

# La santé publique au sein d'un système intégré de santé

Rapport du comité ministériel d'experts sur la santé publique

Le 9 juin 2017



# Table des matières

<b>I. Au sujet du comité d'experts</b> .....	<b>4</b>
Le mandat du comité d'experts .....	4
Les membres du comité d'experts .....	4
Le résultat souhaité : Un secteur de santé publique robuste au sein d'un système intégré de santé.....	5
Les principes directeurs du comité d'experts .....	6
Processus et délibérations .....	6
<b>II. Une occasion à saisir</b> .....	<b>7</b>
La santé publique dans le cadre d'un système intégré de santé .....	7
Préparer la santé publique à assumer son rôle dans le cadre d'un système intégré de santé .....	7
L'incidence de la santé publique au sein d'un système intégré .....	8
<b>III. Un secteur de santé robuste au sein d'un système intégré</b> .....	<b>9</b>
<b>1. La structure organisationnelle optimale pour la santé publique</b> .....	<b>9</b>
Le contexte .....	9
Les critères .....	10
Responsabilités et fonctions .....	11
État final proposé — La santé publique dans un système intégré de santé .....	16
<b>2. Des limites géographiques optimales</b> .....	<b>17</b>
Le contexte .....	17
Les critères .....	17
Les limites géographiques proposées .....	18
<b>3. La structure de direction optimale</b> .....	<b>20</b>
Le contexte .....	20
Les critères .....	20
La structure de direction proposée .....	21
<b>4. Une vision optimale de la gouvernance</b> .....	<b>22</b>
Le contexte .....	22
Les critères .....	22
Le modèle de gouvernance proposé .....	23
Considérations relatives au conseil de santé régional proposé .....	24
<b>IV. Considérations relatives à la mise en oeuvre</b> .....	<b>25</b>
Législation .....	25
Financement .....	25
Planification de la transition/gestion du changement .....	26
Des rapports efficaces avec les RLISS et le système de santé .....	26
<b>Annexe</b> .....	<b>27</b>
Annexe A : Limites géographiques des RLISS et des circonscriptions sanitaires .....	28
<b>Bibliographie</b> .....	<b>29</b>

# I. Au sujet du comité d'experts

En janvier 2017, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a établi le comité d'experts sur la santé publique dans le but de solliciter des conseils sur les modifications à apporter à la structure, à l'organisation et à la gouvernance du secteur de la santé publique en Ontario dans le cadre d'un système de santé transformé.

## Le mandat du comité d'experts

Dans le cadre de ses recommandations, le comité d'experts a été chargé de réfléchir aux points suivants :

1. La structure organisationnelle optimale pour la santé publique en Ontario afin de réaliser les tâches suivantes :
  - assurer la reddition de comptes, la transparence et la qualité des programmes et des services visant la population et la santé publique
  - améliorer la capacité et l'équité dans les circonscriptions sanitaires à l'échelle de l'Ontario
  - appuyer l'intégration au sein du système élargi de santé et des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) – les organismes responsables de la planification des services de santé
  - tirer parti des connaissances spécialisées et du leadership de la santé publique en matière de planification de la santé de la population, de prise de décisions et d'affectation de ressources, ainsi que pour aborder l'équité en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé.
2. Les meilleures façons de gouverner et de doter les postes de la structure organisationnelle optimale.

## Les membres du comité d'experts

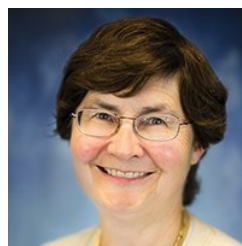
Les membres, choisis pour leurs connaissances, leurs compétences et leurs perspectives, ont été nommés par décret en conseil. Ces membres ont été nommés à titre personnel et non en tant que représentants d'organismes ou d'associations.



**D<sup>r</sup> David Williams**  
Médecin hygiéniste en chef, Ontario



**Susan Fitzpatrick**  
Directrice générale,  
Réseau local d'intégration  
des services de santé du  
Centre-Toronto (RLISS)



**D<sup>re</sup> Valerie Jaeger**  
Médecin hygiéniste,  
Santé publique, région  
de Niagara



**D<sup>re</sup> Laura Rosella**  
Chaire de recherche du Canada,  
analytique en matière de santé  
de la population, professeure  
adjointe, Dalla Lana School of  
Public Health, U. de Toronto



**Solomon Mamakwa**  
Conseiller en santé,  
Nishnawbe Aski Nation



**D<sup>r</sup> Nicola J. Mercer**  
Médecin hygiéniste  
et directrice générale,  
Wellington-Dufferin-  
Guelph Public Health



**Gary McNamara**  
Maire de la ville de  
Tecumseh, président,  
Windsor-Essex County  
Health Unit



**Carol Timmings**  
Directrice, développe-  
ment et santé des en-  
fants, Infirmière en chef,  
Toronto Public Health



**Dr. Jeffrey Turnbull**  
Chef du personnel médical  
L'Hôpital d'Ottawa, Chef -  
Qualité clinique, Qualité des  
services de santé Ontario

## Le résultat souhaité : Un secteur de santé publique robuste au sein d'un système intégré de santé

Le comité d'experts est d'avis que l'Ontario tirera le plus d'avantages si le secteur de santé publique est intégré et extrêmement visible au sein des collectivités de toute la province et doté d'effectifs hautement qualifiés. La santé publique continuera à entretenir des relations solides avec les autorités municipales et avec d'autres instances locales afin d'avoir une incidence favorable sur les déterminants sociaux de la santé; et de créer des milieux sécuritaires, favorables et sains. Ses activités seront supervisées par des conseils qui reflètent les perspectives et la diversité des communautés et des municipalités locales, et qui partagent un ferme engagement à l'égard de la santé publique.

Partout en Ontario, les personnes oeuvrant dans le secteur de la santé publique auront accès à des connaissances et des ressources spécialisées en matière de santé publique. Les praticiens en santé publique auront en commun leur engagement à l'égard des pratiques fondées sur les données probantes et la volonté d'atteindre les objectifs en matière de santé de la population.

Les activités liées à la santé publique seront orientées par les politiques provinciales et les mesures législatives, tout en étant appuyées par des efforts déployés à l'échelle de la province pour recueillir et analyser les données sur l'état de santé de la population. La santé publique continuera à défendre l'équité en santé, notamment en déterminant les groupes au sein de la population dont la santé est à risque et en élaborant des programmes universels ciblés de sorte que toutes les Ontariennes et tous les Ontariens aient des chances égales d'atteindre de bons résultats liés à la santé. La santé publique veillera aussi à ce que la voix des collectivités autochtones se fasse entendre.

Dans le même temps, le secteur de la santé publique aura la capacité de travailler de façon beaucoup plus effective avec le reste du système de santé. Grâce à son appréhension de la nature des besoins locaux en matière de santé, le secteur aidera à déterminer les objectifs prioritaires du système de santé, tout en façonnant les politiques et les services liés à la santé. Vu les liens plus solides avec les autres parties du système de santé, il sera plus facile d'intégrer la protection et la promotion de la santé à tous les services de santé. Travaillant avec les autres segments du système de santé, la santé publique trouvera des mécanismes plus efficaces d'assurer la prestation d'interventions à l'échelle de la population qui améliorent la santé et qui réduisent les inégalités en matière de santé.

Les Ontariennes et les Ontariens apprécieront le travail réalisé par la santé publique et utiliseront les programmes et services de santé publique à l'échelon local au sein d'un système intégré de santé.

### Les objectifs visés par Priorité aux patients

- Intégration effective des services et plus grande équité
- Accès en temps opportun aux soins de santé primaires et meilleure intégration de ces derniers
- Soins à domicile et en milieu communautaire plus accessibles et d'un niveau plus uniforme
- Liens plus robustes entre santé de la population et santé publique
- Inclusion des perspectives autochtones dans la planification des soins de santé

## Les principes directeurs du comité d'experts

Dans le souci d'orienter son travail et ses délibérations, le comité d'experts a élaboré les principes suivants :

- La voix forte et indépendante de la santé publique ainsi que les fonctions fondamentales de la santé publique seront préservées et mobilisées pour contribuer à réorienter le système de santé.
- Les points forts de la santé publique à l'échelon local – dont notamment les relations avec les autorités municipales et d'autres partenaires communautaires – seront préservés et améliorés afin d'appuyer la planification et la prestation de services intégrés.
- Le gouvernement fédéral continuera à être responsable des services de santé dispensés aux Autochtones en Ontario, y compris les collectivités des Premières Nations; toutefois, le secteur de la santé publique de l'Ontario aura aussi la responsabilité de protéger et de promouvoir la santé des personnes autochtones et de faire en sorte que la voix de ses partenaires autochtones se fasse entendre.
- Le fait de relever d'un système intégré de santé engendrera des occasions d'accroître la capacité et d'améliorer l'efficacité – certains services pourraient être dispensés plus efficacement par le biais d'autres segments du système.
- La fonction définit la forme : les modifications structurelles reposeront sur une bonne compréhension du rôle du secteur de la santé publique dans un système intégré de santé.
- L'organisation et la diffusion de l'expertise, des ressources et des services liés à la santé publique refléteront les besoins et les priorités à l'échelon local.
- Les limites géographiques devront être retracées en vue d'harmoniser les zones de desserte de la santé publique avec celles des RLIS, et pour appuyer la planification des systèmes.

