travail social avec l'option d'une année d'études supplémentaire pour obtenir une maîtrise en travail social (MTS). Les titulaires d'un diplôme de premier cycle dans un domaine autre que le travail social doivent obtenir une MTS, un programme de deux ans (35). Les travailleurs sociaux se concentrent sur l'amélioration du fonctionnement social à travers l'analyse et l'évaluation des problèmes individuels, interpersonnels et sociaux et l'élaboration d'un plan de gestion qui aide la personne à surmonter ces obstacles (36). Dans la pratique, cela peut inclure une vaste gamme de services, allant de mettre la personne en contact avec différentes ressources au sein de la collectivité à servir d'intermédiaire entre elle et d'autres organisations.

Les promoteurs de la santé et les agents de santé communautaire (ASC) sont aussi des membres importants de l'équipe interprofessionnelle et ils exercent des responsabilités similaires. « La promotion de la santé est le processus qui permet aux personnes de mieux prendre en main et d'améliorer leur santé » (37). Les promoteurs de la santé coordonnent, mettent en œuvre et évaluent des programmes de promotion de la santé pour les collectivités qu'ils servent. Par exemple, Access Alliance, un CSC de Toronto, offre un programme d'éducation des nouveaux arrivants visant à promouvoir leur santé en améliorant les connaissances et l'autonomie des immigrants nouvellement installés au Canada. Les promoteurs de la santé sont souvent titulaires d'un diplôme ou d'un baccalauréat dans un domaine touchant la santé ou possèdent de trois à cinq ans d'expérience dans l'enseignement ou la promotion de la santé dans un milieu communautaire ou de santé publique.

Les pharmaciens sont des spécialistes des médicaments membres d'équipes interprofessionnelles. Leur formation comprend un diplôme de baccalauréat ou de doctorat en pharmacie et leur champ de pratique a également été élargi de manière à englober



Les salaires moins élevés nuisent au recrutement de personnel infirmier praticien dans les soins primaires

par Ann Silversides et Andreas Laupacis

Les IP forment un élément indispensable des efforts du gouvernement en vue d'améliorer l'accessibilité des soins primaires. Toutefois, un écart persistant dans la rémunération et les avantages sociaux des IP qui choisissent de travailler dans les soins primaires par rapport au milieu hospitalier limite le recrutement et la rétention dans le milieu communautaire.

Pour en savoir plus...

la prescription de médicaments pour le sevrage tabagique, le renouvellement et l'adaptation des ordonnances et l'administration du vaccin contre la grippe). Les pharmaciens ont donc un rôle clé à jouer dans la médecine préventive, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé.

Les médecins sont également membres d'équipes interprofessionnelles. Leur formation comprend un diplôme de doctorat en médecine avec au minimum deux ans d'internat, selon la spécialité qu'ils ont choisie. Les médecins sont engagés dans « l'évaluation de la condition physique ou mentale d'un individu et le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies, des troubles ou des dysfonctionnements de tout ordre » (39). Bien que de nombreux médecins de soins primaires travaillent dans des centres ou des hôpitaux, **certains peuvent également offrir des visites à domicile.**

Selon l'OSP, une équipe interprofessionnelle peut comprendre d'autres membres de professions de la santé autoréglementées, comme des psychologues cliniciens, des chiropraticiens et des dentistes. De plus, de nombreuses OSP peuvent aussi compter des professionnels non réglementés dans l'équipe de soins, comme les guérisseurs traditionnels, les travailleurs de soutien personnel et les bénévoles, qui jouent tous un rôle essentiel dans la prestation des services. Les clients et leur famille sont également des membres importants de l'équipe.

QUALITÉ DES SOINS

En Ontario, on observe une tendance constante à responsabiliser les CA en ce qui concerne la qualité des soins au sein de leur organisation. En 2010, la **Loi sur l'excellence des soins pour tous** (LEST) a légiféré la qualité des soins comme une responsabilité essentielle des CA des hôpitaux. Bien que la LEST ne mentionne pas expressément les OSP, les CA des services de soins primaires peuvent s'attendre à endosser une responsabilité accrue de la qualité des soins au sein de leur organisation dans les années à venir.

