

Statut des ESO

- La première cohorte de 24 équipes Santé Ontario (ESO) a été approuvée en décembre 2019, et cinq autres ont été ajoutées en juillet 2020.
- Deux nouvelles cohortes ont été approuvées depuis, à savoir une de 13 ESO en novembre 2020 et une de huit en octobre 2021.
- Cinq équipes en développement ont été invitées à rejoindre les équipes des cohortes 1 et 2 approuvées.
- Des activités additionnelles sont entreprises pour soutenir les équipes en développement au nord-ouest et au nord-est.

Discussion concernant la difficulté des ESO à répondre aux besoins des patients et des partenaires communautaires situés en zone rurale

Les ESO qui interviennent dans des environnements mixtes, à la fois urbains et ruraux, ainsi que dans des zones principalement rurales se heurtent **depuis longtemps à des difficultés** de planification et de prestation des soins, notamment :

- une composition démographique plus variée, le nord-ouest abritant un plus grand nombre de peuples autochtones et le nord-est de personnes qui indiquent que le français est leur langue maternelle;
- les Ontariennes et Ontariens du nord rencontrent des problèmes de santé plus graves (par exemple, ils présentent un taux plus élevé de maladies chroniques) et des difficultés liées aux soins plus marquées (par exemple, le taux d'accès aux soins primaires le jour même est plus faible);
- un accès inéquitable aux soins, notamment aux services spécialisés (ce qui fera l'objet d'une prochaine édition du document d'information RISE);
- une insuffisance de personnel au sein des organismes offrant des services;
- l'éloignement géographique des différents prestataires;
- l'insuffisance des options de transport et des aides pour accéder aux services dans les centres urbains;
- l'absence de diversité linguistique et culturelle dans les services offerts; et
- la difficulté à conserver une participation publique significative à la planification des services de santé et sociaux

Trois types d'équipes peuvent en outre se heurter à des **difficultés supplémentaires** :

- les ESO approuvées (souvent plus urbaines) et les équipes en développement (souvent plus rurales) ne forment désormais plus qu'une seule et même ESO;

Élément(s) constitutif(s)

Document d'information RISE 28 : déterminer comment les équipes Santé Ontario (ESO) peuvent répondre aux besoins des patients situés en zone rurale et des partenaires communautaires en zone mixte, rurale et urbaine, ou principalement rurale
(dernière mise à jour le 2 décembre 2021)

Encadré 1 : Couverture des éléments constitutifs des ESO

Le présent document d'information de RISE porte sur l'**ensemble des huit** éléments constitutifs :

- 1) population de patients déterminée
- 2) services pris en charge
- 3) collaboration avec les patients et mobilisation communautaire
- 4) soins aux patients et expérience
- 5) santé numérique
- 6) leadership, responsabilisation et gouvernance
- 7) structure de financement et d'encouragement
- 8) mesure du rendement, amélioration de la qualité et apprentissage continu

- plusieurs équipes en développement (souvent plus rurales) ne forment désormais plus qu'une seule et même ESO; et
- de nombreuses équipes en développement travaillent en collaboration dans des zones géographiques étendues afin d'adapter le modèle des ESO en lui donnant une dimension plus régionale.

Ces trois types d'équipes bénéficient de soutien pour parfaire leur expertise existante et :

- nouer des relations de confiance avec de nouveaux partenaires;
- ajuster les ententes de collaboration en matière de prise de décision;
- réviser la vision globale et les orientations stratégiques de l'ESO;
- comprendre les besoins de la population qui leur est désormais attribuée;
- définir de quelle manière les partenaires coopéreront pour concevoir et fournir les soins de manière collaborative; et
- mobiliser plus de patients, familles et aidants afin de représenter l'ensemble de la population attribuée.

Principaux résultats obtenus des panels de citoyens

Avant de convoquer cette réunion, RISE a organisé deux panels de citoyens en ligne – tous deux le 1^{er} octobre 2021 – regroupant des résidents de zones mixtes, urbaines et rurales, et de zones principalement rurales afin de discuter de ces questions. L'un des panels était composé de résidents sans affiliation à une ESO, mais ayant déjà eu une expérience dans le soutien aux organismes de santé et de services sociaux. L'autre panel regroupait des patients, de membres de familles ou d'aidants qui ont agi à titre de conseillers auprès d'ESO à différents stades de leur développement. Les points récapitulatifs de chacune de ces trois discussions ont été intégrés au présent document d'information.