## Processus et délibérations

Afin de s'acquitter de son mandat, le comité d'experts a réalisé ce qui suit :

- Examen des informations contextuelles, y compris anciens rapports sur le secteur de la santé publique de l'Ontario
- Examen des fonctions de la santé publique à l'échelon régional, local et provincial
- Examen de la structure actuelle du système de santé
- Réflexion sur les modèles et les scénarios possibles concernant la réorganisation de la santé publique à partir de commentaires recueillis durant les consultations entourant Priorité aux patients, ainsi que de nombreuses autres soumissions, lettres, etc.
- Exploration des manières d'harmoniser les services et de définir les limites géographiques
- Examen de la documentation sur divers rôles et structures de leadership ainsi que sur les modèles de gouvernance
- Discussions sur les conséquences éventuelles pour les mesures législatives, entre autres, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et la *Loi sur l'intégration du système de santé local*

## II. Une occasion à saisir

### La santé publique dans le cadre d'un système intégré de santé

Dans le cadre de Priorité aux patients, l'ensemble des programmes et des services de santé – en milieu hospitalier, communautaire, de soins primaires et de santé publique ou à domicile – raffermissent leurs liens et travaillent de concert à améliorer la santé et le bien-être des Ontariennes et des Ontariens, à tous les âges et à toutes les étapes de la vie.

Historiquement, la santé publique et les soins de santé ont connu des parcours séparés. Tandis que la santé publique se concentre essentiellement sur la santé de la population et sur la prestation d'interventions en amont à l'échelle communautaire, les services de santé sont conçus pour diagnostiquer, traiter et améliorer les résultats de santé des individus. Un objectif important visé par Priorité aux patients consiste à renforcer les relations et les partenariats entre le système de soins de santé et la santé publique.

L'avènement d'une étroite collaboration et l'établissement de relations formalisées entre la santé publique et les RLIS aura les conséquences suivantes :

- une démarche fondée sur la santé de la population sera intégrée à la planification et la prestation de services à l'échelon local, et ce, à travers le continuum des soins de santé
- les services de santé viseront les besoins en matière de santé de la population et y seront sensibles, tout en cherchant à promouvoir la santé et à atteindre l'équité en matière de santé
- il y aura davantage de liens entre la promotion de la santé, la protection de la santé et les soins de santé
- les services de santé publique et d'autres services de santé seront mieux intégrés

### Préparer la santé publique à assumer son rôle dans le cadre d'un système intégré de santé

Afin d'optimiser son influence dans le cadre du système transformé, la santé publique doit changer et le système de santé doit s'adapter pour faciliter une véritable intégration.

Cette année, trois initiatives de transformation de la santé publique se sont concentrées sur des enjeux clés qui aideront la santé publique à devenir un partenaire utile dans un système intégré de santé :

1. **Quelles sont les tâches de la santé publique?**  
La **modernisation des normes de santé publique de l'Ontario** engendrera un nouveau cadre pour les programmes et les services de santé publique et pour sa responsabilité au XXI<sup>e</sup> siècle.
2. **Quel est le rôle de la santé publique à l'égard de la planification intégrée?**  
Le **volet de travail concernant la santé publique** est une collaboration entre le secteur de la santé publique et les RLIS visant à fournir des orientations visant les paramètres de l'engagement formel des RLIS et de la santé publique à l'échelle de la province.
3. **Comment structurer la santé publique à travers la province pour qu'elle fonctionne efficacement au sein d'un système intégré?**  
Le **comité d'experts sur la santé publique** a été sollicité pour donner des conseils sur la structure et la gouvernance que le secteur de la santé publique devrait adopter afin d'optimiser sa capacité à s'acquitter de son rôle en matière de promotion et de protection de santé et à travailler efficacement avec des partenaires au sein d'un système de santé transformé.

## L'incidence de la santé publique au sein d'un système intégré

Quelle sera l'incidence de la relation renforcée entre le secteur de santé publique et les RLIS sur tous les partenaires du système de santé et sur les Ontariennes et les Ontariens?

### **Des relations robustes en dehors du système de santé pour protéger et promouvoir la santé.**

La santé publique travaille avec les autorités municipales, les organismes communautaires, les écoles et les services locaux en dehors du système de santé – afin d'influencer les facteurs d'ordre social, environnemental et structurel qui peuvent nuire à la santé. La santé publique peut forger des liens entre les soins de santé, les services sociaux, les autorités municipales et d'autres secteurs en vue de créer des collectivités plus saines.

### **Mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé et favoriser l'équité en matière de santé.**

En Ontario, certaines personnes risquent davantage d'être en mauvaise santé en raison de déterminants sociaux tels que la pauvreté, le logement précaire, les mauvaises conditions de travail et l'absence de réseaux de soutien social. La santé publique peut incorporer une approche de santé de la population à la planification et à la prestation des services de santé afin de combler ces lacunes et d'améliorer l'équité en matière de santé.

**Plus d'interventions globales ciblées.** Si les maladies chroniques figurent parmi les problèmes de santé les plus courants et les plus coûteux auxquels font face les Ontariennes et les Ontariens, ils sont aussi les plus évitables. Les interventions ciblant les facteurs de risque de maladie chronique peuvent réussir à atténuer et à prévenir le fardeau des maladies chroniques. La santé publique peut repérer les collectivités à haut risque et offrir des interventions ciblées qui peuvent prévenir ou retarder l'apparition de ces maladies et de leurs complications.

### **Meilleurs protocoles de soins et résultats sur la santé.**

La capacité d'un individu à respecter un protocole de soins après une intervention chirurgicale ou un traitement est influencée par des facteurs extérieurs au système de santé. Par exemple, si la personne est libérée de l'hôpital et retourne habiter dans son logement précaire et fait face à des problèmes de sécurité alimentaire, son rétablissement sera désavantagé et, par conséquent, ce patient est plus susceptible d'être réadmis à l'hôpital qu'une personne dont les conditions de logement sont stables et qui a accès à une alimentation saine. La santé publique peut aider le système de santé à définir des protocoles de soins qui tiennent compte des facteurs sociaux touchant les résultats en matière de santé.

### **Plus grande appréciation de la valeur de la santé publique.**

Une fois que la santé publique fera partie d'un système intégré de santé, les Ontariennes et les Ontariens auront une meilleure idée de la nécessité d'investir dans la protection et la promotion de la santé tout au long de la vie. Ils constateront à quel point la santé publique, d'une part, est source de bienfaits, pour les particuliers, les familles et les collectivités, et d'autre part, aide à limiter les coûts liés à la santé et rend le système universel de soins de santé plus viable.

Améliorer l'accès aux soins est une des priorités visée par le système intégré, mais la vision de Priorité aux patients est plus ambitieuse. La stratégie vise à promouvoir la santé, à réduire les inégalités en matière de santé et à aider la population ontarienne à vivre plus longtemps et en bonne santé.



# III. Un secteur de santé publique robuste au sein d'un système intégré

La mission du comité d'experts a été engendrée par la stratégie Priorité aux patients. L'enjeu du comité consistait à proposer la meilleure façon de structurer la santé publique afin qu'elle puisse fonctionner de manière optimale au sein d'un système intégré. Cependant, cette mission a aussi été perçue par le comité d'experts comme l'occasion de renforcer le secteur de la santé publique et d'en rendre le fonctionnement plus efficace et plus efficient.

Dans le cadre de leur mandat, les membres du comité ont travaillé à définir la structure optimale et le modèle de gouvernance idéal pour le secteur de la santé publique en Ontario au XXI<sup>e</sup> siècle et au-delà. Dans ses recommandations, le comité d'experts n'a pas tenté de « moderniser » le système actuel.

## 1. La structure organisationnelle optimale pour la santé publique

### Le contexte

L'Ontario compte actuellement 36 circonscriptions sanitaires. La superficie de leur territoire se situe entre 630 et 266 291 kilomètres carrés. La plus petite de ces circonscriptions ne dessert que 34 246 personnes dispersées sur un territoire aussi vaste que la France, tandis que la plus vaste dessert 2 771 770 personnes concentrées sur quelque 630 kilomètres carrés. (Voir Annexe A : carte illustrant les circonscriptions sanitaires et les limites géographiques des RLISS)

La mission des circonscriptions sanitaires consiste à assurer la prestation de programmes et de services en conformité avec les normes établies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les circonscriptions sanitaires sont chargées de déterminer les priorités et les besoins liés à la santé de la population à l'échelon local et de répondre à ceux qui relèvent de leurs compétences. Une large part du travail lié à la santé publique se fait en étroite collaboration avec les partenaires municipaux. Il existe une relation de partage de coûts entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les municipalités pour la prestation des programmes et des services de santé publique.

Le secteur de santé publique a pour points forts le fait qu'il se concentre sur la protection de la santé, la promotion de la santé et l'équité en matière de santé, ainsi que sa présence à l'échelon local, sa relation avec les municipalités, son personnel hautement qualifié, et sa connaissance approfondie du niveau de santé de la population et sa capacité à évaluer ce niveau.