De récentes recherches ont déterminé les principaux facteurs de gouvernance efficace pour la qualité et la sécurité des patients (40) :

1. la clarté sur les attentes du MSSLD pour la qualité et la sécurité dans les OSP; la clarté sur le rôle des CA d'OSP à cet égard;
2. la connaissance de la qualité et de la sécurité au sein du CA;
3. des mesures pertinentes et précises de la qualité et de la sécurité au sein de leur organisation;
4. des mises à jour régulières au CA au sujet de la performance en matière de mesures de qualité et de sécurité;
5. une relation de collaboration avec la direction en vue d'assurer la qualité et la sécurité;
6. l'élaboration de programmes de qualité et de sécurité;
7. l'instauration d'une culture propice à la présentation de rapports sur la qualité et la sécurité; et
8. une gouvernance efficace à l'appui de la qualité et de la sécurité.



L'évolution de la pharmacie de détail fait face à des difficultés d'exécution

par Ann Silversides et Mike Tierney

Les réformes du mode de rémunération des services professionnels offerts par les pharmacies communautaires de la province, alliées à l'élargissement du champ de pratique des pharmaciens, présentent des difficultés de mise en œuvre majeures pour la profession.

Pour en savoir plus...



Changements demandés : 1 % de la population compte pour le tiers des dépenses en santé

par Ann Silversides et Mike Tierney

Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario appelle à un changement dans la façon dont les coûts de la santé sont examinés à la lumière des recherches montrant qu'une infime proportion de la population ontarienne représente une part très importante des dépenses en santé.

Pour en savoir plus...



Qu'entendons-nous par *qualité*?

Par Mark MacLeod

Personne ne parle de santé en ce moment sans parler de qualité — meilleure qualité, mesures de la qualité, rémunération liée à la performance, paramètres de qualité, publication des données sur la qualité — pour ne citer que quelques exemples. Mais qu'entendons-nous par qualité?

Pour en savoir plus...



Maillons santé : l'initiative de l'Ontario visant à fournir des soins plus efficaces et plus efficaces à ses citoyens les plus malades

Par Ann Silversides et Andreas Laupacis

L'initiative Maillons santé de l'Ontario est une « grande manœuvre » dans un système provincial complexe, reconnaît Helen Angus, sous-ministre associée au Secrétariat du renouvellement du MSSLD. L'initiative vise à faciliter la coordination des soins à l'échelle locale pour les patients ayant des besoins importants.

Pour en savoir plus...

Chacun de ces facteurs a été longuement discuté par l'Institut canadien pour la sécurité des patients dans sa [Boîte à outils pour la gouvernance efficace pour la qualité et la sécurité des patients](#). Une discussion approfondie de ces facteurs dans le cadre du plan d'amélioration de la qualité des soins primaires du MSSLD est présentée ci-dessous.

Nouvelles tendances dans les soins de santé : l'intégration et la qualité des soins

Dans son plan stratégique pour les services de santé en Ontario, le MSSLD préconise une stratégie multidimensionnelle d'amélioration des soins primaires. De façon générale, cela implique une meilleure intégration dans les soins primaires et entre les secteurs et l'amélioration des rapports sur la qualité des soins.

1. Intégration

Améliorer l'intégration est un élément important de la stratégie du MSSLD. L'administration des services de santé a été dévolue du niveau provincial au niveau local avec l'adoption de la [Loi sur l'intégration du système de santé local](#) (voir *Réseaux locaux d'intégration des services de santé*) et les RLISS sont devenus responsables du transfert de fonds aux fournisseurs de services de santé, de l'application de la reddition de comptes concernant ces fonds et de la supervision de l'intégration et de la collaboration entre les fournisseurs de services de santé. Actuellement, les CSC sont la seule OSP dans le mandat des RLISS, et le MSSLD a conservé la responsabilité de faire respecter les ententes de responsabilisation pour les ÉSF et les CDPIP. Bien que l'initiative en soit encore à ses balbutiements, le MSSLD a exprimé l'intention d'intégrer les ÉSF et les CDPIP dans le système des RLISS (13).