Les participants aux panels de citoyens ont souligné ce qui suit :

- la **communication** à propos des ESO et les stratégies de sensibilisation des ESO envers leurs communautés doivent être adaptées aux populations rurales (par exemple, en s'appuyant sur les réseaux et les centres communautaires existants);
- les programmes de coordination des soins doivent **tenir compte des besoins supplémentaires en personnel, en temps et en expertise** nécessaires à une mise en œuvre réussie dans les zones rurales;
- le passage aux soins virtuels doit s'accompagner d'importants investissements pour améliorer les **signaux des téléphones mobiles et l'accès à Internet** dans la province, tout en maintenant les soins en personne pour les pathologies et les populations pour lesquelles ils sont plus adaptés;
- la **compatibilité numérique** au sein des ESO (et entre les ESO) est essentielle pour conserver un système centré sur le patient, en particulier pour les résidents ruraux, plus susceptibles d'avoir besoin de l'aide de plusieurs ESO; et
- les ESO devront composer avec les **manques de ressources et de capacités historiques et récurrents** dans les zones rurales, tout en **tirant parti d'approches innovantes** pour y faire face.

Principales conclusions de la réunion

Les participants ont mis en avant d'autres difficultés, notamment :

- la population attribuée de 50 000 individus est très différente dans les zones principalement rurales, puisque les populations sont réparties sur de vastes espaces (chaque communauté ayant des besoins différents, ce qui implique tout un arsenal de réponses pour les prestataires);
- les attentes quant aux partenariats entre des ESO approuvées et des équipes en développement peuvent compromettre leur capacité à avancer au même rythme que d'autres ESO approuvées; et

- les données provinciales ne reflètent pas toujours les soins dispensés dans de petites zones géographiques, notamment au niveau des soins primaires, où un médecin de famille sert généralement « d’homme ou de femme à tout faire »;
- les modèles de gouvernance prescrits pour les ESO doivent parfois être adaptés afin de mieux coïncider avec les modèles de gouvernance autochtones ou des partenariats existants;
- des capacités, du personnel et des programmes d’apprentissage supplémentaires sont nécessaires pour faire avancer la transformation dans les zones rurales, notamment celles qui souffrent depuis longtemps d’un manque de ressources; et
- les organisations impliquées dans les ESO en zone rurale sont tiraillées de toutes parts et jonglent avec des priorités contradictoires, dont la transformation du système de santé, le rétablissement post-COVID-19, et sans oublier les prestataires qui composent avec la découverte permanente de tombes sur les sites de pensionnats partout en Ontario.

Discussion concernant les leçons tirées des expériences d’autres instances dans la mise en œuvre des soutiens

L’examen des expériences d’autres instances nous renseigne sur les soutiens mis en œuvre pour répondre aux besoins des patients et partenaires communautaires situés en zone rurale. C’est le cas de PRISMA au Québec, d’ESKOTE en Finlande, de Te Whiringa en Nouvelle-Zélande, de Lead Agency Model en Écosse, des OSS à paiement anticipé et de PACE aux États-Unis, ainsi que d’expériences menées en Australie.

Éléments constitutifs des ESO	Connaissances pertinentes tirées d’autres initiatives
Élément constitutif 1 : population de patients déterminée (qui est couvert, et que signifie « couvert »?) → population attribuée	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre réduit de bénéficiaires requis aux États-Unis. OSS Medicare pour les zones rurales (de 15 000 à 5 000), mais cela a parfois généré des problèmes de durabilité (OSS à paiement anticipé) • Reconnaissance de besoins et préférences différenciés, façonnés par des facteurs linguistiques ou culturels (PRISMA)
Élément constitutif 2 : services pris en charge (qu’est-ce qui est couvert?) → accent sur les soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les services pris en charge mettaient l’accent autant sur la santé que sur les soins sociaux (Lead Agency Model et Te Whiringa Ora) • L’implication précoce de services sociaux plus généraux, y compris liés à l’hébergement, au sport et aux divertissements, et les conseils communautaires (Te Whiringa Ora et Australie) • Transports intégrés dans les services pris en charge afin de veiller à ce que les itinéraires permettent d’accéder aux établissements de soins de santé et sociaux de proximité (Lead Agency Model et PACE) • La coordination des soins était assurée en partenariat avec un soutien communautaire, culturellement pertinent (Te Whiringa Ora) • Les services étaient axés autour d’objectifs définis par les patients afin d’encourager une plus grande autodétermination (Te Whiringa Ora)
Élément constitutif 3 : collaboration avec les patients et mobilisation communautaire (comment les patients sont-ils mobilisés?) → y compris les peuples	<ul style="list-style-type: none"> • Un consultant citoyen local siège au conseil de direction (OSS à paiement anticipé) • Des mécanismes formels, tels que les conseils communautaires, aident à déterminer les priorités sanitaires locales et à élaborer des stratégies de mise en œuvre ainsi que des plans de surveillance et d’amélioration • Mobilisation citoyenne au travers de réunions régulières de citoyens/patients/membres de la famille bénévoles (ESKOTE)