Parmi les défis auxquels est confrontée la structure actuelle – particulièrement dans les circonscriptions sanitaires de petite envergure – citons le manque de masse critique et des capacités d'intervention en cas d'urgence et les difficultés liées au recrutement et à la rétention d'effectifs qualifiés, ce qui rend problématique la prestation équitable de services à travers l'Ontario. L'absence de mécanismes de coordination entre les circonscriptions sanitaires et le manque d'harmonisation avec les RLISS rendent aussi difficiles la collaboration, le partage des ressources et l'optimisation de l'efficacité tant au sein du secteur de santé publique qu'au sein du système de santé en général.

## Les critères

Le comité d'experts avait pour objectif de recommander une structure organisationnelle pour la santé publique capable de réaliser ce qui suit :

- Maintenir un secteur de santé publique robuste et indépendant au sein d'un système intégré de santé
- Communiquer efficacement avec les RLISS afin d'influencer la planification du système de santé
- Améliorer la forte présence à l'échelon local de la santé publique et étoffer les relations avec les municipalités
- Faire en sorte que les Ontariennes et les Ontariens continuent à avoir accès aux programmes et aux services de santé publique dans leurs collectivités
- Créer des organismes de santé publique d'envergure suffisante pour atteindre une masse critique et assurer la rétention du personnel et des ressources afin que les services fonctionnent efficacement dans toutes les régions de la province
- Faciliter la définition claire des fonctions liées à la santé publique et de ses rôles aux échelons provincial, régional et local, afin d'utiliser de manière plus efficace les connaissances spécialisées et les ressources liées à la santé publique
- Améliorer les pratiques en matière de santé publique et veiller à une mise en oeuvre plus cohérente des normes régissant la santé publique à l'échelle de la province
- Encourager la collaboration et la coordination au sein du secteur de santé publique et avec le reste du système de santé

Les membres du comité d'experts ont souscrit aux conclusions et aux observations présentées dans une série d'examen réalisés au cours des 20 dernières années qui ont déterminé à l'unanimité que le secteur de santé publique de l'Ontario serait plus fort :

- si le nombre de circonscriptions sanitaires diminuait et leur capacité augmentait
- si le modèle de gouvernance était uniforme
- si le secteur était mieux relié aux autres segments du système de santé

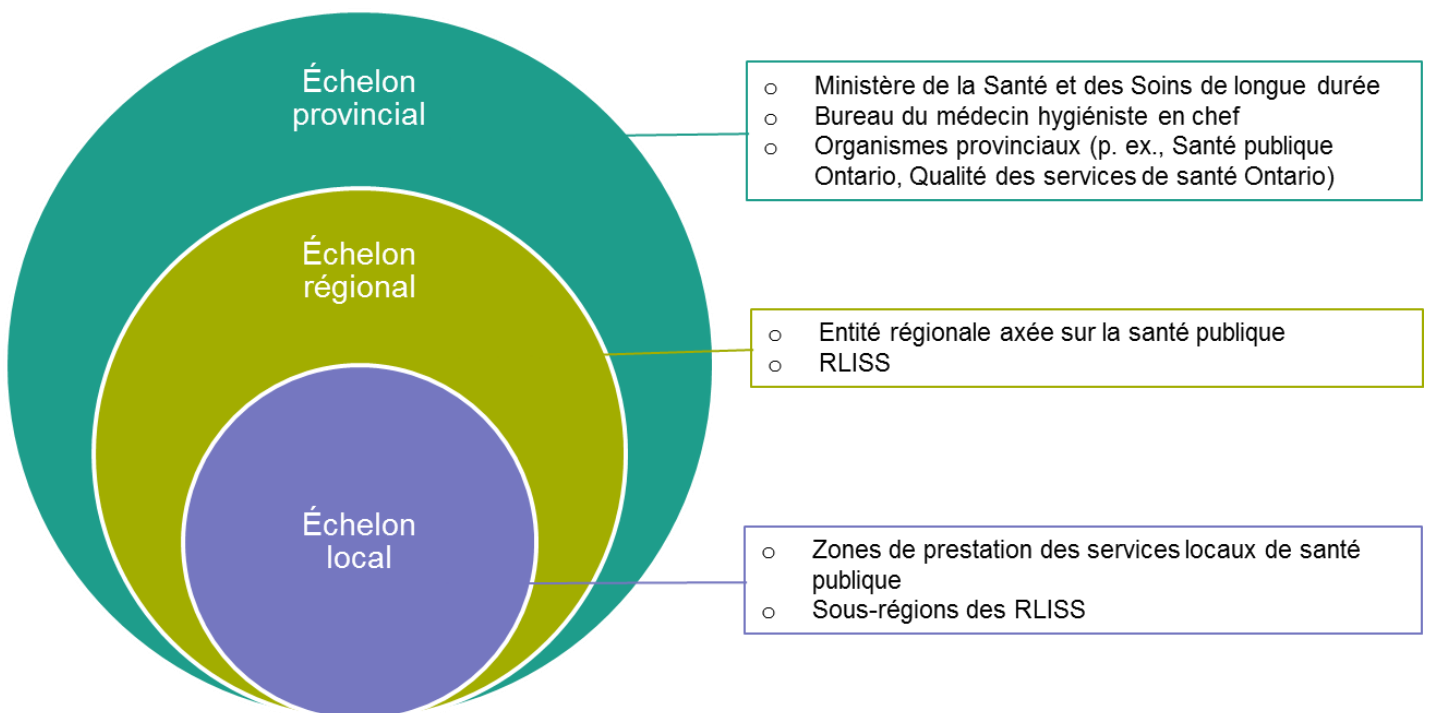
## Responsabilités et fonctions

Dans le souci de garantir la robustesse des programmes et des services à l'échelon local, il incombe de tout mettre en oeuvre pour avoir dans les collectivités locales la combinaison idéale de postes de gestion et de programmation. Selon l'importance des localités et des populations desservies, les sites de prestation de services à l'échelon local pourraient être dotés de médecins de santé publique, de responsables de la direction, de gestionnaires et de chargés de programmes, de personnel de première ligne et d'effectifs chargés d'utiliser les données sur la santé de la population locale afin de mettre au point des initiatives locales qui reflètent les besoins de la collectivité.

L'emplacement optimal pour la prestation régionale ou locale d'activités de santé publique devrait être déterminé au sein de la région et en fonction de la répartition géographique de la population et des caractéristiques du territoire. L'entité régionale de santé publique pourrait éventuellement rechercher des possibilités de colocalisation entre les services de santé publique et les fournisseurs de services de santé, municipaux ou autres, et accroître ainsi les possibilités d'intégration des services.

Le Tableau 1 décrit les responsabilités et les fonctions liées à la santé publique, aux échelons provincial, régional et local.

Figure 1 : Description des organismes à chaque échelon



**Tableau 1 - Santé publique : responsabilités et fonctions**

Catégorie	Fonction	Échelon régional	Échelon local	Échelon provincial	RLISS
Services généraux	<b>Financement et responsabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ententes de responsabilisation avec la province</li> <li>• Approche de gestion du rendement</li> <li>• Responsabilité à l'égard des entités locales de santé publique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration continue de la qualité</li> <li>• Initiatives de gestion du rendement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiements de transfert</li> <li>• Responsabilité générale sur 14 régions</li> </ul>	
	<b>Gestion des ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie pour la main-d'oeuvre</li> <li>• Politiques et procédures en matière de ressources humaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervision locale</li> <li>• Formation du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postes financés à 100 % (p. ex., déterminants sociaux des infirmières hygiénistes)</li> <li>• Rémunération du (de la) médecin hygiéniste/ ou de son adjoint(e)</li> </ul>	
	<b>Administration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des risques</li> <li>• Approvisionnement</li> <li>• Ententes de niveau de service</li> <li>• Planification et administration des installations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des installations locales et commentaires</li> </ul>		
	<b>Communications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification stratégique des communications</li> <li>• Lignes directrices visant les relations avec les chaînes médiatiques</li> <li>• Lignes directrices visant les rapports publics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion des enjeux locaux et correspondance avec les médias</li> <li>• Stratégies pour sensibiliser les partenaires communautaires et le public</li> </ul>		
	<b>Technologie de l'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TI du ministère</li> </ul>			