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a également mis en place un nouveau programme visant à améliorer la coordination des soins à l'échelle locale. Cette initiative, connue sous le nom de Maillons santé, charge des fournisseurs de services de santé spécifiques, [y compris des organisations de soins primaires](#), d'aider à coordonner les soins des personnes ayant des besoins importants. Il peut s'agir de personnes atteintes de maladies chroniques comme l'insuffisance cardiaque et la MPOC ou de personnes qui souffrent de [maladies mentales](#). Néanmoins, le point commun entre ces personnes est le fait que lorsqu'elles accèdent au système de santé, elles peuvent faire partie de la tranche supérieure de 5 % des personnes qui représentent 66 % des dépenses des services de santé. En fournissant des soins complets et bien coordonnés à ces personnes, les Maillons santé visent à réduire les hospitalisations coûteuses et les visites aux urgences évitables.

Jusqu'à présent, 77 Maillons santé sont prévus en Ontario, dont la taille et le nombre seront en fonction des modèles d'aiguillage naturels entre les médecins et les hôpitaux dans les zones locales. Toutefois, l'initiative a reçu un financement du développement limité du MSSLD et chaque Maillon santé nécessitera la participation volontaire des organisations dans le territoire qu'il sert.

L'évaluation continue des Maillons santé sera donc importante afin de s'assurer que l'initiative cible la bonne population et **améliore la qualité des soins des personnes ayant des besoins importants**. Les CA d'OSP doivent donc assurer la supervision pendant que la direction assume le rôle d'un Maillon santé ou amorce une collaboration avec le Maillon santé dans le territoire qu'elle sert.

2. Présentation de rapports sur la qualité des soins

L'amélioration des rapports sur la qualité des soins est le deuxième élément de la stratégie du MSSLD visant à améliorer la qualité des soins primaires. Plus particulièrement, il s'agit de la mise en place des plans d'amélioration de la qualité (PAQ) annuels à titre d'obligation de déclaration pour les OSP (41). Les PAQ ne serviront pas d'« outils de gestion de la performance » formels, mais ils fourniront plutôt un mécanisme normalisé qui encourage l'établissement de priorités et la planification stratégique de la qualité des soins (41, 42). En outre, les PAQ doivent être élaborés au niveau de l'organisation plutôt qu'à celui du fournisseur de services de santé individuel.

Le CA, la direction, les cliniciens, le personnel administratif et les membres de la collectivité peuvent tous être engagés dans l'élaboration du PAQ, le cas échéant (42). Un comité de la qualité qui compile des mesures de la qualité, élabore le PAQ et surveille la performance peut également faciliter l'évaluation de la qualité des soins. Ce comité de la qualité doit rendre compte au CA, qui détient la responsabilité ultime de la supervision de l'élaboration et de l'approbation du PAQ (42). Les PAQ doivent être soumis à Qualité des services de santé Ontario (QSSO), qui sert de pivot central où les PAQ sont évalués et comparés et qui achemine des commentaires à l'OSP. QSSO peut également apporter un soutien aux OSP pour ce qui est de terminer leur PAQ.

Trois domaines ont été identifiés par le MSSLD et QSSO comme prioritaires pour les PAQ des OSP : l'accès aux soins, l'intégration et les soins centrés sur la personne (43). Toutefois, l'approche de la mesure de la qualité des soins au sein de chacun de ces thèmes prioritaires (Annexe 1) n'a pas encore été uniformisée, mais les travaux sur le programme commun d'amélioration de la qualité vont bon train, y compris l'élaboration d'un cadre de mesure de la performance des soins primaires.