<p>autochtones et les francophones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau de soins familial et communautaire étendu impliqué en tant que partenaire dans les soins (Te Whiringa Ora)
<p>Élément constitutif 4 : soins aux patients et expérience (de quelle façon les expériences et résultats des patients sont-ils évalués et appuyés?) → prise en charge de la santé de la population</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regroupement des services de santé et sociaux (ESKOTE) • Services de soins primaires et préventifs mobiles dispensés à domicile et dans des environnements communautaires (ESKOTE) • Utilisation de sites de soins alternatifs, généralement gérés par des organismes de centres de soins pour adultes et personnes âgées pour améliorer l'accès aux services (OSS à paiement anticipé et PACE) • Amélioration des transitions et de la navigation par la gestion des cas et la coordination des soins (PRISMA) • Utilisation des consultations de bien-être actuelles pour fournir des services préventifs et élaborer des programmes de soins préventifs (OSS à paiement anticipé) • Accent mis sur l'auto-prise en charge chez les plus de 65 ans (ESKOTE) • Développement des compétences pour certains rôles (p. ex. les infirmières de pratique avancée) pour pallier les manques de ressources humaines (ESKOTE) • Modèles de personnel adaptables pour compenser les pénuries de main-d'œuvre (PACE)
<p>Élément constitutif 5 : santé numérique (comment exploite-t-on les solutions numériques et celles liées aux données?) → outils numériques et analyse des données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un dossier numérique partagé pour améliorer la communication entre les partenaires (PRISMA, ESKOTE, Te Whiringa Ora et OSS à paiement anticipé) • Créer un portail patient et/ou une unité d'auto-contrôle pour soutenir l'autogestion (ESKOTE et Te Whiringa Ora) • La télésanté virtuelle sert à la fois à connecter les patients à des spécialistes et à connecter les prestataires proposant des consultations spécialisées (OSS à paiement anticipé)
<p>Élément constitutif 6 : leadership, responsabilité et gouvernance (comment les ententes de gouvernance et de prestation sont-elles harmonisées et comment les prestataires sont-ils mobilisés?) → ententes de collaboration en matière de prise de décision et leadership en soins primaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Étendre et adapter les rôles de leadership pour mieux s'adapter aux contextes ruraux, par exemple en permettant aux centres de santé ruraux de servir de partenaires d'ancrage et en aidant les médecins et les infirmières de pratique avancée à être au premier plan (OSS à paiement anticipé et PACE) • Concevoir des mécanismes pour que les initiatives rendent responsables des communautés en quête d'équité (p. ex. au travers de postes de direction, de la délégation du pouvoir décisionnaire) (Australie) • Utiliser les subventions au titre de la planification pour encourager les organisations ayant déjà collaboré à s'associer (OSS à paiement anticipé et PACE) • Tirer profit des partenariats régionaux pour pouvoir offrir un continuum de soins complet, notamment accéder à des services spécialisés ou réduire la charge administrative pour les prestataires de services ruraux (PRISMA, OSS à paiement anticipé et PACE) • Élaborer des solutions locales en exploitant la politique nationale qui impose aux autorités locales de proposer aux citoyens un choix plus large dans l'évaluation et la fourniture des soins (Lead Agency Model) • Adaptabilité des processus de mise en œuvre et détermination du moment où s'adapter aux contextes locaux et régionaux (PRISMA, PACE) • Aider les soutiens de mise en œuvre propres aux zones rurales, comme l'assistance technique axée sur les zones rurales (OSS à paiement anticipé et PACE) • Renforcer la confiance dans l'initiative et la mobilisation par des rétroactions personnalisées permanentes des soutiens à la gestion de la prise en charge communautaire à l'équipe de soins primaires (Te Whiringa Ora)

	<ul style="list-style-type: none"> • Investir dans du personnel possédant une solide compétence culturelle et créer des partenariats avec ceux bénéficiant d'une crédibilité clinique (Te Whiringa Ora)
<p>Élément constitutif 7 : structure de financement et d'encouragement (comment les ententes financières sont-elles financières?) → (à terme) enveloppe budgétaire intégrée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déployer des mécanismes de financement innovants, y compris la mise en commun des budgets consacrés à la santé et aux soins sociaux et des remboursements basés sur des épisodes de soins cliniquement définis (ESKOTE) • Versements incitatifs pour les efforts supplémentaires liés à l'intégration des soins dans les communautés rurales (PACE) • Financement initial du projet, fixe et conditionnel, afin de couvrir les frais de lancement initiaux et les frais de mise en œuvre (OSS à paiement anticipé et PACE) • Salaire de subsistance pour le secteur des soins à domicile indépendants (Lead Agency Model)
<p>Élément constitutif 8 : mesure du rendement, amélioration de la qualité et apprentissage continu (comment soutient-on l'apprentissage et l'amélioration rapides?)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle de veille économique partagé pour faciliter la gestion des indicateurs régionaux afin de contrôler l'utilisation des services et les améliorations de la qualité (ESKOTE, Finlande) • Mesures de responsabilité qui s'appliquent aux mesures de l'efficacité du système de santé et objectifs définis par le patient ou la communauté (p. ex. autodétermination en matière de santé) (Te Whiringa Ora et Australie) • Cibles de mesures de la performance échelonnées pour tenir compte du fort investissement initial en termes de temps et d'effectifs nécessaires pour soutenir la mise en œuvre (Te Whiringa Ora) • Mobilisation et adhésion favorisées par un système de gestion de la performance robuste, capable de rendre compte des premiers succès (Te Whiringa Ora)