**Tableau 1 - Santé publique : responsabilités et fonctions (suite)**

Catégorie	Fonction	Échelon régional	Échelon local	Échelon provincial	RLISS
Rendement, qualité et analytique	<b>Surveillance et contrôle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recueillir et consolider les données pertinentes liées à la santé</li> <li>Détecter les événements liés à la santé et en aviser les parties intéressées</li> <li>Présenter les rapports appropriés sur les données à la province, aux autorités locales aux RLISS, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer les données de surveillance pour orienter les politiques et les stratégies visant la santé publique</li> <li>Documenter l'incidence d'une intervention ou les progrès réalisés à l'égard de cibles ou d'objectifs spécifiquement visés</li> <li>Investigation et confirmation de cas ou de flambées</li> <li>Coordination et partage de l'information avec les sous-régions des RLISS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collecte, analyse et interprétation continue et systématique de données liées à la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réception des données de surveillance et aide en matière de diffusion</li> </ul>
	<b>Gestion de l'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsable des systèmes régionaux communs</li> <li>Prise de décisions</li> <li>Gouvernance des données</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systèmes conçus pour répondre aux besoins locaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systèmes de données centralisées</li> <li>Gouvernance des données</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bases de données potentielles intégrées</li> </ul>
	<b>Rendement et évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicateurs et tableaux de bord régionaux</li> <li>Entrepôt de données</li> <li>Renseigner la planification des RLISS ou y contribuer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collecte de données locales et idées</li> <li>Application des données à la planification et à la prestation locale</li> <li>Responsabilisation à l'égard du programme</li> <li>Qualité des pratiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tableaux de bord de la province</li> <li>Données à l'échelle provinciale</li> <li>Coordination du partage des données avec d'autres compétences territoriales et les Premières Nations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordonner ou faire le pont entre les données sur la santé publique et celles sur la santé de la population</li> </ul>
	<b>Recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir les priorités en matière de recherche</li> <li>Diriger ou participer à des projets régionaux de recherche</li> <li>Examiner et incorporer à la planification les conclusions tirées de la recherche et des évaluations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mener des projets de recherche</li> <li>Contribuer à renseigner les convenances en matière de recherche</li> <li>S'associer avec d'autres organismes qui mènent des recherches</li> <li>Rester au courant des dernières études</li> <li>Examen et évaluation continus des programmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir les priorités en matière de recherche</li> <li>Bourses de recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interprétation des études sur la santé de la population afin de renseigner la planification</li> </ul>

**Tableau 1 - Santé publique : responsabilités et fonctions (suite)**

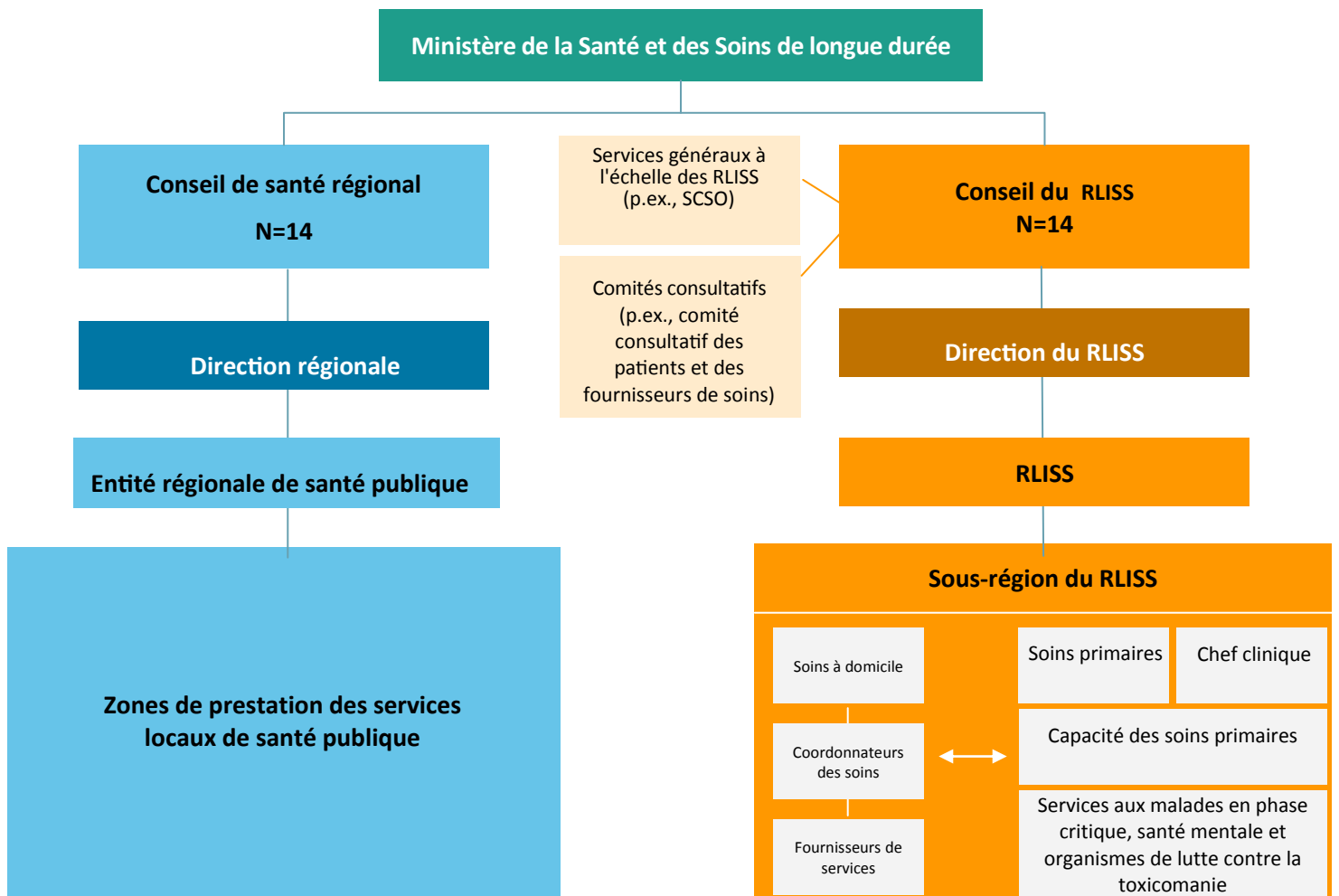
Catégorie	Fonction	Échelon régional	Échelon local	Échelon provincial	RLISS
Pratiques liées à la santé publique (programmes et services)	<b>Planification</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de services annuel</li> <li>Plan stratégique</li> <li>Optique d'équité en matière de santé</li> <li>Planification générale</li> <li>Planification de l'affectation des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plans opérationnels</li> <li>Plans de mise en oeuvre</li> <li>Fournir le contexte, les données et le coût des intrants</li> <li>Perspective et considérations locales (y compris les Premières Nations)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner et approuver le plan de services annuel</li> <li>Lettres de mandat</li> <li>Planification des programmes et des politiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation régionale et harmonisation avec les autres services de santé</li> <li>Planification des services</li> </ul>
	<b>Prestation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestion du système des temps de garde en dehors des heures normales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en oeuvre</li> <li>Prestation continue des programmes et des services</li> <li>Coordination du système des temps de garde en dehors des heures normales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en oeuvre et surveillance du programme provincial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestation coordonnée et optimisation des services</li> </ul>
	<b>Coordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Travailler avec : les dirigeants à tous les échelons du gouvernement, l'ensemble de la structure de santé publique, les 13 autres médecins hygiénistes, les RLISS et l'ensemble des secteurs</li> <li>Intégration fonctionnelle et cohérence avec les plans d'activités des RLISS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Travailler avec les dirigeants locaux à l'exécution des services de santé publique et à leur prestation</li> <li>Participation aux comités locaux et aux réunions communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présider la table provinciale de santé avec les médecins hygiénistes</li> <li>Fournir les orientations et l'encadrement sur des thèmes et des enjeux de santé publique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégration fonctionnelle et cohérence avec les plans d'activités en matière de santé publique</li> </ul>

**Tableau 1 - Santé publique : responsabilités et fonctions (fin)**

Catégorie	Fonction	Échelon régional	Échelon local	Échelon provincial	RLISS
Engagement stratégique	Système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RLISS</li> <li>• (interpénétration)</li> <li>• Ordres de réglementation des professions de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous-régions des RLISS (le cas échéant)</li> <li>• Soins primaires</li> <li>• Hôpitaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilité et présentation de rapports en matière de santé publique à la province</li> <li>• Réception de renseignements, d'orientations, de mandats de la province (s'il y a lieu)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partage de l'information</li> <li>• Renseigner la planification à l'échelon du RLISS et de la sous-région du RLISS</li> <li>• Consultation par le biais des comités des RLISS (s'il y a lieu)</li> <li>• Collaboration habituelle entre la santé publique et la direction des RLISS (aux échelons régional, local et sous-régional des RLISS)</li> <li>• Autres fournisseurs de services de santé, p. ex., hôpitaux, centres de santé communautaire et équipes de santé familiale</li> </ul>
	Système de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin hygiéniste en chef</li> <li>• Autres médecins hygiénistes et Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario</li> <li>• Établissements universitaires et centres de recherche</li> <li>• Santé publique Ontario</li> <li>• Associations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé publique régionale</li> <li>• Autres bureaux de santé publique</li> <li>• Établissements universitaires et centres de recherche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins hygiénistes régionaux (p. ex., réunions permanentes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins hygiénistes</li> </ul>
	Gouvernements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Province</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Municipalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gouvernement fédéral</li> <li>• Premières Nations</li> <li>• Organismes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Province</li> </ul>
	Intersectoriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les responsables de toutes les disciplines liées aux déterminants sociaux de la santé (p. ex., environnement, transport, logement, services à l'enfance et à la jeunesse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services sociaux et communautaires à l'échelon local</li> <li>• Éducation, transport, logement, établissement, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche de santé dans toutes les politiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services sociaux</li> <li>• Soins communautaires et à domicile</li> <li>• Services à la famille</li> <li>• Services communautaires et de loisirs</li> </ul>

**Figure 2 : État final proposé — La santé publique dans un système intégré de santé**

Le comité d'experts recommande que l'Ontario établisse 14 entités régionales de santé publique.



