



Plan des services cliniques

Rapport final du Comité directeur du Plan des services cliniques au Conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Novembre 2009



Ontario

Local Health Integration
Network

Réseau local d'intégration
des services de santé

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU PRÉSIDENT	ii
SOMMAIRE	iii
1.0 INTRODUCTION	1
2.0 PROCESSUS DE PLANIFICATION.....	2
2.1 Objectif du projet	2
2.2 Sources de renseignements.....	2
2.3 Processus.....	3
3.0 CONSTATATIONS.....	5
3.1 Préserver la santé des gens.....	5
3.2 Offrir aux gens de bons soins.....	10
3.3 Assurer la viabilité du système	12
4.0 THÈMES.....	15
4.1 Collaboration interprofessionnelle	16
4.2 Intégration des programmes cliniques.....	19
4.3 Capacité des services de santé communautaire	20
5.0 MISE EN ŒUVRE	22
5.1 Contribution interprofessionnelle	22
5.2 Intégration des programmes cliniques.....	23
5.3 Capacité des services communautaires	24
5.4 Priorités d'action et dates au plus tôt – à l'aide des ressources actuelles	25
6.0 CONCLUSION.....	26
GLOSSAIRE DES TERMES	28
NOTES EN FIN D'OUVRAGE	29

MESSAGE DU PRÉSIDENT

Au nom du Comité directeur du Plan des services cliniques (le Comité directeur), il me fait plaisir de soumettre notre rapport final au Conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB).

En tant que résidents de l'Ontario, nous dépendons tous de notre système de santé – système 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. Cette vision a guidé les travaux du Comité directeur et la feuille de route qu'il propose pour l'établissement d'un système de santé accessible, efficace et viable.

Les enjeux du système de santé sont énormes et le resteront au cours des dix prochaines années. Notre population vieillit, le fardeau des maladies est élevé, les ressources sont limitées, notre capacité à mesurer les avantages des investissements est faible et l'économie stagne. Le Plan des services cliniques (le Plan) est un appel à l'action qui invoque une population plus saine, une amélioration des méthodes de travail pour obtenir de meilleurs résultats pour la santé et de saines pratiques d'organisation et de répartition des programmes cliniques.

Il faudra prendre des décisions difficiles pour assurer que tous les résidents de notre RLISS recevront des services de qualité et auront un accès approprié aux services requis. Le changement est inévitable. Le Comité directeur applaudit le Conseil d'administration du RLISS de HNHBB et sa détermination à faire en sorte que, non seulement le système de santé fait ce qu'il faut, mais que nous faisons ce qu'il faut.

Je remercie toutes les personnes qui ont participé à ce processus : résidents, fournisseurs de services de santé, organismes communautaires et établissements de santé. Je suis très reconnaissant du temps, de l'engagement et des observations judicieuses dont le Plan est le fruit.

Merci au personnel du RLISS pour sa diligence, son dévouement et son soutien ainsi qu'à l'équipe de Deloitte qui nous est venue en aide durant la planification des services cliniques. Un merci spécial aux résidents du RLISS qui ont fourni des commentaires inestimables lors des journées portes ouvertes, par téléphone ou par écrit.

Le système de santé sera confronté à de nombreux défis au cours des prochaines années. Le Plan fournira la feuille de route qui aidera notre RLISS à travailler avec nous pour assurer que notre système de santé est efficace, abordable et, avant tout, viable et en mesure de répondre aux besoins particuliers de la population de notre RLISS.



Richard B. Woodcock
Président, Comité directeur du Plan des services cliniques

SOMMAIRE

En janvier 2009, le RLISS de HNHB a entamé l'élaboration du Plan des services cliniques, une initiative parmi plusieurs visant à cerner les impératifs d'un système de santé accessible, efficace et viable. Le résultat : une stratégie de quelque trois ans visant à réduire l'incidence des maladies, à améliorer les résultats pour la santé et à transformer l'expérience des utilisateurs du système de santé.

Les enjeux du système de santé sont énormes et le resteront au cours des dix prochaines années. Notre population vieillit, le fardeau des maladies est élevé, les ressources sont limitées, notre capacité à mesurer les avantages des investissements est faible et l'économie stagne. Le Plan des services cliniques (le Plan) est un appel à l'action qui invoque une population plus saine, une amélioration des méthodes de travail pour obtenir de meilleurs résultats pour la santé et l'utilisation de saines pratiques d'organisation et de répartition des programmes cliniques.

Il y a trois principales stratégies de changement :

1. Collaboration interprofessionnelle

Les fournisseurs de services de santé collaboreront pour offrir des services de santé complets, de qualité au sein des établissements de santé et entre ceux-ci. Ils mettront l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, le dépistage et l'autogestion. Les équipes de collaboration professionnelle regroupent travailleurs sociaux, infirmières praticiennes, médecins de famille, pharmaciens, guérisseurs traditionnels, optométristes et autres fournisseurs, suivant le cas. Les équipes de soins peuvent être installées dans un établissement ou fonctionner comme une équipe virtuelle à plusieurs emplacements. La collaboration interprofessionnelle permettra aux professionnels de la santé de mettre en pratique tous les volets de leur champ d'activité ou d'expertise. Elle accroîtra la satisfaction du fournisseur de services de santé à l'égard de son travail et contribuera à la formation, à l'éducation et au recrutement de nouveaux fournisseurs de soins primaires.

2. Capacité des services de santé communautaire

La majorité des gens continueront d'obtenir la majeure partie de leurs services de santé, la plupart du temps, dans la collectivité. Les services communautaires de santé, de mieux-être et de rétablissement concorderont avec les objectifs pour la santé de la population, notamment réduire l'incidence du diabète et des maladies pulmonaires chroniques et améliorer la santé mentale. Des outils d'aide à la décision et des processus d'appariement des clients améliorés achemineront les gens au niveau approprié de soins dans le milieu indiqué. Des services communautaires robustes et reliés amélioreront la circulation des patients/clients et réduiront la demande inappropriée de services hospitaliers.

3. Intégration des programmes cliniques

Les programmes de soins de santé seront réorganisés et répartis de manière à améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité. Ces démarches élimineront, par exemple, le recoupement inutile de services très complexes à faible volume et assureront l'utilisation appropriée des ressources humaines et du matériel. Les programmes intégrés seront dirigés par un ou plusieurs organismes et fondés sur des rôles clairs et des responsabilités partagées, des normes de pratiques exemplaires et des protocoles communs pour les déplacements des clients dans le continuum de soins.

La cybersanté est essentielle au succès de la collaboration interprofessionnelle, de l'amélioration de la capacité communautaire et de l'intégration des programmes cliniques. Les gens veulent raconter leurs antécédents une seule fois, tandis que les fournisseurs de services de santé requièrent des renseignements exacts en temps réel pour choisir le traitement approprié. Les planificateurs et décideurs se fient à des données et à des renseignements récents pour améliorer continuellement la qualité. La cybersanté facilite l'utilisation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires dans les établissements du RLSS de HNHB.

Le Plan cerne les activités clés qui seront accomplies pendant trois ans pour apporter des changements. Des décisions difficiles seront prises. L'enchaînement des activités mise sur les changements en cours, l'état de préparation, les priorités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le ministère) et les secteurs ayant une incidence importante sur l'amélioration des résultats. Le Plan étaye le Plan de services de santé intégrés (PSSI), feuille de route de trois ans pour l'amélioration du système de santé (2010-2013).

Les fournisseurs de services de santé et les résidents conviennent qu'il faut apporter des changements pour améliorer l'accès, la qualité et la viabilité. Il nous incombe de prendre l'initiative d'instaurer un système 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.

1.0 INTRODUCTION

En 2004, le gouvernement de l'Ontario a mis en route les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)ⁱ pour planifier, intégrer, financer et surveiller le système de santé local, apportant ainsi aux services de santé une perspective « à proximité du domicile ». La vision directrice du gouvernement et du RLISS est la suivante : « 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. » Les stratégies provinciales suivantes appuient cette vision : réduction des temps d'attente (p.ex., services des urgences, chirurgies, examens diagnostiques), amélioration de l'accès aux soins de santé familiale (p. ex., investissements dans les équipes de santé familiale, centres de santé communautaire, centres d'accès aux soins communautaires et cliniques dirigées par des infirmières praticiennes) et prévention et gestion des maladies chroniques. L'élaboration de stratégies locales à l'appui de cette vision oblige le RLISS à déterminer les futurs besoins de santé des résidents de sa région, les ressources requises pour les combler et la façon dont les ressources seront organisées.

En janvier 2009, le RLISS de HNHB a entamé l'élaboration du Plan pour mieux comprendre les besoins de santé évolutifs de ses collectivités et repérer des modèles de services et des possibilités d'intégration permettant d'y répondre. Le Plan sous-tendra les stratégies et activités requises pour améliorer les résultats et renforcer la viabilité du système de santé. Il étaiera le PSSI de 2010-2013 du RLISS, feuille de route de trois ans pour l'amélioration du système de santé. Le Comité directeur soumet ce Plan au Conseil d'administration du RLISS pour délibération.

Le Plan est divisé en quatre sections principales. La première présente un aperçu de la vision directrice, du processus de planification et des modes de cueillette des renseignements nécessaires à l'élaboration du Plan. La deuxième section brosse un tableau des principales constatations tirées des sources de renseignements qui appuient le Plan. La troisième section définit les thèmes à l'appui de l'atteinte de la vision et décrit les résultats anticipés. La dernière section souligne les priorités de mise en œuvre aux fins d'amélioration.

2.0 PROCESSUS DE PLANIFICATION

En janvier 2009, le RLISS a mis sur pied un Comité directeur mandaté pour diriger l'élaboration du Plan devant être présenté à son Conseil d'administration en novembre 2009. Présidé par le président et chef de la direction de Brant Community Healthcare System, M. Richard Woodcock, le Comité directeur regroupait des dirigeants du secteur de la santé et des collectivités des diverses régions du RLISS^{ii, iii}.

2.1 Objectif du projet

Le Comité directeur a adopté la vision et la mission du RLISS pour orienter le processus de planification.