Bien que des lignes directrices existent pour assurer la mesure cohérente des indicateurs d'amélioration de la qualité dans le PAQ, des différences peuvent encore exister dans la façon dont chaque OSP recueille ces données. C'est l'occasion pour le CA de comprendre comment les mesures de qualité sont obtenues par leur OSP et de surveiller de près les résultats. Prenons l'exemple suivant, dans lequel des taux remarquablement divergents de lavage des mains ont été signalés dans les hôpitaux de l'Ontario : **« Les taux de lavage des mains affichés dans les hôpitaux ontariens sont-ils crédibles? »**



Grands utilisateurs des soins de santé : posons-nous les bonnes questions?

par Christopher Stone, Laura Rosella et Vivek Goel

Il fait peu de doute que le renouvellement du système est nécessaire pour atteindre des soins durables et de haute qualité pour les Canadiens. Au cours des dernières années, les soins et la prise en charge des grands utilisateurs (GU) des soins de santé sont devenus un point focal de l'élaboration d'un système santé durable. Malgré l'accent mis sur ce groupe, une question a reçu étonnamment peu d'attention : quelle est la relation entre l'utilisation élevée du système de santé et la santé de la population — et plus précisément, les déterminants sociaux de la santé (DSS)?

Pour en savoir plus...



La clinique d'Oakville donne l'exemple en matière de qualité et de reddition de comptes dans les soins primaires

Par Ann Silversides et Irfan Dhalla

Les soins primaires sont le fondement du système de santé de l'Ontario et plus de 137 000 visites de patients sont faites tous les jours aux fournisseurs de soins primaires — médecins de famille, généralistes et IP — de la province. Or, la qualité des soins que les patients reçoivent dans le milieu des soins primaires est largement inconnue. Même les fournisseurs de soins primaires qui évaluent leurs propres soins n'ont pratiquement aucun moyen de comparer la qualité des soins qu'ils offrent à celle de leurs pairs ou à d'autres points de repère.

Pour en savoir plus...

Agrément

En plus des exigences énoncées par le MSSLD, les CSC se soumettent également à un **processus d'agrément volontaire tous les trois ans**. L'agrément est coordonné par le Centre canadien de l'agrément (CCA), un organisme national sans but lucratif « adapté aux organisations de services sociaux et communautaires » et par Agrément Canada (AC) (44). L'agrément donne aux CSC la possibilité de comparer et d'« évaluer leurs services et systèmes par rapport aux normes de bonnes pratiques reconnues » (45). Le CA peut contribuer à l'amélioration de la qualité dans son OSP en s'assurant que les initiatives d'amélioration de la qualité correspondent également à la norme fixée par le CCA ou par AC.

CONCLUSIONS

Les CA ont un rôle important à jouer dans les soins primaires. Non seulement sont-ils responsables de la pérennité financière et des responsabilités envers les intervenants des OSP, mais leur rôle dans l'amélioration de la qualité des soins est intensifié. La compréhension des relations des OSP avec les intervenants et du contexte des services de santé en constante évolution est un atout indispensable pour les administrateurs des organisations de soins primaires de l'Ontario.

Annexe 1 (30)

Thème prioritaire	Approches utilisées pour la mesure	Résultats des mesures
Accès	Sondage auprès des patients/clients	<p>Demande quotidienne : Nombre de rendez-vous demandés aujourd'hui, pour tous les jours</p> <p>Offre quotidienne : Nombre de rendez-vous disponibles dans le carnet de rendez-vous</p> <p>Activité quotidienne : Nombre de rendez-utilisés</p>
Intégration	Sondage auprès des patients/clients Données administratives du système de santé	<p>Nombre de patients/clients admis à l'hôpital dans les 12 derniers mois</p> <p>Pourcentage des patients/clients admis connus au moment de l'admission</p> <p>Nombre de congés connus et comment on l'a appris (c'est-à-dire, du patient/client/membre de la famille) comparé à l'hôpital.</p>
Soins centrés sur a personne/le patient	Sondage auprès des patients	<p>Lorsque vous voyez votre médecin ou IP, combien de fois cette personne ou un autre employé du bureau vous donne-t-il l'occasion de poser des questions sur le traitement recommandé?</p> <p>Lorsque vous voyez votre médecin ou IP, combien de fois cette personne ou un autre employé du bureau vous permet-il de participer autant que vous le voulez aux décisions concernant vos soins et le traitement?</p> <p>Lorsque vous voyez votre médecin ou IP, à quelle fréquence cette personne ou un autre employé du bureau passe-t-il suffisamment de temps avec vous?</p>