Grâce à la structure proposée pour les 14 entités régionales de santé publique, le secteur pourra :

- Centraliser** les fonctions administratives et spécialisées dans le domaine de la santé publique
- Être responsable** des normes de santé publique établies par la province
- Collaborer** avec les RLISS et d'autres partenaires pour planifier et adapter les services de santé
- Établir** des zones de prestation des services locaux de santé publique dans les régions en fonction de la population et de la situation géographique
- Implanter** les programmes et services de santé publique dans les communautés locales pour favoriser l'engagement local

Le comité d'experts est d'avis qu'en diminuant le nombre d'entités régionales de santé publique, les interactions seront plus fréquentes et efficaces entre les médecins hygiénistes régionaux, ainsi qu'entre ces derniers et la province. De même, en conservant les zones de prestation des services locaux de santé publique, on obtiendra une forte présence locale et les relations avec les municipalités seront fonctionnelles.

Pour que la structure proposée fonctionne, il sera essentiel d'établir de solides relations de travail, de concevoir des mécanismes de communication efficaces et d'entreprendre des activités et projets communs :

- dans chaque entité régionale de santé publique
- entre l'entité régionale de santé publique et les municipalités de la région
- entre l'entité régionale de santé publique et le RLISS
- entre les entités régionales de santé publique
- avec la province.



## 2. Des limites géographiques optimales

### Le contexte

Les 36 circonscriptions sanitaires de l'Ontario sont organisées principalement en fonction des limites municipales. La configuration actuelle des zones de prestation fait en sorte qu'il est difficile de fonctionner comme un système unifié alors que les RLISS et d'autres partenaires du système de santé tiennent compte des limites géographiques des RLISS.

L'organisation actuelle des circonscriptions sanitaires a un effet négatif sur la capacité des petits services de santé. Il est nécessaire de modifier les limites afin d'améliorer la capacité et l'efficacité du réseau de santé publique et de l'aider à mieux s'intégrer au reste du système de santé. Parallèlement, il est important de conserver la relation étroite entre le secteur de la santé publique et les municipalités, laquelle constitue un atout.

### Les critères

Pour déterminer le nombre d'entités régionales de santé publique et leurs limites géographiques souhaitables, le comité d'experts a utilisé les critères suivants :

- créer des entités régionales de santé publique qui offriraient des services à une population suffisamment large pour atteindre une masse critique permettant de fonctionner avec efficacité et d'attirer du personnel compétent
- favoriser des liens efficaces avec les RLISS en tenant compte de leurs limites
- respecter autant que possible les limites et relations municipales
- lorsque c'est possible, déplacer l'ensemble des circonscriptions sanitaires existantes dans la même zone desservie par l'entité régionale de santé
- lorsqu'il n'est pas possible de déplacer toutes les circonscriptions sanitaires existantes ensemble, les diviser en tenant compte des limites municipales.

## Les limites géographiques proposées

Le comité d'experts recommande au gouvernement de l'Ontario d'établir des zones de desserte pour les 14 entités régionales de santé publique qui tiennent compte des limites géographiques des RLISS et respectent les limites municipales existantes.

Figure 3 : Limites proposées comparées aux limites actuelles des circonscriptions sanitaires

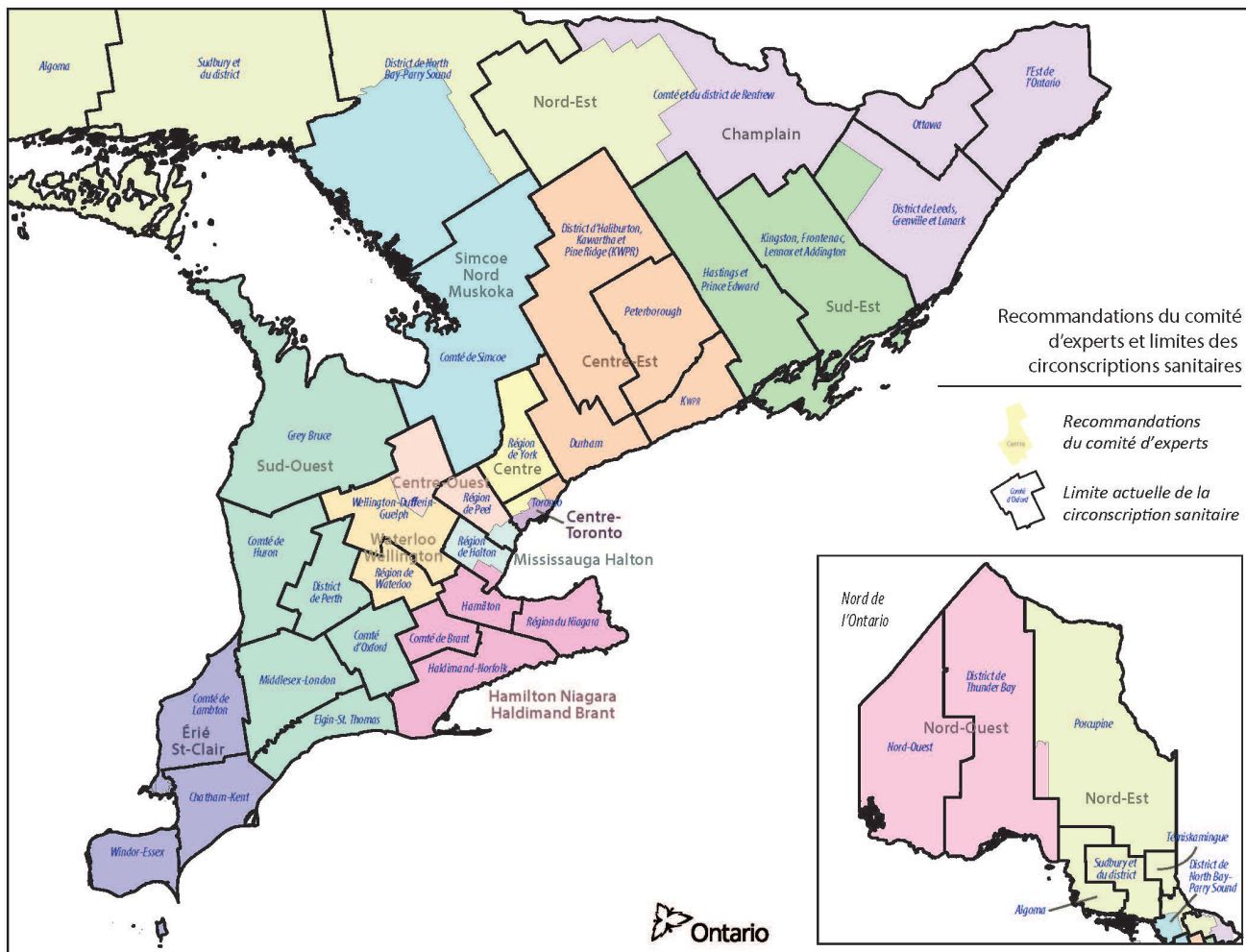
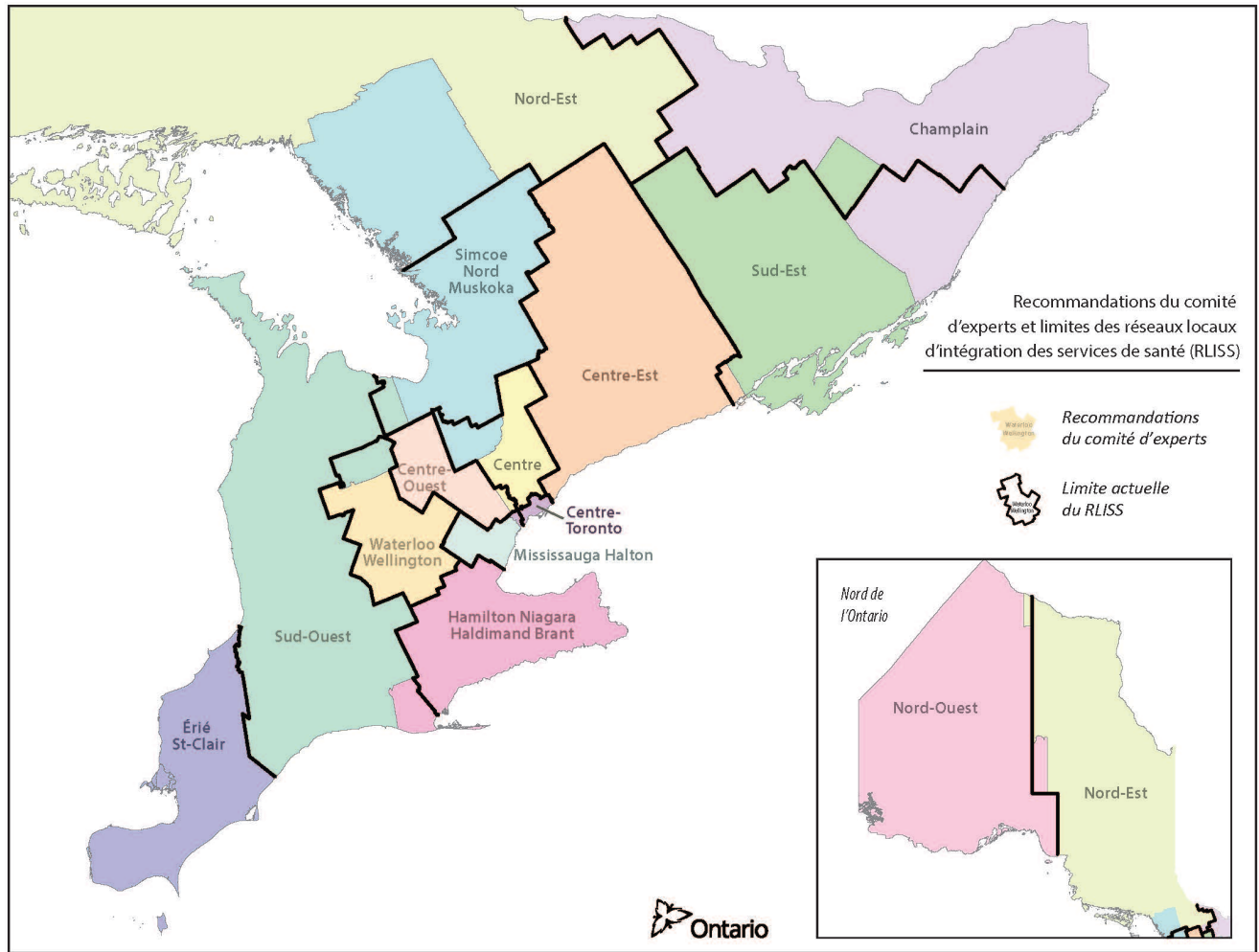