Vision du RLISS de HNHB : « 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. »

Mission du RLISS de HNHB : « Assurer l'existence de services intégrés et l'accès à ces services, afin d'améliorer la santé de la population et la continuité des soins de santé. »

2.2 Sources de renseignements

Principales sources de renseignements qui appuient le Plan :

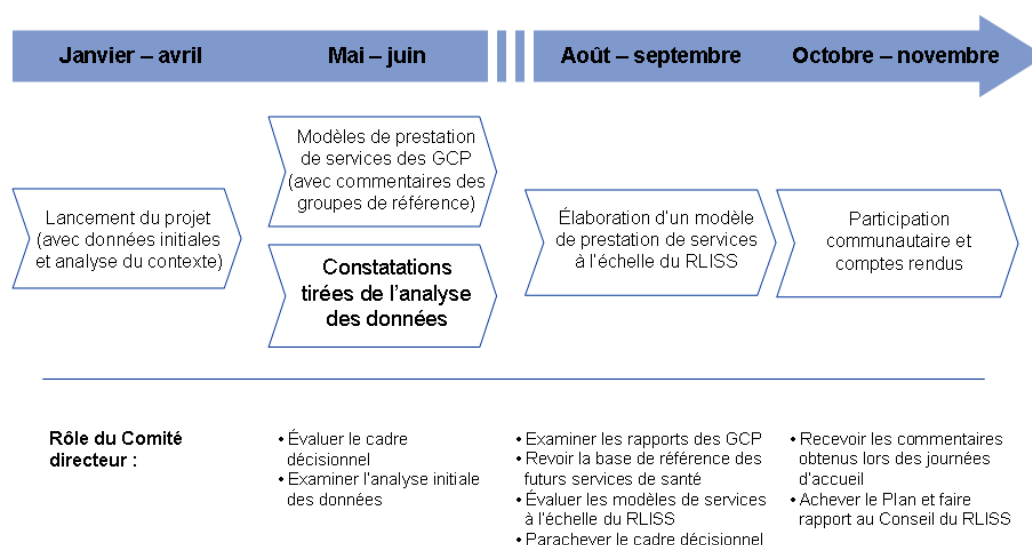
- Dix-huit groupes consultatifs de planification (GCP) regroupant des dirigeants des milieux clinique, communautaire et universitaire associés à des domaines cliniques particuliers tels que la cardiologie et l'endocrinologie^{iv}
- onze groupes de référence et réseaux comme le Geriatric Assessment and Integration Network (GAIN), le groupe consultatif sur les services de santé en français et le Hospice and Palliative Care Network^v
- plusieurs consultations avec les intervenants à des étapes clés, notamment à des événements liés à des projets et à quatre séances de participation portant sur les soins primaires
- des analyses de la situation actuelle et de la demande future fondées sur des données sur la croissance démographique, la prévalence des maladies et l'utilisation du système de santé^{vi, vii, viii, ix, x}
- un examen des recherches sur les pratiques principales^{xi}
- les commentaires de la collectivité, notamment résidents, intervenants et fournisseurs de services de santé, recueillis au moyen de 12 journées d'accueil publiques, par écrit (plus de 450 cartes postales), par des communications articulées sur le Web et lors de réunions avec les intervenants clés
- un examen des projets en cours dans le RLISS pour améliorer l'accès aux services et la qualité de ceux-ci, y compris l'Access to Best Care Plan (septembre 2008)^{xii} de Hamilton Health Sciences et le Plan d'amélioration d'hôpital du Système de santé de Niagara, décembre 2008^{xiii}
- un examen des nouvelles priorités provinciales (p. ex., circulation des patients, réduction des temps d'attente au service des urgences (SU), autres niveaux de soins (ANS), soins de santé familiaux,

prévention et gestion des maladies chroniques, maladies chroniques du rein, santé mentale et lutte contre la toxicomanie et cybersanté).

2.3 Processus

La figure 1 résume l'échéancier du Plan des services cliniques et les principales activités.

Figure 1. Échéancier du Plan des services cliniques



Dix-huit GCP ont été mis sur pied pour fournir des conseils d'experts sur l'élaboration du Plan. Les GCP se sont réunis trois fois en mai et juin 2009 et ils ont préparé un guide^{iv}, ^{xiv} pour orienter et documenter les délibérations. Des données, des exemples de pratiques exemplaires^{xi} et des renseignements fournis par les groupes de référence et les réseaux actuels ont été inclus dans le guide^v de même que des formulaires modèles à remplir.

Les résultats attendus des GCP, en ce qui a trait à leur domaine de programme clinique, étaient les suivants :

1. Décrire les forces et les enjeux du système de santé actuel à la lumière des besoins de santé de la population.
2. Cerner les principaux facteurs susceptibles d'influencer la demande future de services de santé.
3. Élaborer un modèle de prestation de services de santé idéal, de haut niveau, applicable à l'ensemble du RLISS pour la population cible des GCP.
4. Identifier les prérequis, les catalyseurs et les enjeux de la mise en œuvre du modèle de prestation de services idéal.

Le processus visait à cerner des améliorations au système de santé qui permettront aux gens de préserver leur santé, favoriseront la prestation de bons soins et appuieront la viabilité du système.

Le Comité directeur a reçu les commentaires des GCP et d'autres sources et les a condensés en un plan qui énonce la vision et la feuille de route du renouvellement du système de soins de santé^{xv}.

3.0 CONSTATATIONS

Le Plan cerne des démarches qui permettront d'améliorer l'état de santé de la population, l'accès aux services et la viabilité du système. Le Comité directeur s'est concentré sur les exigences requises pour offrir des services cliniques efficaces et efficaces en vue de respecter cette combinaison d'améliorations.

Le Plan est articulé sur trois thèmes conformes à la vision du RLISS :

1. Préserver la santé des gens
2. Offrir aux gens de bons soins
3. Assurer la viabilité du système.

3.1 Préserver la santé des gens

Enjeu

Une analyse de l'utilisation des services de santé et des déterminants clés de la santé pour les résidents du RLISS révèle que ces derniers affichent des taux supérieurs à la moyenne provinciale pour des maladies évitables liées au mode de vie (p. ex., diabète, maladie du cœur, maladie du système respiratoire et accident vasculaire cérébral)^{xvi}. Ces affections exercent des pressions sur le système de santé (p. ex., visites à l'urgence pour des maladies évitables qui pourraient être autogérées ou traitées par un fournisseur de soins primaires).

Leçons apprises

Les facteurs suivants ont une incidence sur les modes de vie sains :

- promotion de la santé, dépistage et prévention des maladies
- déterminants sociaux de la santé.

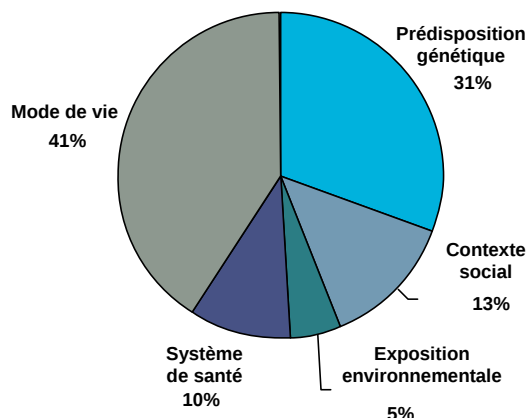
Les groupes consultatifs de planification et les résidents ont constamment mentionné la nécessité de mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, le dépistage systématique et la prévention des maladies (p. ex., meilleure coordination et adoption accrue de pratiques exemplaires/protocoles de dépistage).

Les gens veulent :

- *participer aux décisions concernant leur traitement et leur soutien*
- *apprendre comment adopter des modes de vie sains*
- *voir les praticiens respecter leurs caractéristiques propres y compris valeurs, coutumes, culture, langue, croyances.*

La santé est surtout fonction de l'âge, du mode de vie, des maladies chroniques et du contexte social. Le système de soins de santé a un rôle limité. La figure 2 présente les facteurs qui contribuent à la santé et à la longévité d'une personne, révélant pourquoi le système de santé ne peut à lui seul améliorer l'état de santé.

Figure 2. Quels facteurs contribuent à la santé et à la longévité?



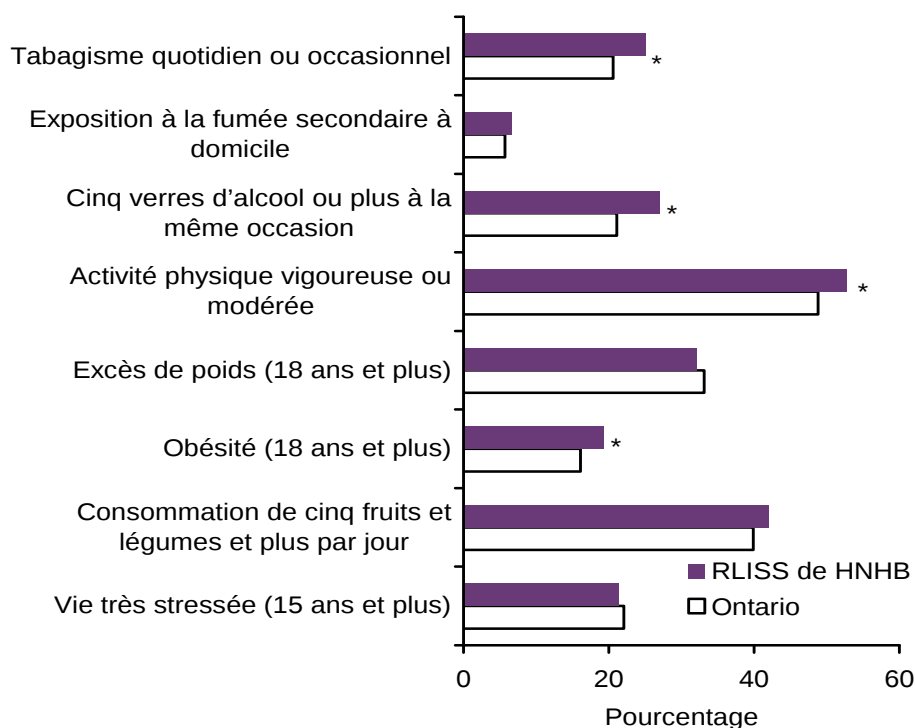
Source : McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion. *Health AFF (Millwood)* 2002; 21:78-93.

Âge : Les besoins en matière de services de santé augmentent avec l'âge, l'utilisation des hôpitaux progressant brusquement après 65 ans. Plus de 220 000 personnes de 65 ans et plus vivent dans la région du RLISS et, au cours des dix prochaines années, ce groupe d'âge croîtra de 30 %. Niagara, Haldimand et Norfolk sont les régions de notre RLISS qui abritent les populations les plus âgées et notre RLISS compte la population d'aînés la plus importante parmi les RLISS de la province^{xvii}.

Mode de vie : La meilleure façon d'améliorer l'état de santé et de diminuer les décès prématurés consiste à modifier les comportements personnels^{xviii}. L'obésité, l'inactivité physique et le tabagisme sont les principaux facteurs de risque liés au mode de vie menant à un décès prématuré. Comparativement à la province, le RLISS de HNHB affiche des taux beaucoup plus élevés de tabagisme, de consommation abusive d'alcool et d'obésité (voir la figure 3).