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Déterminants sociaux de la santé. 2013
2. Association des centres de santé de l'Ontario. Mission, vision, convictions et valeurs. 2013.
3. Association des centres de santé de l'Ontario. Changer la conversation. 2013.
4. Université de la Saskatchewan. Définition des soins primaires. 2011.
5. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata. 1978.
6. Association des centres de santé de l'Ontario. Gouvernance communautaire. 2011.
7. Association des hôpitaux de l'Ontario. Guide de la bonne gouvernance. 2012.
8. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Guide des politiques et procédures des Centres de santé communautaires. 2001.
9. Centre canadien de l'agrément. Normes d'agrément des soins primaires communautaires. 2013.
10. Shah C, Molughney B. A. Examen stratégique du Programme des centres de santé communautaire. 2001.
11. Access Alliance. Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels. 2011.
12. Centres de santé communautaire de l'Ontario. Lignes directrices des centres de santé communautaire. 2012.
13. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé. 2012.
14. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Feuille de route pour la mise en œuvre d'une Équipe de santé familiale. 2009.
15. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Guide de rémunération des médecins. 2009.
16. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Rémunération des fournisseurs interprofessionnels. 2010.
17. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Guide des partenariats de financement communautaire. 2006.
18. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Accord de subvention en capital des CDPIP. 2010.

Références (suite)

19. Community Organizational Health Inc. Engagement de la collectivité en matière de gouvernance et de leadership stratégique : Un guide à l'intention des centres de santé communautaire de l'Ontario. 2010.
20. Vérificateur général. Mécanismes alternatifs de rémunération des médecins de famille. 2011.
21. Glazier R, Kopp A, Schultz S, Kiran T, Henry D. All the Right Intentions but Few of the Desired Results: Lessons on Access to Primary Care from Ontario's Patient Enrolment Models. *Healthcare Quarterly* 2012; 15(3).
22. Réseaux locaux d'intégration des services de santé. Accords de rendement RLISS-MSSLD. 2013.
23. *Loi sur l'intégration du système de santé local*, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. 2006.
24. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Faits saillants de la *Loi sur l'intégration du système de santé local*.
25. Ressources de gouvernance et trousse à outils pour les initiatives d'intégration volontaire. 2008.
26. Association ontarienne de soutien communautaire. Membres. 2013.
27. Services communautaires de santé mentale et de toxicomanie. Frontenac. Services. 2013.
28. Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario. Membres. 2013.
29. Centre d'études sur le vieillissement et la santé à Providence Care. Services de soutien communautaire dans le sud-est de l'Ontario. 2013.
30. Aquilina M. Équipes communautaires MPOC. 2012.
31. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Hôpitaux. 2013.
32. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Guide des rôles de l'équipe interdisciplinaire et la responsabilité. 2005.
33. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Renforcer le rôle des infirmières et infirmiers de l'Ontario. 2013.
34. Les diététistes du Canada. Vous souhaitez devenir diététiste? 2013.
35. Association des travailleurs sociaux de l'Ontario. Éducation et formation. 2011.
36. Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario. Qu'est-ce qu'un travailleur social? 2010.
37. L'Organisation mondiale de la Santé. Promotion de la santé. 2013.
38. Ordre des pharmaciens de l'Ontario. Expanded Scope of Practice. 2012.
39. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Loi sur les médecins*. 1991.
40. Baker R, Denis J, M Pomey, Macintosh Murray A. Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé au Canada. 2010.
41. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Amélioration de la qualité des soins primaires. 2013.
42. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. 2013-2014 Plan d'amélioration de la qualité — Document d'orientation pour les organisations de soins primaires en Ontario. 2013.
43. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Information détaillée pour terminer votre PAQ : mesures et idées de changement. 2013.
44. Centre canadien de l'agrément. Au sujet du Centre canadien de l'agrément. 2013.
45. Centre de santé communautaire de Bramalea. Le CSC de Bramalea a reçu l'agrément.