Figure 4 : Limites proposées comparées aux limites actuelles des RLISS



Avec les limites recommandées, la taille des populations bénéficiant des services des organismes régionaux de santé publique varierait d'environ 0,25 million à 1,8 million de personnes.

## 3. La structure de direction optimale

### Le contexte

Les entités régionales de santé publique proposées seront des services complexes dotés de budgets de plusieurs millions de dollars et comprendront du personnel réparti dans de multiples centres locaux. La structure de direction ainsi que la qualité et la compétence des responsables de la santé publique seront essentielles à la réussite de la structure organisationnelle proposée.

Les futures circonscriptions sanitaires devront compter sur des dirigeants aux compétences élargies et éprouvées englobant d'excellentes aptitudes organisationnelles et en gestion des affaires, gestion des relations, planification stratégique et gestion du rendement, et qui posséderont une vaste expérience en santé publique.

Selon la documentation concernant les grands organismes de santé, un seul dirigeant et non un modèle de direction conjointe est plus efficace lorsque le dirigeant possède la bonne combinaison d'expérience et de compétences. La documentation révèle également qu'il est essentiel que ce dirigeant unique ait à la fois un savoir-faire dans le domaine — dans le cas présent, celui de la santé publique — et en gestion.

### Les critères

Le comité d'experts avait pour objectif de proposer une structure de direction qui :

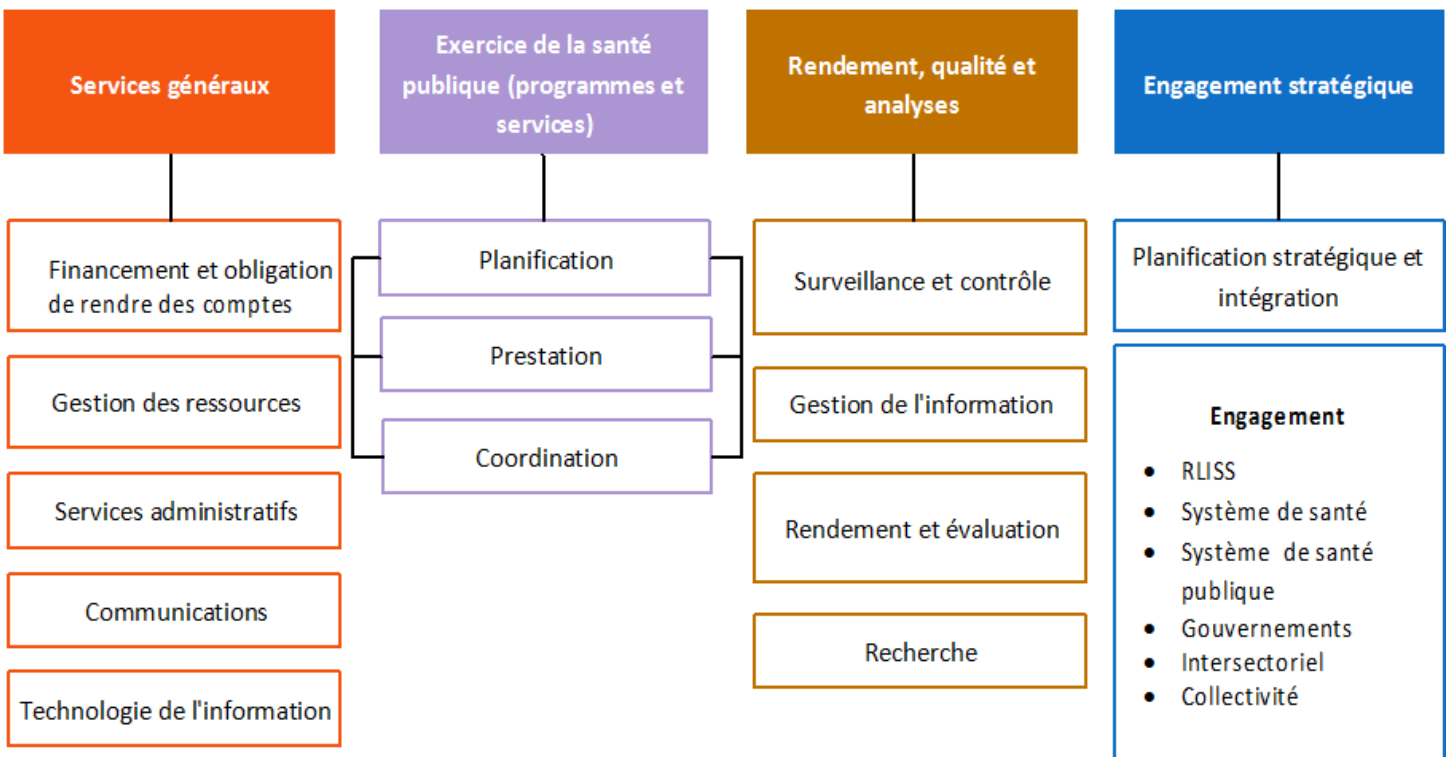
- tiendrait compte des meilleures pratiques en matière de direction des organismes de santé;
- insisterait et miserait sur de solides compétences cliniques et en santé publique;
- serait en mesure de soutenir des programmes et un personnel répartis sur un vaste territoire;
- maintiendrait une expertise et des compétences solides à l'échelle régionale et locale;
- engloberait tous les rôles et fonctions des dirigeants actuels;
- fonctionnerait avec efficacité et efficacité.

# La structure de direction proposée

Figure 5 : Considérations relatives à la structure de direction proposée

Entité régionale de santé publique		Zones de prestation des services locaux de santé publique	
<b>PDG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relève directement du Conseil de santé</li> </ul>	<b>Médecin hygiéniste local</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin local en santé publique</li> <li>Fait rapport au médecin hygiéniste de la région</li> <li>Nombre—variable, p. ex., en fonction de la population et de la situation géographique</li> </ul>
<b>Médecin hygiéniste de la région</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin en santé publique</li> <li>Capacité de faire directement rapport au Conseil de santé sur des questions touchant la santé publique et la sécurité</li> </ul>	<b>Gestion locale des programmes et des services de santé publique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P. ex., direction des soins infirmiers, gestion de l'inspection en santé publique, etc.</li> <li>Gestionnaires de programme</li> <li>Équipes multidisciplinaires</li> </ul>
<b>Haute direction en matière de santé publique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P. ex., soins infirmiers (infirmière en chef), médecins hygiénistes adjoints, autres dirigeants particuliers, gestion générale (p. ex., haut fonctionnaire, directeur de l'exploitation, dirigeant principal de l'information, etc.)</li> </ul>		

## Entité régionale de santé publique — Services fonctionnels



## 4. Une vision optimale de la gouvernance

### Le contexte

Toutes les circonscriptions sanitaires sont gouvernées par un conseil de santé. Bien que la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS) exige que toutes les circonscriptions sanitaires soient régies par un conseil de santé, la législation ne prévoit pas de modèle de gouvernance particulier. Actuellement, les modèles de gouvernance en santé publique varient considérablement dans la province (c.-à-d., certains sont des conseils indépendants, d'autres font partie de la structure de l'administration municipale ou régionale). La variété n'est pas nécessairement un problème en soi, mais elle peut toutefois entraîner des inégalités.