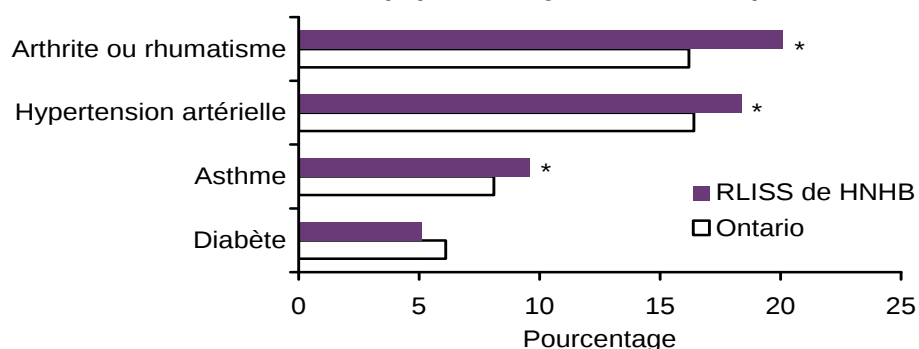
Maladies chroniques : Les maladies chroniques comme l'asthme et les maladies du cœur sont attribuables à des comportements liés au mode de vie tels que le tabagisme et l'inactivité physique (voir la figure 4). Les résidents du RLISS de HNHB affichent des taux plus élevés de maladies chroniques, notamment arthrite, hypertension artérielle et asthme, que l'ensemble de la province. Les taux de diabète sont, par ailleurs, légèrement inférieurs (mais de façon non significative) aux taux provinciaux. La prévalence des maladies chroniques varie d'une population à l'autre (p. ex., les peuples autochtones affichent des taux plus élevés pour de nombreuses maladies chroniques)^{xix}.

Figure 3. Pratiques de santé dans le RLISS de HNHB et en Ontario, population âgée de 12 ans et plus, 2007



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007
 * Écart significatif par rapport à la moyenne provinciale

Figure 4. Prévalence de maladies chroniques sélectionnées dans le RLISS de HNHB et en Ontario, population âgée de 12 ans et plus, 2007



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007
 * Écart significatif par rapport à la moyenne provinciale

Contexte social : Le revenu peu élevé et le faible niveau de scolarité sont associés à des taux supérieurs de maladie, de décès prématuré et d'utilisation des services de santé. Dans le RLISS de HNHB, environ un résident sur sept vit en deçà du seuil de la pauvreté^{xx}. Les taux de revenu peu élevé sont supérieurs chez les groupes suivants : immigrants récents, Autochtones, minorités visibles et familles monoparentales ayant un chef féminin.

Disponibilité des services de santé et accès à ces derniers :

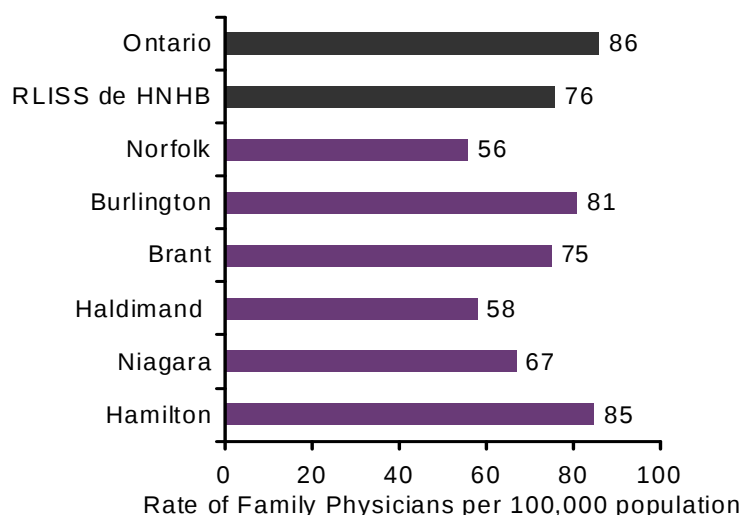
La majorité des gens obtiennent la majeure partie de leurs services de santé, la plupart du temps, dans la collectivité (et non à l'hôpital) et la plupart des résidents reçoivent leurs services hospitaliers dans le RLISS. Notre RLISS finance 245 programmes qui offrent un vaste éventail de services de santé. Le ministère a identifié deux populations qui entretiennent des relations distinctes avec le gouvernement par le truchement d'une loi : les Francophones et les communautés des Premières nations/Autochtones. La *Loi sur les services en français*, Ontario, 1986^{xxi} garantit aux Ontariennes et aux Ontariens de langue française un accès raisonnable à des services de santé en français. Le ministère oblige les RLISS à impliquer les Francophones, Premières nations et communautés autochtones urbaines et rurales et à les engager dans la planification pour qu'ils aient accès à des services de santé appropriés.

Les fournisseurs de services de santé nous ont dit :

- d'encourager les gens à prendre leur santé en main
- de prioriser la promotion de la santé et la prévention des maladies pour améliorer la santé de la population.

L'accès à un médecin de famille varie dans le RLISS. En 2007, il y avait 76 médecins de famille par tranche de 100 000 résidents dans le RLISS de HNHB, ce qui est considérablement inférieur au taux provincial de 86 médecins de famille par tranche de 100 000 résidents. Les taux les moins élevés sont observés dans Haldimand, Norfolk et Niagara (voir la figure 5). On estime qu'environ 12 % des résidents du RLISS (160 000 personnes) n'ont pas de médecin de famille^{xxii}.

Figure 5. Pourcentage de médecins de famille dans le RLISS de HNHB et en Ontario



Inclut les médecins de famille et les médecins de famille/urgentistes (données non disponibles séparément).
 Source : Physicians in Ontario 2007, OPHRDC et ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO.

Le nombre de visites à l'urgence pour des affections comme une conjonctivite, une cystite, une otite et une infection des voies respiratoires supérieures (p. ex., rhume, sinusite aiguë ou chronique) qui pourraient être traitées ailleurs est un indicateur d'accès limité aux soins primaires. Dans le RLISS de HNHB, les taux les plus élevés de visites à l'urgence évitables sont attribuables aux résidents de Port Colborne, du comté d'Haldimand et de Fort Erie (leurs taux sont deux fois le taux du RLISS)^{xxiii}.

Relever l'enjeu :

Une proportion significative des résidents du RLISS est en mauvaise santé. Or, les personnes et les collectivités saines sont une responsabilité que partagent les résidents, les services à la personne responsables du revenu, de la santé environnementale, de la promotion de la santé et de la protection contre les maladies, entre autres, et le système de santé.

La préservation de la santé des gens n'incombe pas uniquement au système de santé. Les gens doivent prendre en main leur propre santé. Pour les aider, on doit préconiser la promotion de la santé, la prévention des maladies et le dépistage. En outre, les gens doivent être accueillis au sein de l'équipe de soins et participer activement à la prise de décisions concernant leur traitement. Nous devons améliorer la coordination et la collaboration entre les fournisseurs de soins primaires, la santé publique, les services de santé communautaire et le secteur municipal des services à la personne.

3.2 Offrir aux gens de bons soins

Enjeu

Les résultats pour la santé varient à l'échelle du RLISS et les taux d'hospitalisation et de décès sont supérieurs à ceux de la province. L'accès à des services de santé de qualité et l'utilisation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires varient au sein du RLISS.

Durant le renouvellement du système de santé, nous devons cesser de mettre l'accent sur les extrants (p. ex., le nombre de patients traités par un fournisseur) et nous concentrer plutôt sur l'amélioration des résultats pour la santé (p. ex., état de santé des citoyens).

Leçons apprises

Les éléments suivants assurent que les gens obtiendront de bons soins au moment voulu :

- accès à des soins primaires complets
- disponibilité de services de santé communautaire
- accès à des services spécialisés
- adoption de pratiques exemplaires en matière de soins.

Les taux d'hospitalisation pour des troubles pour lesquels un suivi ambulatoire serait à privilégier sont une mesure de l'accès aux soins primaires. Ces maladies sont, notamment : diabète, asthme, hypertension, maladie pulmonaire obstructive chronique, angine et insuffisance cardiaque congestive. Toutes les admissions ne sont pas évitables, mais des soins primaires précoces auraient pu prévenir et traiter la maladie. Le RLISS affiche un taux significativement plus élevé d'hospitalisations pour des troubles pour lesquels un suivi ambulatoire serait à privilégier que la province. Dans le RLISS de HNHB, les taux les plus élevés étaient observés à Brantford et dans des collectivités particulières de Niagara, notamment Fort Erie et Welland^{xxiv}.

Les gens veulent :

- *des soins à proximité du domicile*
- *un médecin de famille*
- *un accès rapide aux soins*
- *raconter leurs antécédents une fois*
- *des services et un soutien faciles à trouver*
- *avoir accès à des soins parallèles financés par l'État, p. ex., naturopathie, chiropractie*
- *de bons résultats pour la santé.*

La disponibilité de soutien et de services communautaires varie à l'échelle du RLISS. Les autres niveaux de soins (ANS) sont un indicateur de l'accès aux soins hospitaliers postactifs. Les journées d'hospitalisation consacrées aux ANS sont les journées durant lesquelles un patient occupe un lit de soins actifs après que le médecin a déterminé qu'il ne requiert plus de soins actifs en milieu hospitalier. Le patient attend d'être renvoyé chez lui ou dans un autre type d'établissement de santé (c.-à-d. centre de réadaptation, maison de soins de longue durée, centre de soins de convalescence ou de soins palliatifs, soins à domicile avec un soutien). Les résidents du RLISS affichent des taux de journées consacrées aux ANS plus élevés que la province. Au sein du RLISS, ce sont les résidents de Niagara et de Hamilton qui affichent le nombre le plus

élevé de journées consacrées aux ANS. Les patients qui affichent un nombre élevé de journées d'ANS incluent : aînés frêles ayant des troubles médicaux complexes et une comorbidité (p. ex., accident vasculaire cérébral, maladie des voies respiratoires, démence, insuffisance rénale, diabète, insuffisance cardiaque), personnes nécessitant des services de réadaptation (p. ex., après un accident vasculaire cérébral et une arthroplastie de la hanche) et patients mourants requérant une gestion de la douleur et des symptômes (p. ex., soins palliatifs communautaires)^{xxv}.

La disponibilité de services axés sur le mieux-être et le traitement des maladies reste un enjeu. Les personnes ayant des troubles peu prévalents exigeant une intensité élevée de ressources touchées par une pénurie incluent les personnes ayant une lésion cérébrale acquise, des déficiences développementales et une sclérose latérale amyotrophique (SLA) et les personnes atteintes de spina bifida et de traumatismes crâniens mineurs. On a documenté une pénurie de traitements pour les enfants et les jeunes, notamment dans le domaine des troubles de l'alimentation, de la réadaptation, des services ambulatoires de santé mentale et de l'oncologie.