Plusieurs analyses et rapports ont mis en lumière des défis relativement à l'actuelle gouvernance en santé publique, notamment la grande variété de modèles de gouvernance, des lacunes en matière de compétences dans certains conseils et des difficultés concernant les nominations aux conseils à l'échelle provinciale et municipale. À la longue, cette situation peut influencer sur la capacité du secteur de la santé publique à travailler efficacement avec les conseils des RLISS, qui sont dotés d'un modèle de gouvernance cohérent.

Bien que la LPPS énonce un processus pour nommer les membres des conseils de santé qui tient compte des responsabilités municipales et provinciales en santé publique (c.-à-d., certains membres sont nommés par les municipalités et d'autres par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée par décret), il n'y a aucune exigence précise en ce qui concerne les compétences ou l'expérience que les membres du conseil devraient posséder. En conséquence, il y a d'importantes lacunes en matière de compétences dans certains conseils de santé.

En ce qui concerne la nomination des membres aux conseils, il y a un taux élevé de postes de représentants provinciaux à combler aux conseils de santé. Les sièges vacants peuvent nuire au bon fonctionnement des conseils. En outre, il peut y avoir des lacunes dans le processus de nomination des élus municipaux après des élections.

### Les critères

L'objectif du comité d'experts était de recommander une structure de gouvernance en santé publique qui :

- garantirait une gouvernance plus cohérente du secteur de la santé publique;
- assurerait l'autonomie et l'indépendance du secteur de la santé publique;
- assurerait une forte représentation des municipalités et ferait entendre leurs points de vue;
- établirait des rapports efficaces avec les conseils des RLISS;
- tiendrait compte des meilleures pratiques de gouvernance;
- remédierait aux problèmes relatifs aux sièges vacants dans les conseils;
- renforcerait les rôles et responsabilités des membres des conseils;
- assurerait la reddition de compte et une surveillance efficace.

## Le modèle de gouvernance proposé

Le comité d'experts recommande que l'Ontario établisse une structure de gouvernance cohérente pour les conseils de santé régionaux de la province qui comprendrait les caractéristiques suivantes :

	Caractéristiques de la gouvernance des conseils de santé
Gouvernance	Conseil autonome
	Prévoir un service de secrétariat approprié pour soutenir les activités du conseil
Représentants	Membres municipaux (formule de représentation à déterminer dans les règlements – p. ex., selon la population, le palier supérieur, etc.)
	Membres provinciaux (y compris des nominations par décret pour des postes précis, comme présidence du conseil, vice-présidence, finances – seront nommés par le conseil)
	Membres du public (représentants municipaux)
	Autres représentants (p. ex., milieu de l'éducation, RLISS, secteur social, etc.)
Taille	Variée : 12 à 15 membres
Représentation autochtone	Occasion importante pour que les partenaires autochtones aient une voix active dans la représentation (selon les données démographiques)
Représentation francophone	Représentation de la communauté francophone (selon les données démographiques)
Diversité et inclusion	Les conseils devraient refléter les collectivités qu'ils desservent, ce qui comprend mais sans s'y restreindre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le sexe et l'orientation sexuelle</li> <li>• les minorités visibles</li> <li>• l'expérience vécue</li> <li>• les divers groupes d'âge</li> </ul>
Qualifications	Axées sur les compétences
	Expérience
Processus de nomination	Souplesse pour combiner les nominations provinciales et locales (pour les postes généraux) afin de s'adapter aux capacités diverses dans la province
Rémunération des membres du conseil	Utiliser une méthode cohérente pour la rémunération des membres du conseil
	Prévoir une rémunération équitable dans les conseils publics (p. ex., santé publique, RLISS, organismes, etc.)
Comités	Mise sur pied de comités permanents (p. ex., comités de la bonne gouvernance et des nominations, finances et vérification, RH, etc.) à déterminer dans les règlements
	Les comités répondent aux besoins des collectivités
Planification de la relève et mise en oeuvre du plan	Transition/nominations étalées dans le temps pour les structures des nouveaux conseils
	Mandat
	Recrutement ciblé

## Considérations relatives au conseil de santé régional proposé

Le conseil de santé régional devrait être assez petit pour être efficace et assez grand pour se doter de solides comités permanents (c.-à-d., gouvernance, finances/vérification, qualité). Selon la documentation, il est plus fonctionnel et efficace de faire effectuer certains travaux par des comités permanents que par l'ensemble du conseil.

L'objectif est d'attirer dans le conseil des personnes hautement qualifiées et compétentes pour défendre les intérêts du secteur de la santé publique. Il est essentiel que :

- la composition du conseil repose sur la combinaison appropriée de compétences et de qualifications et englobe diverses perspectives
- tous les membres du conseil comprennent et acceptent leur rôle
- les conseils mettent en place un processus pour gérer les présences et exclure les membres qui n'assument pas leurs responsabilités.

De plus, lorsqu'il recrute ses membres, le conseil de santé régional devrait rechercher des gens qui désirent travailler en équipe et ont à cœur d'améliorer la santé de la population.

Comme il a été difficile par le passé de coordonner le calendrier des nominations par décret, le comité d'experts recommande qu'il y ait un plus petit nombre de représentants nommés par la province; cependant, pour s'assurer que l'obligation de rendre compte au gouvernement provincial est respectée, ces sièges devraient être des postes clés (p. ex., président, vice-président, président du comité des finances et de la vérification). Le comité de la gouvernance devrait recommander des candidats pour les nominations par décret et ces candidats devraient pouvoir inclure des élus municipaux.

Pour résoudre les problèmes de continuité de services chez les élus municipaux, le comité d'experts recommande que lorsqu'un élu nommé au conseil de santé n'est pas réélu qu'il ou elle continue à siéger jusqu'à ce que la municipalité procède à une nouvelle nomination. Les municipalités devraient aussi être encouragées à nommer une combinaison d'élus municipaux et de membres de la collectivité pour s'assurer qu'il y ait de la diversité et de la continuité. Cela permettrait aussi de réduire les difficultés que les élus peuvent connaître pour conjuguer leurs responsabilités municipales à leurs responsabilités en matière de santé publique.



# IV. Considérations relatives à la mise en oeuvre

Le comité d'experts reconnaît que si les recommandations sont appliquées s'ensuivront d'importants changements organisationnels dans le secteur. On n'a pas demandé au comité de formuler des recommandations relativement à la mise en œuvre, mais il a toutefois relevé des éléments dont il faudrait tenir compte dans l'élaboration d'un plan de mise en œuvre.

## Législation

Les changements proposés quant aux circonscriptions sanitaires et la mise en œuvre des entités régionales de santé publique auront des répercussions en matière de législation en santé publique et d'autres lois. Il faudra procéder à une analyse détaillée pour déterminer dans quelle mesure le modèle de structure et de gouvernance proposé nécessitera des modifications législatives.

## Financement

Bien que le financement du secteur de la santé publique ne faisait pas partie du mandat du comité d'experts, il a indiqué que le modèle actuel de financement du secteur pouvait faire obstacle à la mise en œuvre de la structure proposée.

En vertu de la LPPS, les municipalités ont le pouvoir de régler le secteur de la santé publique, et le financement provincial en santé publique est discrétionnaire. Les circonscriptions sanitaires reçoivent une subvention annuelle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée — et la contribution de la province varie au fil des années.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée assure le financement suivant :



- jusqu'à 75 % des affectations de fonds approuvées par le Ministère



- 100 % de certains programmes, comme Beaux sourires Ontario, l'initiative Prévention et contrôle des maladies infectieuses, des initiatives en soins infirmiers et la Stratégie pour un Ontario sans fumée



- 100 % des services dans les territoires non organisés (c.-à-d. les endroits sans organisation municipale)

Les municipalités assurent le financement suivant :



- au moins 25 % des affectations de fonds approuvées par le Ministère (beaucoup offrent plus)



- autres programmes et services en santé publique — autres que ceux mandatés par la province

La contribution du Ministère tient compte des difficultés que connaissent de nombreuses municipalités — les plus petites en particulier — pour financer les services de santé publique.

Le changement proposé, soit passer de circonscriptions sanitaires locales, dont les municipalités locales se partagent les coûts, à une entité régionale en santé publique, va probablement soulever des questions relativement aux obligations de financement de chaque municipalité dans la région.

Dans le cadre de la planification de la mise en œuvre, le Ministère devra revoir les principes du financement afin d'appliquer les recommandations.

## Planification de la transition/gestion du changement

La structure proposée aura une incidence importante sur les 36 circonscriptions sanitaires actuelles et les conseils de santé. Bien que la transition pourrait s'opérer plus facilement lorsque les circonscriptions sanitaires sont transférées dans leur intégralité dans une entité régionale de santé que lorsqu'elles sont réparties dans deux organismes régionaux ou plus, toutes auront besoin d'assistance pour gérer le changement. Étant donné la nature complexe des administrations municipales (c.-à-d., palier supérieur, palier inférieur, indépendante), il pourrait être utile d'engager des consultants à la réputation solide pour gérer le changement et soutenir la planification de la transition.