On n'offre pas de services de transport vers les cabinets médicaux et autres rendez-vous connexes à toutes les personnes qui en ont besoin. Un sondage effectué par le RLISS en 2009^{xxvi} a cerné des lacunes sur le plan de l'accès aux transports publics dans le RLISS et divers enjeux liés au maintien de la capacité des services (p. ex., recours à un bassin de bénévoles décroissant).

L'accès aux soins de santé spécialisés pose également un problème et l'on constate une variation au sein du RLISS. Par exemple, les temps d'attente pour une arthroplastie du genou sont plus longs dans le RLISS de HNHB que dans les autres RLISS. Entre juillet et septembre 2009, neuf patients sur dix dans un de nos hôpitaux ont subi leur arthroplastie du genou dans un délai de 220 jours, alors que la cible provinciale est de 182 jours^{xxvii}.

Les fournisseurs de services de santé veulent dispenser des soins de qualité. Or, les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont reconnues comme un inducteur de soins de qualité dans notre RLISS.

- L'utilisation de lignes directrices sur les pratiques exemplaires par les professionnels de la santé augmentera la capacité des soins primaires. Par exemple, une ligne directrice pour le traitement du diabète recommande quatre ou cinq tests A1C^{xxviii} durant l'année précédente, un examen des pieds au cours des douze derniers mois et un examen des yeux. Selon les données de 2005 et de 2007, seulement 14 % des personnes diabétiques dans notre RLISS ont signalé qu'elles avaient reçu les soins recommandés^{xxix}.
- Les taux de réadmission sont un autre indicateur de l'accès à des soins de qualité. Par exemple, en avril 2009, 6,8 % des personnes transférées au Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) de HNHB après avoir obtenu leur congé ont dû être réadmis à l'hôpital dans les trente jours suivant le congé^{xxx}.
- L'utilisation d'une approche normalisée à l'égard de la prestation de programmes similaires varie également. Par exemple, le RLISS a récemment mis en œuvre un outil d'évaluation des besoins

normalisé pour repérer les personnes à risque sur le plan de la nutrition et pour lesquelles les services alimentaires sont importants qui sera utilisé par tous les services de repas à domicile.

Relever l'enjeu :

Les résultats pour la santé varient dans notre RLISS. L'accès inéquitable aux services de santé et la variation qui caractérise l'application des lignes directrices sur les pratiques exemplaires contribuent à ces résultats. Les hôpitaux sont devenus dans bien des cas le système de santé qui, par défaut, traite les personnes atteintes de troubles évitables et auxquelles d'autres services de soutien et une autogestion auraient évité une maladie grave. Une approche plus coordonnée et normalisée à l'égard des services s'impose et les fournisseurs doivent rendre compte des résultats. Un mécanisme uniforme pour la définition des rôles, des responsabilités et de la responsabilisation, comme un protocole d'entente, est nécessaire. Il faut absolument mettre en œuvre un système de connectivité électronique le plus rapidement possible.

3.3 Assurer la viabilité du système

Enjeu

Plusieurs enjeux touchent le système de santé : le fardeau des maladies, les coûts de la main-d'œuvre, les attentes des résidents et les nouvelles technologies, entre autres. En même temps, les déterminants de la santé prédisent une responsabilité partagée en ce qui a trait à l'état de santé, à la santé des collectivités et aux résultats pour la santé. La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*ⁱ incite les fournisseurs et les praticiens à travailler de concert à l'atteinte de résultats communs. L'importance d'assurer la viabilité dans les limites de nos ressources n'a jamais été aussi grande.

Leçons apprises

Quatre principaux enjeux menacent la viabilité de notre système de santé : les ressources humaines en santé, la demande, le renouvellement des actifs et le budget de la santé.

Le personnel médical du RLISS vieillit et les ressources humaines en santé s'amenuisent. Par exemple, d'ici à 2013, dans le Système de santé de Niagara, 41 % des infirmières autorisées (IA) et 44 % des infirmières auxiliaires autorisées (inf. aux. aut.) seront admissibles à la retraite^{xxxi}. La pénurie de personnel infirmier entraîne une augmentation des heures supplémentaires et des congés de maladie qui exacerbent les pressions financières sur l'organisation et le système de soins de santé.

Pareillement, notre RLISS compte une proportion plus élevée de médecins de famille âgés de 65 ans et plus que la moyenne provinciale, soit environ 12 % comparativement à 10 % pour l'ensemble de la province. Le nombre de spécialistes pose également un problème. Par exemple, notre RLISS compte une proportion plus faible d'endocrinologues et de psychiatres par

Les fournisseurs de services de santé nous ont dit :

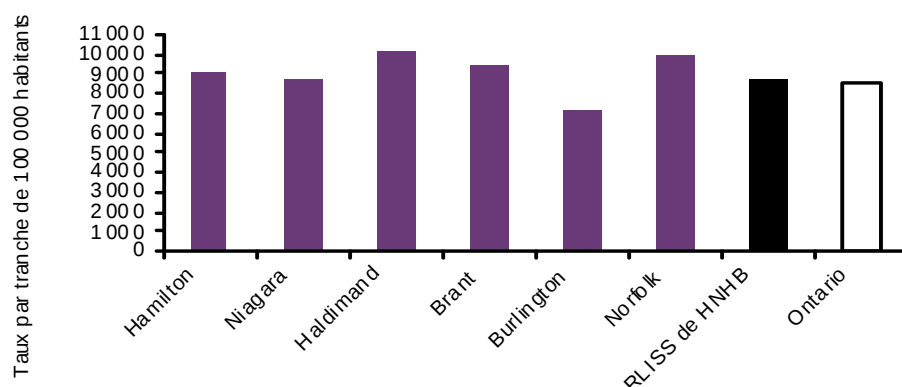
- *la demande de services de santé excède la capacité actuelle*
- *il y a une pénurie de fournisseurs de services de santé selon les tendances actuelles de l'exercice de la médecine.*

habitant (1,6 fois plus de personnes par endocrinologue et 1,4 fois plus de personnes par psychiatre dans le RLISS que dans la province)^{xxxii}. La technologie médicale perfectionnée est essentielle à la prestation de bons soins et au recrutement de nouveaux professionnels de la santé, mais elle coûte cher et occasionne des frais d'entretien élevés.

De nouvelles professions font leur apparition, notamment les adjoints au médecin, et d'autres professionnels de la santé ont élargi les champs d'exercice. Par exemple, les pharmaciens peuvent maintenant prescrire certains médicaments, alors que ce rôle était précédemment réservé aux médecins, aux dentistes et aux infirmières praticiennes. L'intégration de ces professions et de ces fonctions nouvelles exige une réévaluation des modèles d'exercice actuels pour assurer que les professionnels maximisent leur champ d'exercice.

Le taux d'hospitalisation en soins actifs des résidents du RLISS est beaucoup plus élevé que le taux provincial (voir la figure 6). En 2007-2008, plus de 96 000 résidents de HNHB ont séjourné dans un hôpital de soins actifs, représentant plus de 125 000 séjours. Les tendances d'utilisation des hôpitaux varient selon les caractéristiques sociodémographiques. Par exemple, les aînés du RLISS représentent environ 38 % des séjours dans des hôpitaux de soins actifs, alors qu'ils représentent environ 16 % de la population^{xxxiii}.

Figure 6. Hospitalisation en soins actifs selon le lieu de résidence



Source : 2007-2008 Inpatient Discharge Main Table, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, savoirSANTÉ ONTARIO. Remarques : le taux d'hospitalisation en soins actifs est normalisé selon l'âge. Cela signifie qu'il est ajusté pour tenir compte des variations temporelles et géographiques de la composition des classes d'âge.

Les résidents de HNHB utilisent les hôpitaux de la région pour la plupart de leurs soins hospitaliers. En tout, moins de sept pour cent d'entre eux ont été hospitalisés dans les services de soins actifs d'hôpitaux situés à l'extérieur de la région et seulement six pour cent des résidents qui ont séjourné en soins actifs dans les hôpitaux de HNHB ne vivaient pas dans la région. On constate des variations au sein du RLISS. Ainsi, les résidents de Niagara et de Hamilton étaient beaucoup moins portés à aller à l'extérieur du RLISS pour recevoir des soins hospitaliers que ceux de Burlington à cause de la proximité des autres services^{xxxiv}.

Les gens s'attendent à ce qui suit :

- accès rapide aux praticiens et aux services
- obligation de rendre compte des décisions concernant le système de santé local
- obligation de rendre compte des dépenses publiques

Par suite de la croissance et du vieillissement de la population, d'ici à 2022 la demande de services de santé augmentera d'environ 30 % si les tendances actuelles de l'utilisation des services se maintiennent. Cela s'applique aux services hospitaliers et communautaires. La croissance de la demande de soins actifs en milieu hospitalier est projetée pour tous les secteurs de programmes cliniques, mais le taux de croissance projeté varie selon le secteur de programmes cliniques et la géographie (p. ex., la croissance la plus élevée est projetée pour les services vasculaires et cardiaques à cause du vieillissement de la population; Hamilton et Niagara continuent de nécessiter le volume le plus élevé de services hospitaliers parce que ces régions ont les populations les plus importantes, mais on s'attend à ce que la demande de services de soins actifs en milieu hospitalier augmente plus rapidement à Burlington parce que sa population connaîtra la croissance la plus rapide). Les maladies des voies respiratoires et l'insuffisance cardiaque resteront les principales affections représentant le nombre le plus élevé de journées d'hospitalisation dans le RLSS de HNHBB.

Les hôpitaux sont des milieux de soins coûteux. L'entretien et le renouvellement des bâtiments, du matériel et des appareils diagnostiques sont dispendieux et les achats de matériel pour plusieurs emplacements coûtent très cher. En dépit des revenus décroissants, les dépenses d'immobilisations engagées pour maintenir l'infrastructure dans le secteur de la santé continuent d'augmenter. L'enveloppe fournie par le gouvernement limite les ressources pécuniaires et les budgets de fonctionnement des projets achevés. Pour cette raison, la planification des immobilisations doit reposer sur une planification systémique à l'échelle du RLSS axée sur les besoins de la population.

Au niveau national, les dépenses de santé ont atteint 10,7 % du produit intérieur brut (PIB) en 2008, le pourcentage le plus élevé qui ait été enregistré. En 2008, les hôpitaux représentaient 28,0 % (48,1 milliards de dollars) des dépenses de santé totales, en baisse par rapport à 30,7 % en 1998 et à 44,7 % en 1975^{xxxv}. Les recettes provinciales diminuent en grande partie à cause du rétrécissement de l'assiette d'impôt des sociétés. Le produit de l'impôt sur les sociétés de l'Ontario a chuté de 48 % durant l'exercice 2008-2009. Par suite de la baisse des recettes et des investissements, le gouvernement projette un déficit de 24,7 milliards de dollars pour 2009-2010^{xxxvi}. Cela signifie qu'il y aura probablement moins d'argent pour financer les services de santé en Ontario.

Relever l'enjeu :

Si les tendances d'utilisation actuelles se maintiennent, la demande de services de santé continuera d'excéder la capacité, menant à des temps d'attente plus longs et à de mauvais résultats. Il faut changer la façon dont les services sont fournis et utilisés. L'hôpital doit cesser d'être le principal lieu de traitement, le cas échéant. Nous devons impérativement réorganiser la configuration actuelle des programmes cliniques et redistribuer les ressources pour diminuer les taux d'hospitalisation et la durée des séjours. Le financement est subordonné à l'obligation de répondre de l'amélioration des résultats pour la santé et des décisions difficiles devront être prises.

Pour assurer un bassin adéquat de ressources humaines en santé, les fournisseurs de services de santé doivent participer à l'éducation des apprenants du secteur de la santé.

4.0 THÈMES

Le Plan propose des améliorations pour préserver la santé des gens, leur fournir de bons soins et maintenir la viabilité du système de santé. La mise en œuvre de ces améliorations favorisera une approche plus intégrée à l'égard des services.

Le Plan préconise trois piliers fondamentaux à l'appui de l'amélioration du système :

- collaboration interprofessionnelle
- intégration des programmes cliniques
- capacité des services de santé communautaire.

Ces thèmes sont interdépendants et favoriseront l'atteinte de la vision du RLISS comme un tabouret à trois pattes (voir la figure 7), chaque patte du tabouret constituant un soutien essentiel à la structure.

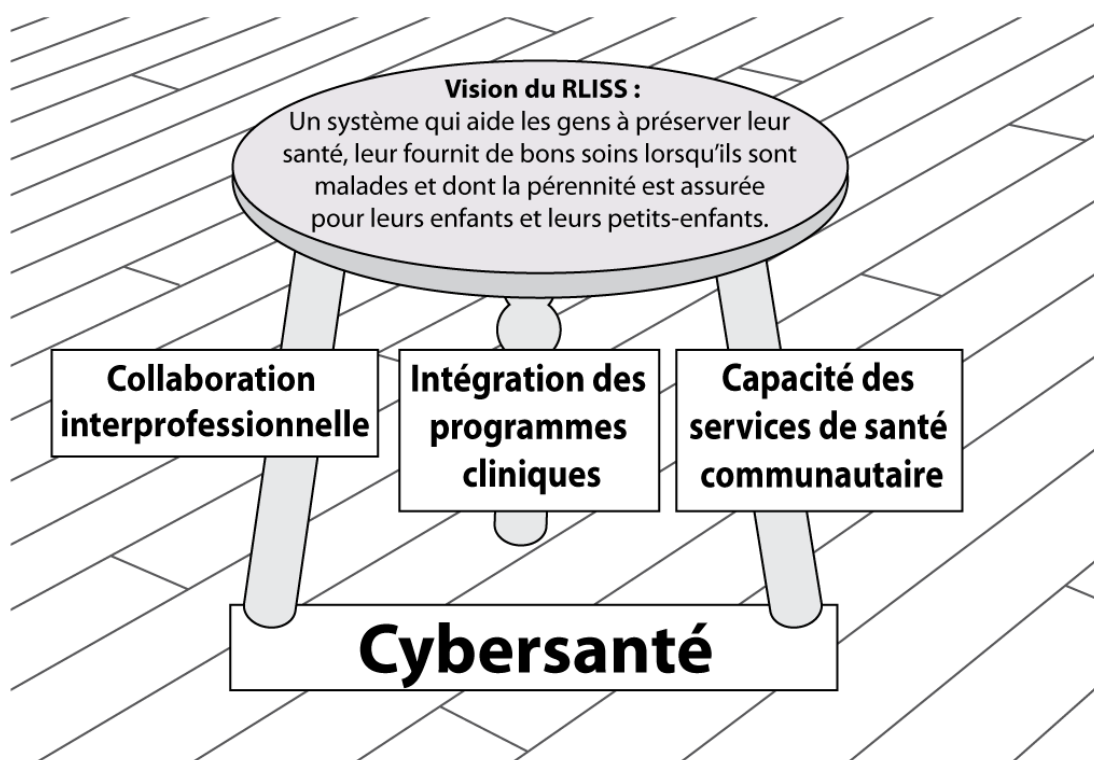
La cybersanté est un facteur essentiel à la mise en œuvre réussie des trois thèmes. Dans le Plan stratégique sur la cybersanté de 2006^{xl}, le comité directeur sur la cybersanté du RLISS définit celle-ci comme étant :

« Un modèle de soins de santé activé par l'information selon lequel les fournisseurs et leurs patients utilisent les technologies de l'information et des communications, y compris Internet, pour planifier, organiser, dispenser, gérer et responsabiliser les soins et favoriser le mieux-être à l'aide de méthodes qui protègent la vie privée des gens et maintiennent la viabilité du système de santé. »

La cybersanté va :

- réduire la nécessité de répéter les tests diagnostiques, ce qui accélérera les traitements et les rendra plus efficaces
- améliorer la communication entre les hôpitaux locaux et régionaux, les médecins et les fournisseurs de services de santé, diminuant ainsi la nécessité de raconter ses antécédents médicaux à plusieurs fournisseurs
- fournir de l'information qui permettra de prendre des décisions éclairées concernant la santé
- faciliter la collaboration entre les fournisseurs de services de santé, ce qui améliorera les plans de traitement.

Figure 7 : Réaliser la vision du RLISS



Une collaboration interprofessionnelle dans le continuum de soins, allant des services communautaires aux services hautement spécialisés, renforcera l'intégration des programmes. Celle-ci est nécessaire à l'amélioration de l'accessibilité et de la coordination des programmes cliniques dans le continuum des soins et à la diminution du recoupement inutile et coûteux des services. L'élargissement de la capacité des services communautaires permettra de dispenser les services plus près du domicile et d'éliminer les lacunes de services dans le continuum de soins. Les services communautaires collaboreront avec les services cliniques spécialisés dans le cadre d'une approche interprofessionnelle qui optimisera les soins et permettra aux services cliniques spécialisés de se concentrer sur ce qu'ils font le mieux.

4.1 Collaboration interprofessionnelle

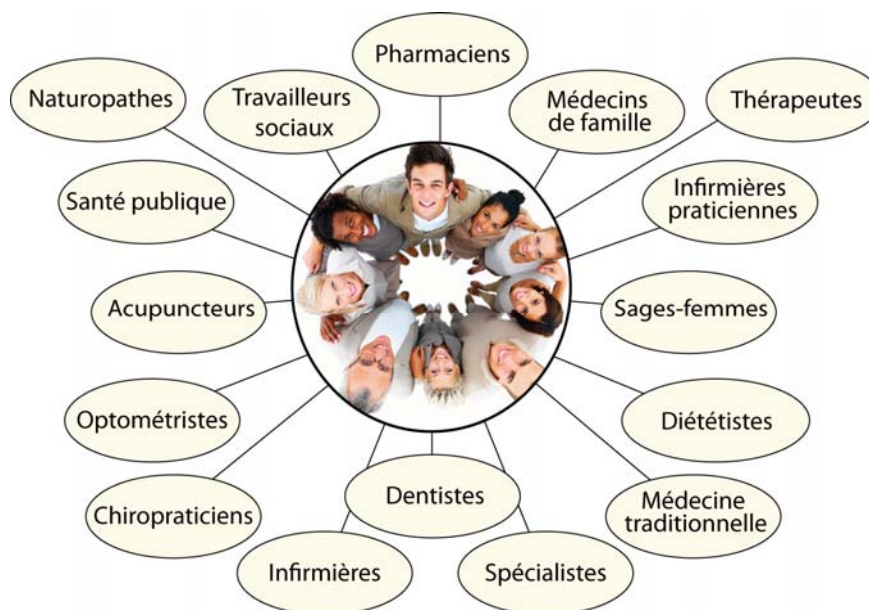
Qu'entend-on par collaboration interprofessionnelle?

La collaboration interprofessionnelle fait référence à la prestation de services de santé exhaustifs aux particuliers par plusieurs soignants qui travaillent de concert pour offrir des soins de qualité au sein des établissements et entre ceux-ci^{xxxvii}.

La collaboration interprofessionnelle n'est pas un concept nouveau. Les démarches concertées fondées sur les équipes de traitement ont été reconnues comme étant le modèle optimal de prestation des services au Canada (p. ex., accords sur la santé de 2003-2004)^{xxxviii}. Selon ce modèle de prestation des services, les professionnels de la santé et le particulier travaillent ensemble, ce qui permet à ce dernier de jouer un rôle plus important dans la gestion de sa propre santé. Les équipes de collaboration interprofessionnelle constituent d'importants placements pour l'apprentissage des apprenants du secteur de la santé.

Au sein de notre RLISS, il y a des exemples de modèles de collaboration interprofessionnelle articulés sur les soins palliatifs, la gériatrie, le traitement du cancer et la santé mentale. En Ontario, l'exercice interprofessionnel mise, par exemple, sur l'expérience des centres de santé communautaire et des équipes de santé familiale. Les équipes interprofessionnelles relient les services et les gens, y compris médecins de famille et spécialistes, infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, diététistes, thérapeutes, travailleurs sociaux et autres (voir la figure 8).

Figure 8. Fournisseurs de soins primaires



Une approche commune à l'égard des soins sera fondée sur les pratiques exemplaires et permettra aux professionnels de la santé d'utiliser leurs compétences de base. Elle profitera également aux particuliers. En effet, ces derniers auront rapidement accès à divers professionnels de la santé qui leur offriront des soins préventifs ou traiteront une maladie précise. Les membres de cette équipe interprofessionnelle travailleront au même endroit ou fonctionneront comme une équipe virtuelle à plusieurs emplacements reliés électroniquement. Les équipes interprofessionnelles virtuelles axées sur la vidéoconférence et autres stratégies de cybersanté conviennent au RLISS à cause de son vaste territoire et des liens qui doivent être entretenus avec une variété de fournisseurs de services de santé.

Pourquoi la collaboration interprofessionnelle est-elle nécessaire?

La coopération et le travail d'équipe accrus découlant de la collaboration interprofessionnelle aideront les professionnels de la santé à gérer les charges de travail croissantes, réduiront les temps d'attente et amélioreront la qualité des services offerts. La coopération et le travail d'équipe accrus permettront de combler les besoins en matière de soins primaires (p. ex., accès inadéquat aux soins primaires et, partant, aux soins de prévention et à l'autogestion qui contribue aux hospitalisations évitables).