La transition des 36 conseils de santé locaux actuels vers un plus petit nombre de conseils de santé régionaux aura des incidences particulières pour les municipalités et les membres municipaux. Il est important que la structure du nouveau conseil reconnaisse et protège les intérêts des municipalités, tout en tenant compte du risque de compétition pour obtenir des sièges municipaux.

Pour s'assurer qu'il y ait le plus de cohérence possible dans la province, il pourrait être utile de travailler avec l'Association des municipalités de l'Ontario pour définir les critères relatifs à la représentation municipale dans les nouveaux conseils régionaux.

## Des rapports efficaces avec les RLISS et le système de santé

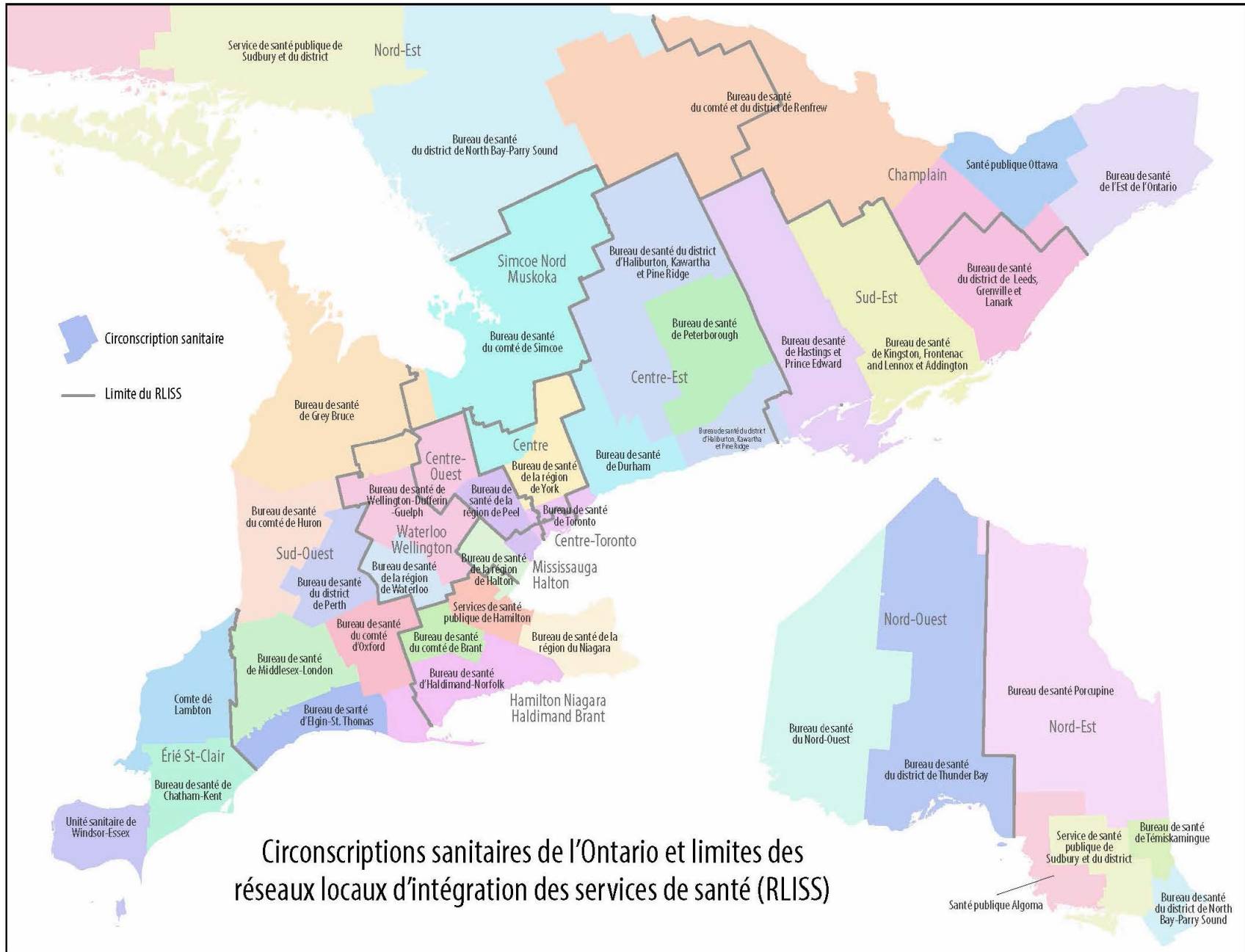
Au cours de ses délibérations, le comité d'experts a désigné plusieurs stratégies qui, à son avis, pourraient renforcer les liens avec les RLISS, notamment :

- possibilité de nominations conjointes (ou d'office) au conseil de santé régional et au conseil du RLISS
- rencontres régulières entre le président du conseil de santé régional et le président du conseil du RLISS
- rencontres régulières entre les directions du secteur de la santé publique et du RLISS ainsi que projets et activités en commun.

Il sera aussi nécessaire d'établir des relations structurées avec tous les partenaires du système de santé, y compris les soins primaires, les hôpitaux et les soins à domicile et en milieu communautaire, afin de renforcer les liens entre la prévention des maladies, la promotion de la santé et les soins, de maximiser l'efficacité du système et de maintenir un système de santé pleinement intégré.

# Annexe

## Annexe A : Limites géographiques actuelles des RLISS et des circonscriptions sanitaires



# Bibliographie

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2012). *Enhancing Community Care for Ontarians: EECO 1.0*, Toronto (Ontario), octobre.

Association pour la Santé publique de l'Ontario (2005). *Enhancing our Capacity: A consultative report from the OPHA and its constituent societies to the Capacity Review Committee*, Ontario. <http://opha.on.ca/getmedia/f2d20044-763b-41fe-b5df-349c5f581d45/OPHA-CRCinput-Report.pdf.aspx?ext=.pdf>

Baker, G. Ross, et coll. (2008). *High-Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*, Longwoods Publishing Corporation, Toronto (Ontario).

Baker, G. Ross et Renate Axler (2015). *Creating a High Performing Healthcare System for Ontario: Evidence Supporting Strategic Changes in Ontario*, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto, Toronto (Ontario).

Berwick, Donald M., et coll. (2008). « The Triple Aim: Care Health and Cost ». *Health Affairs*, 27(3), p. 759-769.

Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario (2014). *Rapport annuel de la vérificatrice générale de l'Ontario*, Toronto (Ontario).

Bureau du vérificateur général de l'Ontario (2003). *Rapport annuel du vérificateur général de l'Ontario*, Toronto (Ontario).

Campbell, Archie G. (2004). *La commission sur le SRAS Rapport provisoire le SRAS et la santé publique en Ontario*, Commission sur le SRAS, Toronto (Ontario).

Commission de réforme des services publics de l'Ontario (2012). *Enabling Transformation. Confidential Advice to the Minister of Health and Long-Term Care*, réseaux locaux d'intégration des services de santé, version provisoire, avril.

Commission de réforme des services publics de l'Ontario (2012). *Commission de réforme des services publics de l'Ontario : Des services publics pour la population ontarienne : cap sur la viabilité et l'excellence*, Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. <http://www.fin.gov.on.ca/fr/reformcommission/chapters/report.pdf/>

Manuel DG, et coll. (2016). *A \$4.9 Billion Decrease in Health Care Expenditure: The Ten-Year Impact of Improving Smoking, Alcohol, Diet and Physical Activity in Ontario*, ICES, avril. [http://www.ices.on.ca/flip-publication/A-4-9-Billion-Decrease-in-Health\\_Care\\_-\\_Expenditure/index.html](http://www.ices.on.ca/flip-publication/A-4-9-Billion-Decrease-in-Health_Care_-_Expenditure/index.html)

Meacher-Stewart, Donna, PH, PhD., et coll. (2009). *Building Canadian Public Health Nursing Capacity: Implications for Action*, Hamilton, ON: McMaster School of Nursing and the Nursing Health Services Research Unit, numéro de série : 15.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2006). Comité d'examen de la capacité d'intervention, *Revitalisation de la capacité d'intervention des services de santé publique de l'Ontario : rapport final du Comité d'examen de la capacité d'intervention*, Toronto (Ontario).

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2003). *Pour le bien de la santé publique : extrait du rapport préliminaire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses*, Toronto (Ontario). [http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/walker\\_panel\\_2003/walker\\_panel.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/walker_panel_2003/walker_panel.aspx)

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2004). Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. *Pour le bien de la santé publique : Un plan d'action, Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario*, Toronto (Ontario). [http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/walker04/walker04\\_2.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/walker04/walker04_2.aspx)

Moloughney, Brent W. (2005). *Defining "Critical Mass" for Ontario Public Health Units*, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto.

Moloughney, Brent W. (2007). *A discussion paper on public health, local health integration networks, and regional health authorities*, Association pour la Santé publique de l'Ontario, Ottawa (Ontario).

O'Connor, Dennis R. (2001). « Chapter 15: Summary of Recommendations ». *Part One Report of the Walkerton Inquiry: The Events of May 2000 and Related Issues*, Ontario.

Primary Health Care Expert Advisory Committee (2015). *Patient Care Groups: A new model of population based primary health care for Ontario*, Toronto (Ontario), mai.