On constate un manque de communication et de coordination entre les fournisseurs et les organismes de services de santé et une hésitation à utiliser des pratiques exemplaires pour optimiser les résultats. En outre, les professionnels de la santé ne sont pas sensibilisés à la formation et au champ d'exercice de leurs homologues, ni aux mandats des professions et des organisations. La capacité et l'aptitude en technologie de l'information (TI) varient au sein du RLISS. Il y a peu de formation en collaboration interprofessionnelle et peu d'expérience de celle-ci, et l'interprétation des services axés sur le client et dirigés par le client varie. Les lacunes sont particulièrement prononcées dans les secteurs de la gestion des maladies chroniques, de la santé mentale et des soins aux aînés frêles où aucun praticien ne peut fournir des services optimaux tout seul. La collaboration interprofessionnelle permettra de relever ces enjeux en fournissant le mécanisme à l'appui des changements requis.

Qu'est-ce qui sera différent?

De nombreux fournisseurs de soins primaires sont pressés de dispenser des services plus rapidement tout en travaillant avec des ressources humaines et financières limitées. Le modèle interprofessionnel de soins permettra à tous les professionnels de la santé de mettre en pratique tous les volets de leur champ d'exercice et de se concentrer sur leur domaine d'expertise. Elle accroîtra la satisfaction des fournisseurs de soins primaires à l'égard de leur travail et contribuera au recrutement de nouveaux fournisseurs de soins primaires.

Les fournisseurs de services de santé collaboreront pour offrir des services de santé complets, de qualité au sein des établissements de santé et entre ceux-ci. Ils mettront l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, le dépistage et l'autogestion. La mise en œuvre d'un modèle de collaboration interprofessionnelle dans le RLISS va :

- assurer l'accès à des soins primaires complets
- faciliter l'accès aux services spécialisés
- améliorer la coordination des services et les transitions entre les secteurs/milieus de soins
- appuyer l'autogestion.

Dans le RLISS, ClinicalConnect a été désigné comme étant l'outil de partage de renseignements entre les hôpitaux et les cabinets médicaux. Hamilton Health Sciences Corporation et le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton utilisent maintenant ClinicalConnect et le système sera utilisé par les autres hôpitaux de notre RLISS selon un échéancier qui a été approuvé. Les fournisseurs de services de santé et les organismes communautaires du RLISS doivent être reliés électroniquement. En effet, il est essentiel

d'accélérer la communication entre les fournisseurs et d'en accroître l'exactitude, car cette communication électronique évitera le recouplement des analyses et la nécessité de répéter ses antécédents plusieurs fois.

Les résidents nous ont également fait savoir qu'ils veulent pouvoir communiquer électroniquement avec leurs fournisseurs de services de santé afin d'autogérer plus facilement leur santé. Des renseignements courants et une formation seront également offerts aux patients pour leur permettre de faire le suivi de leur propre état de santé (p. ex., pression artérielle, poids, glycémie). La collaboration interprofessionnelle permettra aux particuliers et à leurs familles de participer plus activement à la gestion de leur santé et assurera qu'ils recevront les soins appropriés au moment voulu. Les résidents de chaque collectivité auront accès à des fournisseurs de services de santé qui sont déterminés à dispenser des soins efficaces, de qualité à l'aide des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

4.2 Intégration des programmes cliniques

Qu'entend-on par intégration des programmes cliniques?

L'intégration des programmes cliniques mènera à des programmes coordonnés à l'échelle du RLISS dirigés par un ou plusieurs organismes associés et reflètera un ensemble convenu d'attributs. Ces attributs comprennent :

- rôles, responsabilités et obligations redditionnelles clairement définis
- engagement à l'égard des pratiques exemplaires et de la mise en œuvre de normes et de directives cliniques
- lignes directrices communes relatives à l'admission, au congé et à l'acheminement
- élimination du recouplement de services très complexes à faible volume
- planification axée sur la population, évaluation et surveillance du rendement à l'échelle du RLISS.

Chaque programme clinique à l'échelle du RLISS aura pour but d'assurer un accès équitable à un système coordonné de services fondés sur des données probantes dans le continuum de soins. L'atteinte de ce but exige un leadership solide, des mécanismes à l'appui d'une responsabilisation partagée et de partenariats et une infrastructure de communication améliorée.

Cela signifie que tous les résidents du RLISS, peu importe s'ils vivent en milieu rural ou urbain, auront un accès équitable aux services. Tous les aspects de la prestation des services dans le cadre d'un programme particulier seront connectés et coordonnés de manière à répondre aux besoins de la population et à optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

Pourquoi l'intégration des programmes cliniques est-elle nécessaire?

Le système de santé est vaste et complexe. Les résidents du RLISS comptent sur l'égalité d'accès à des services de qualité. Pour leur part, les professionnels de la santé s'attendent à des acheminements rapides et à un accès aux renseignements cliniques sur un particulier, aux pratiques exemplaires, aux outils et au matériel. L'avenir de notre système de santé est tributaire d'une responsabilisation à l'égard de l'accès

approprié, de la qualité des services (p. ex., normes de pratiques exemplaires, lignes directrices et mesures de rendement) et de l'utilisation efficiente des ressources.

Au moment où des organismes individuels harmonisent leurs services en fonction des contraintes budgétaires, l'intégration des programmes cliniques leur fournira des mécanismes qui leur permettront de travailler avec leurs partenaires à l'intégration ou au transfert des services qui devraient être dispensés dans la collectivité^{xxxix}.

L'intégration des programmes cliniques permettra au RLSS de répondre plus efficacement aux besoins de santé évolutifs de la population, aux nouvelles technologies médicales et informatiques et à la pénurie de personnel médical.

Qu'est-ce qui sera différent?

Les organismes auront des rôles, responsabilités et obligations redditionnelles clairement définis. L'intégration des programmes cliniques sera le fruit d'une responsabilisation partagée par tous les fournisseurs qui mènera à une répartition équitable des services, à une réduction du recoupement et à une utilisation plus efficace des ressources humaines et matérielles.

La mise sur pied d'équipes de leadership clinique communes, ayant des tendances d'acheminement claires et des ententes de rapatriement, réduira les temps d'attente et favorisera un accès plus uniforme dans notre région. Les résidents du RLSS se déplaceront plus facilement dans le système de santé. On s'attendra à ce que tous les fournisseurs de services de santé utilisent des lignes directrices sur les pratiques exemplaires et des normes cliniques lorsqu'ils dispensent des services.

4.3 Capacité des services de santé communautaire

Qu'entend-on par capacité des services de santé communautaire?

Les services de santé communautaire appuient la vie autonome (p. ex., logements avec services de soutien, aliments, transport, programmes de repas en commun), préviennent les hospitalisations (p. ex., prévention des chutes, soins palliatifs, médecine douce et services ambulatoires) et favorisent les initiatives de dépistage et d'intervention précoce (p. ex., programmes de recherche de cas, programmes de mieux-être, éducation en matière de diabète, soins des pieds pour personnes diabétiques). On doit relier les services communautaires aux soins primaires pour pouvoir dispenser un éventail exhaustif de services et de soutien à proximité du domicile.

Pourquoi la capacité des services de santé communautaire est-elle nécessaire?

La majorité des gens obtiennent la majeure partie de leurs services de santé, la plupart du temps, dans la collectivité. Les services de soutien communautaire subventionnés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (désormais subventionnés par le RLSS) ont évolué indépendamment les uns des autres en réponse aux besoins locaux. Nombre d'entre eux ont plusieurs bailleurs de fonds, emploient un éventail de

professionnels de la santé et embauchent des bénévoles. Les programmes et services actuels font face à des enjeux dus aux besoins changeants de la population (p. ex., demande croissante de services et clients ayant des besoins complexes) et aux ressources limitées (p. ex., pénurie de professionnels de la santé et de bénévoles, disparité salariale avec d'autres secteurs, problèmes de financement et environnement de financement concurrentiel).

Dans l'optique du particulier, il peut être difficile de trouver les services, de savoir lesquels utiliser et de se rendre à l'endroit où ils sont offerts. Les services ne sont pas répartis équitablement dans la région du RLIS et il y a un manque d'outils normalisés à des fins d'évaluation, de planification des services et d'évaluation des résultats. L'amélioration de l'accès aux services communautaires appropriés et des maillages dans le continuum de soins favorisera une approche plus intégrée et coordonnée à l'égard des services.

Qu'est-ce qui sera différent?

Les outils normalisés et une culture axée sur l'amélioration continue de la qualité (p. ex. critères d'admissibilité, d'évaluation et d'acheminement uniformes et repères de rendement axés sur les résultats) optimiseront l'utilisation des ressources dans le secteur communautaire. La transparence en ce qui a trait aux services disponibles et à la façon de se les procurer favorisera un accès approprié aux services à proximité du domicile. Les maillages dans le continuum de soins encourageront une démarche plus coordonnée à l'égard de la prestation des services et des transitions sans heurts entre les milieux de soins.

5.0 MISE EN ŒUVRE

Le RLISS doit impérativement mettre en œuvre la collaboration interprofessionnelle et l'intégration des programmes cliniques et accroître la capacité des services communautaires. Cela exigera un leadership solide, un engagement clair de la part des fournisseurs de services de santé et des décisions difficiles.

Le RLISS s'est doté d'une stratégie de cybersanté^{xl}. Le programme de dépôt d'imagerie diagnostique, qui permet aux professionnels de la santé appropriés de la région de visionner les analyses diagnostiques, sera mis en œuvre au cours des trois prochaines années. Le système ClinicalConnect sera mis à la disposition de tous les hôpitaux et du CASC de HNHB durant la première année. Tous les fournisseurs de services de santé de notre RLISS doivent avoir accès à un dossier médical électronique. On doit élaborer une stratégie de mise en œuvre d'un dossier médical électronique abordable en collaboration avec l'Ontario Medical Association et le Bureau de la cybersanté provincial.

Les pratiques exemplaires applicables à chacun de ces thèmes sont essentielles à la qualité des services dans notre RLISS. Nos universités ont élaboré des lignes directrices sur les pratiques exemplaires qui sont reconnues à l'échelle nationale et internationale. Des liens formels avec le secteur universitaire appuieront l'évaluation du rendement et l'amélioration de la qualité. Tous les fournisseurs de services de santé participeront à l'amélioration de la qualité et à l'évaluation du rendement.

Notre RLISS compte plusieurs universités qui offrent une formation aux futurs fournisseurs de services de santé. On s'attend à ce que tous les fournisseurs de services de santé participent durant les prochaines années à la formation de ces apprenants.

La stratégie de mise en œuvre qui s'applique à chacun des thèmes exigera un leadership solide au cours des prochaines années. Ce RLISS a la chance de pouvoir compter sur des dirigeants informels et formels qui ont démontré qu'ils souhaitent contribuer à l'avancement de notre feuille de route.

5.1 Contribution interprofessionnelle

Comment atteindrons-nous notre but?

On constate une grande réceptivité à l'élargissement et à l'adoption de la contribution interprofessionnelle dans le RLISS. Cette réceptivité concorde avec l'approche d'équipe utilisée en Ontario, notamment, dans les secteurs des soins palliatifs, du traitement du cancer, des soins intensifs et des soins postérieurs à un accident vasculaire cérébral. De récents investissements provinciaux dans les équipes de santé familiale et les CSC et une mise en valeur de l'enseignement interprofessionnel confirment l'engagement de l'Ontario et des RLISS à l'égard de la contribution interprofessionnelle.

Misant sur les modèles actuels, le RLISS mettra en œuvre et évaluera un projet pilote axé sur une équipe de soins interprofessionnels. Le projet contribuera au repérage des facteurs de réussite applicables à la collaboration interprofessionnelle et à la démonstration de sa contribution à valeur ajoutée aux soins primaires exhaustifs. Une trousse de pratiques exemplaires sera élaborée à l'appui de l'élargissement de la

contribution interprofessionnelle à l'échelle du RLISS et, notamment, du champ d'exercice des professionnels de la santé. La diffusion et l'adoption de pratiques exemplaires constituent le fondement de la collaboration interprofessionnelle et des projets seront établis et mis en œuvre dans l'ensemble du RLISS.

5.2 Intégration des programmes cliniques

Comment atteindrons-nous notre but?

L'intégration des programmes cliniques sera un travail de plusieurs années auquel les dirigeants du RLISS travailleront en partenariat. Une charte pour l'ensemble du RLISS reflètera l'engagement organisationnel à l'égard d'un programme de changement concerté pour la réaliser. Des protocoles d'entente formalisent déjà les rôles, responsabilités et obligations redditionnelles des organismes. Par exemple, Hamilton Health Sciences Corporation, le Système de santé de Niagara et Action Cancer Ontario ont signé un protocole d'entente visant la création d'un programme de cancérologie intégré entre le Juravinski Cancer Centre (Hamilton) et le Walker Family Cancer Centre (St. Catharines). En outre, Hamilton Health Sciences Corporation, le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et le Système de santé de Niagara élaborent un protocole d'entente modèle pour les programmes intégrés.

Des programmes intégrés à l'échelle du RLISS sont le résultat souhaité. L'atteinte rapide de ce résultat exigera une coordination des activités de planification et de mise en œuvre des divers secteurs de programmes. L'examen des programmes cliniques se déroulera en plusieurs étapes. On tirera parti des mécanismes, des ressources et du leadership actuels pour accélérer la planification de la mise en œuvre.

Les plans de mise en œuvre de l'intégration des programmes cliniques optimiseront l'accès, la qualité et l'efficience dans le continuum de soins. Le plan de mise en œuvre énoncera les éléments suivants :

- des recommandations concernant la taille et l'emplacement des programmes et services
- les mécanismes, structures et éléments nécessaires à l'incitation à la responsabilisation partagée dans le continuum de soins (p. ex., protocoles d'entente)
- la mise en œuvre de lignes directrices sur les pratiques exemplaires appropriées (avec l'aide de nos partenaires universitaires)
- l'identification de catalyseurs clés de la mise en œuvre (p. ex., processus normalisés, technologie de l'information et des communications)
- les exigences en matière de ressources humaines et d'infrastructure à l'appui de la mise en œuvre.

Ces plans reposeront sur les conseils des GCP concernant les modèles de prestation de services idéaux ainsi que sur les prérequis et les catalyseurs de la mise en œuvre de ces modèles^{xv}.

La sélection de la taille et de l'emplacement des programmes cliniques sera étayée par les analyses initiales de données effectuées par le RLISS durant le processus de planification des services cliniques ^{vi, vii, viii, ix, x}.

On devra mettre au point les projections utilisées pour déterminer la taille des programmes cliniques afin d'assurer que la capacité future tient compte des besoins insatisfaits et reflète l'impact anticipé des progrès

de la technologie médicale et des nouveaux modes de prestation des services de santé susceptibles d'accroître l'efficacité de la prestation des services et de mener au délaissement des services aux malades hospitalisés au profit des consultations externes et/ou des milieux communautaires, le cas échéant.

Dès que les estimations de la taille seront achevées, on choisira l'emplacement des programmes cliniques. Les délibérations à ce sujet viseront à trouver un équilibre optimal entre les critères suivants :

- accès (c.-à-d. promouvoir l'accès aux services à proximité du domicile)
- qualité (c.-à-d. masse critique de patients et de ressources humaines en santé, exigences en matière d'infrastructure, modèles de prestation des services axés sur des pratiques exemplaires)
- efficience (c.-à-d. optimisation des ressources).

En outre, les plans doivent cerner les interdépendances dans le choix d'emplacement des services.

5.3 Capacité des services communautaires

Comment atteindrons-nous notre but?

Les services communautaires de santé, de mieux-être et de rétablissement concorderont avec les objectifs d'amélioration de la santé de la population. Des outils de modélisation de la demande et des procédures d'appariement des clients améliorés cerneront les lacunes de services et le soutien requis (p. ex., soutien à domicile, transport) et orienteront les gens vers les soins appropriés à l'endroit voulu. Les catalyseurs requis pour les services communautaires comprennent :

- l'adoption de mesures d'évaluation, d'acheminement et de rendement communes
- des renseignements immédiatement utilisables sur les patients menant à une planification appropriée et rapide des services
- des investissements en infrastructure pour intégrer la technologie de l'information (cybersanté) et des maillages pour l'établissement d'un plan d'action avec la santé publique (promotion, prévention, dépistage) et les municipalités (logement, services sociaux).

Les stratégies axées sur des services communautaires robustes amélioreront la circulation des patients (service approprié, moment opportun, endroit voulu) et réduiront la demande inappropriée de services hospitaliers.

Le RLIS appuiera la disponibilité des services appropriés à proximité du domicile en élargissant le nombre de milieux avec services de soutien et en favorisant l'autogestion pour améliorer la qualité des services et les résultats pour la santé des résidents.

5.4 Priorités d'action et dates au plus tôt – à l'aide des ressources actuelles

Année 1 : 2010-2011	Année 2 : 2011-2012	Années 3+ : 2012 et au-delà
Mise en œuvre du modèle de collaboration interprofessionnelle : - établir et évaluer un modèle de collaboration interprofessionnelle virtuelle - élaborer une trousse de collaboration interprofessionnelle à l'appui de la diffusion du modèle de collaboration interprofessionnelle dans le RLISS - maximiser le champ d'exercice des professionnels de la santé. Mise en œuvre de l'intégration des programmes cliniques : - faire avaliser une charte de l'intégration des programmes cliniques à l'échelle du RLISS par les dirigeants des hôpitaux - remettre en concordance les secteurs de programmes suivants dans le continuum de soins : - soins continus complexes et réadaptation - traitement du cancer - hépatobiliaire - vasculaire et thoracique - mère et nouveau-né. - élaborer un plan fonctionnel pour un programme de médecine de laboratoire intégré à l'échelle du RLISS à l'appui de l'intégration des programmes cliniques – pour approbation de l'immobilisation - établir une délivrance de titres et de certificats commune à l'échelle du RLISS à l'appui de l'intégration des programmes cliniques pour les médecins, dentistes, sages-femmes et infirmières. Remise en concordance de la capacité des services de santé communautaire : - établir des postes de dialyse péritonéale dans trois maisons de soins de longue durée - élargir la capacité organisationnelle dans le secteur communautaire en améliorant les processus (p. ex., piloter des outils et processus communs pour orienter les patients vers les services communautaires appropriés) - établir un outil de modélisation de la demande pour cerner les lacunes de services du secteur communautaire - établir des stratégies et financer des projets (p. ex., au titre de Vieillir chez soi) pour combler les lacunes de services du secteur communautaire - élargir les centres d'enseignement sur le diabète - élargir les services de podologie pour diabétiques à haut risque d'abord à Niagara et à Hamilton - établir des stratégies de prévention des chutes dans le RLISS - établir des critères communs d'accessibilité aux programmes de transport financés par le RLISS. Mise en œuvre des activités de cybersanté : - établir un dépôt régional d'imagerie diagnostique au Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton, à Hamilton Health Sciences Corporation, à l'Hôpital Memorial de Lincoln Ouest, au Système de santé de Niagara - élargir l'accès à ClinicalConnect à tous les hôpitaux et au CASC du RLISS pour permettre aux fournisseurs de services de santé d'obtenir les renseignements sur la santé des patients, les résultats de l'imagerie diagnostique et des analyses médicales et de laboratoire en temps réel - mettre en œuvre l'outil d'appariement des ressources du CASC pour orienter les clients vers les services.	Mise en œuvre du modèle de collaboration interprofessionnelle : - élargir les modèles de collaboration interprofessionnelle à un minimum de deux collectivités de plus - formaliser les liens avec le secteur universitaire à l'appui des processus de mesure du rendement, d'évaluation et d'amélioration de la qualité - établir un processus et mettre en œuvre deux pratiques exemplaires ou projets axés sur la qualité à l'échelle du RLISS chaque année. Mise en œuvre de l'intégration des programmes cliniques : - remise en concordance des secteurs de programmes suivants dans le continuum de soins : - diabète - maladies chroniques du rein - santé mentale et toxicomanies - cardiologie - urgence/traumatologie - pédiatrie. Mise en œuvre de la capacité des services de santé communautaire : - modélisation de la demande continue pour une amélioration constante - mise en œuvre de stratégies et financement de projets (p. ex., au titre de Vieillir chez soi) pour combler les lacunes de services dans le secteur communautaire - application à l'échelle du RLISS d'outils et de processus communs pour orienter les patients vers les services communautaires appropriés. Mise en œuvre des activités de cybersanté : - relier les hôpitaux restants du RLISS au dépôt d'imagerie diagnostique.	Mise en œuvre du modèle de collaboration interprofessionnelle : - élargir les modèles de collaboration interprofessionnelle à l'échelle du RLISS - établir des repères de dépistage/promotion de la santé à l'échelle du RLISS. Mise en œuvre de l'intégration des programmes cliniques : - remise en concordance des secteurs de programmes suivants dans le continuum de soins : - système respiratoire - oto-rhino-laryngologie - gastroentérologie - douleur chronique - ophtalmologie - orthopédie - urologie - gériatrie spécialisée - neurosciences. Mise en œuvre de la capacité des services de santé communautaire : - continuer de combler les lacunes de capacité communautaire en fonction des estimations des besoins de services insatisfaits. Mise en œuvre des activités de cybersanté : - assurer que les fournisseurs de services de santé du RLISS sont reliés électroniquement - établir des portails pour les patients pour rendre les enseignements sur les services de santé accessibles et appuyer l'autogestion des maladies chroniques.

6.0 CONCLUSION

Le Comité directeur a appris beaucoup de choses sur le système de santé local en écoutant les fournisseurs, le public et autres intervenants. Le Plan résume ce que nous avons appris dans le contexte de notre vision pour le système de santé local : aider les gens à préserver leur santé, leur fournir de bons soins lorsqu'ils sont malades et être là pour les prochaines générations.

Trois thèmes directeurs ont surgi de ce que nous avons entendu et appris. Pour réaliser notre vision, nous devons élargir la capacité des services communautaires, adopter la collaboration interprofessionnelle comme mode de prestation des services et intégrer les programmes cliniques à l'échelle du RLISS, dans le continuum de soins. La signification de ces thèmes, leur pertinence et la façon de les réaliser sont les principales questions traitées dans le rapport.

Globalement, la mise en œuvre de ces trois thèmes modifiera le système de santé local dans le RLISS de HNHB, bâtissant un avenir plus efficient, abordable et viable pour répondre aux besoins particuliers de la population de la région.

Au niveau individuel, la mise en œuvre réussie du Plan améliorera l'expérience du système pour les particuliers, leurs familles et les fournisseurs. L'expérience de tous les jours évoluera pour les *particuliers* :

- les particuliers ne seront pas tenus de répéter leurs antécédents à chaque fournisseur de soins
- les particuliers ne seront pas tenus de subir les mêmes analyses pour différents fournisseurs
- les soins appropriés seront dispensés à l'endroit voulu et au bon moment
- les particuliers auront accès aux soins primaires et aux services communautaires dont ils ont besoin en temps opportun
- les particuliers auront plus facilement accès aux services communautaires locaux de prévention des maladies et de mieux-être
- les particuliers auront plus facilement accès aux renseignements nécessaires à l'autogestion et à la prise de décisions.

L'expérience évoluera pour les *professionnels et les fournisseurs* :

- les fournisseurs de services de santé seront mieux reliés électroniquement avec les autres fournisseurs et auront un accès rapide, sécurisé aux dossiers d'un particulier (p. ex., antécédents en pharmacothérapie, admissions à l'hôpital et acheminements à d'autres fournisseurs)
- les fournisseurs à l'échelle du RLISS utiliseront des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour différents programmes cliniques à l'appui de la prestation de soins appropriés, à l'endroit voulu et au bon moment
- les fournisseurs (de soins primaires et de services communautaires) établiront des maillages formels et des démarches communes en matière de soins afin d'améliorer la continuité de ceux-ci
- les professionnels travailleront de plus en plus souvent en équipes interprofessionnelles dotées de champs d'exercice définis à l'appui de la prestation des services dans le RLISS

- les fournisseurs focaliseront la mesure du rendement aux fins de surveillance de la qualité et des résultats et cette focalisation sera éperonnée au niveau du RLISS.

En présentant ce rapport, le Comité directeur confie les prochaines étapes au RLISS. L'intégration des priorités du Plan au PSSI triennal du RLISS fournira à ce dernier un plan d'action. Comme c'était le cas pour le Plan, la réussite de la mise en œuvre du PSSI de 2010-2013 exigera un engagement continu et une écoute ainsi qu'une démarche concertée fondée sur des preuves à l'égard de la planification.

GLOSSAIRE DES TERMES

Abréviation	Définition
ABC	Access to Best Care Plan (Hamilton Health Sciences Corporation)
ANS	Autres niveaux de soins
DMSSA	Durée moyenne du séjour en soins actifs
SLA	Sclérose latérale amyotrophique
LSAVA	Logements avec services d'aide à la vie autonome
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
SSC	Services de soutien communautaire
PGMC	Prévention et gestion des maladies chroniques
CSC	Centres de santé communautaire
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
Le Comité directeur	Le Comité directeur du Plan des services cliniques
DI-r	Dépôt d'imagerie diagnostique
SU	Service des urgences
DME	Dossier médical électronique
ESF	Équipes de santé familiale
GAIN	Geriatric Assessment and Integration Network
PIB	Produit intérieur brut
PAH	Plan d'amélioration d'hôpital
RHS	Ressources humaines en santé
HHS	Hamilton Health Sciences
HNHB	Hamilton Niagara Haldimand Brant
FSS	Fournisseurs de services de santé
PSSI	Plan de services de santé intégrés
TI	Technologie de l'information
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
LISSL	<i>Loi de 1986 sur l'intégration du système de santé local</i>
Le ministère	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée
PE	Protocole d'entente
SSN	Système de santé de Niagara
OPHRDC	Ontario Physician Human Resources Data Centre
AM	Adjoints aux médecins
GCP	Groupes consultatifs de planification
Le Plan	Le Plan des services cliniques
IA	Infirmières autorisées
IAA	Infirmières auxiliaires autorisées

NOTES EN FIN D'OUVRAGE

ⁱ *Loi prévoyant l'intégration du système local de prestation des services de santé. Projet de loi 36.* Mars 2006. Disponible à www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/06104_e.htm.

ⁱⁱ Mandat du Comité directeur du Plan des services cliniques. Disponible à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

ⁱⁱⁱ Liste des membres du Comité directeur du Plan des services cliniques. Disponible à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

^{iv} Liste des membres des groupes consultatifs de planification. Disponible à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

^v Principes directeurs et éléments clés des modèles de prestation des services : commentaires des groupes de référence, des réseaux et des groupes de travail. Disponibles à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

^{vi} Survol de la méthodologie relative aux données – Sommaire des GCP. Disponible à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

^{vii} Sommaire de l'utilisation des soins actifs. Disponible à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

^{viii} Affectations aux GMA par les GCP. Disponibles à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

^{ix} État actuel de l'utilisation préparé par Deloitte. Disponible à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

^x Projections de haut niveau de la future demande de services. Disponible à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

^{xi} Modèles de prestation des services des GCP préparés par Deloitte. Disponibles à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

^{xii} Hamilton Health Sciences : Access to the Best Care at Hamilton Health Sciences. Service Realignment Rationale. Juin 2008. Disponible à <http://hhsc.ca/body/cfm?id=1309>.

^{xiii} Système de santé de Niagara : Revised Addendum to the Niagara Health System Hospital Improvement Plan. Décembre 2008. Disponible à http://improvements.niagarahealth.net/wp-content/uploads/2008/12/hipadd_dec08.pdf.

^{xiv} Guide de réunion des GCP. Disponible à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

^{xv} Mémoires des GCP. Disponible à <http://www.hnhblhin.on.ca>.

- ^{xvi} Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2007. Disponible à <http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SurvId=3226&SurvVer=0&InstId=15282&InstaVer=4&SDDS=3226&lang=en&db=IMDB&dbg=f&adm=8&dis=2>.
- ^{xvii} Statistique Canada. Recensement de 2006.
- ^{xviii} New England Journal of Medicine, vol. 357, n° 12, S. Schroeder (de McGinnis et al).
- ^{xix} Rapports sur les réseaux locaux d'intégration des services de santé : "Treated" prevalence rates of chronic conditions using John Hopkins Adjusted Clinical Groups (ACG) case-mix system, 2006-7, IRSS. Disponible à http://www.ices.on.ca/file/Chronic_Conditions_lhin4_May08.ppt.
- ^{xx} Statistique Canada. Recensement de 2006. En deçà du seuil de faible revenu (SFR). Le SFR est le revenu après impôt sous lequel la plupart des Canadiens consacrent au moins 20 % de plus que la moyenne à l'alimentation, à l'habitation et à l'habillement.
- ^{xxi} *Loi sur les services en français*, Ontario 1986. Disponible à <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/flsa.html>.
- ^{xxii} Chiffre dérivé du nombre de vacances dans les régions insuffisamment desservies multiplié par 1 380; point repère pour les médecins : ratio d'habitants par médecin de famille.
- ^{xxiii} Tableau des données sur les visites ambulatoires, Base de données provinciale pour la planification des services de santé. Version 18.06. Novembre 2008.
- ^{xxiv} Tableau des renvois des patients hospitalisés, Base de données provinciale pour la planification des services de santé. Version 18.07. Décembre 2008.
- ^{xxv} SavoirSANTÉ ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- ^{xxvi} Sondage sur le transport du RLISS de HNHB (juin 2009). Disponible à <http://www.hnhblhin.on.ca>.
- ^{xxvii} Disponible à http://www.health.gov.on.ca/transformation/wait_times/wait_mn.html.
- ^{xxviii} Niveau d'hémoglobine A1C – Test de dépistage du prédiabète et du diabète.
- ^{xxix} Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
- ^{xxx} Tableau de bord de performance du RLISS de HNHB. Disponible à http://www.hnhblhin.on.ca/Page.aspx?id=5092&ekmense=e2f22c9a_72_346_5092_1.

xxxvi Système de santé de Niagara : Revised Addendum to the Niagara Health System Hospital Improvement Plan. Décembre 2008. Disponible à http://improvements.niagarahealth.net/wp-content/uploads/2008/12/hipadd_dec08.pdf.

xxxvii Physicians in Ontario 2007. Reports from the Active Physician Registry. Ontario Physicians Human Resources Data Centre (OPHRDC). Université McMaster, 2008. www.ophrdc.org.

xxxviii SavoirSANTÉ ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

xxxix SavoirSANTÉ ONTARIO. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

xl Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2008. Toronto : ICIS, 2008.

xli Exposé économique d'automne du gouvernement de l'Ontario. Octobre 2009. Disponible à <http://www.thestar.com/print/article/714276>.

xlii ProfessionsSantéOntario. Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provincial. Document soumis par le Comité directeur de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, juillet 2007. Disponible à <http://www.healthforceontario.ca/upload/en/whatishfo/ipc%20blueprint%20final.pdf>.

xliiii Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Site Web de Santé Canada. Disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php>. Trouvé le 11 juillet 2007.

xliiii Ministère de la Santé et des Soins de longue durée : Lignes directrices de la présentation de planification de la responsabilisation hospitalière (PPRH). Octobre 2009.

xl Annexe E : HNHB LHIN e-Health Strategic Plan. Focusing on the Future: Creating Connections to Improve Health Care. Octobre 2006. Disponible à www.hnhblhin.on.ca/Page.aspx?id=3202.

Pour nous contacter

Téléphone : (905) 945-4930
1 (866) 363-5446

Télécopieur : (905) 945-1992

Courriel : hamiltonniagarahaldimandbrant@lhins.on.ca

Adresse : 264, rue Main Est
Grimsby (Ontario) Canada L3M 1P8

Site Web : www.hnhblhin.on.ca