Principaux résultats obtenus des panels de citoyens

Les participants aux panels de citoyens ont souligné ce qui suit :

- la coordination doit relever d'une **responsabilité collective** entre les disciplines, les spécialités et les prestataires ruraux et urbains, et des efforts doivent être déployés pour **enrayer la méfiance** entre les prestataires et les organisations;
- les soins doivent inclure les besoins de santé aigus et tenir compte des **déterminants structurels** sous-jacents de l'accès aux soins, avec un **soutien supplémentaire pour les soins destinés aux personnes mal desservies et présentant une spécificité linguistique et/ou culturelle** (il peut s'agir d'impliquer des services sociaux plus généraux dans la conception des ESO); et
- les ESO peuvent aller plus loin, plus vite, en **s'appuyant sur la longue tradition d'innovations réussies** des intervenants en zone rurale (comme la capacité de proximité pour les soins impliquant de nombreux déplacements, tels que la chimiothérapie et la dialyse, les cliniques dirigées par des infirmiers praticiens, les programmes paramédicaux communautaires et les services « en strates » au sein des centres communautaires).

Principales conclusions de la réunion

Les participants ont réfléchi aux expériences d'instances extérieures à l'Ontario et mis en lumière plusieurs enseignements clés pouvant être appliqués aux ESO, notamment :

- l'utilisation d'une approche de mise en œuvre oscillant entre la fermeté et la souplesse, dans laquelle les personnes qui dirigent la transformation restent fermes sur la vision et les objectifs poursuivis, souples sur sa mise en œuvre et fermes sur l'évaluation et la responsabilité;
- la créativité dans la planification des effectifs et le renforcement des capacités en mettant l'accent sur les compétences requises plutôt que sur une profession donnée;
- l'investissement dans les plateformes d'information et d'autres supports permettant un apprentissage, une surveillance et une évaluation en continu;

- une approche stratégique des niveaux de gouvernance pour les initiatives rurales, y compris le recours à une mise en réseau régionale pour améliorer l'accès à certains services, comme les soins hospitaliers; et
- la promotion des capacités de leadership dans les systèmes de services de santé et sociaux afin que l'un ne prenne pas le pas sur l'autre.

Discussion concernant les moyens de répondre au mieux aux besoins des patients et des partenaires communautaires situés en zone rurale

Aborder les principaux facteurs de risque, notamment :

- la **compréhension restreinte** des considérations propres aux communautés rurales;
- l'insuffisance des **ressources**, y compris humaines, et de la capacité à mettre en œuvre les approches;
- le manque d'**implication de la communauté** (y compris les patients, les familles et les aidants) dans l'adaptation des approches;
- l'absence d'**implication de tous les prestataires** (par exemple, de soins primaires);
- le manque de **confiance** entre les organisations partenaires;
- le défaut de prise en compte des **écarts de pouvoir** historiques et récurrents entre les partenaires de l'ESO; et
- le manque d'adhésion au modèle de l'ESO de prestataires et organisations qui le perçoivent « **juste comme un énième projet pilote** ».

Exploiter les facteurs de réussite potentiels, notamment :

- une précédente **expérience de collaboration** (par exemple, au travers de réseaux de prestataires informels éventuellement déjà bien développés dans les zones rurales où la collaboration et l'interdépendance sont nécessaires);
- des **plans spécifiques de renforcement des relations** entre des prestataires de services qui ne sont pas habitués à travailler ensemble;
- des investissements dans **l'établissement de relations et la communication** pour instaurer de la confiance entre les partenaires;
- des mesures de **réduction des risques** permettant aux partenaires de tester de nouvelles approches sans trop redouter une perte financière;
- l'**adaptabilité** de l'initiative, afin qu'elle puisse être adaptée aux besoins de chaque communauté rurale;
- l'accent sur le **comblement des lacunes et l'intégration des efforts précédents dans les nouvelles initiatives**, dont la conservation des relations existantes entre les patients et les prestataires, ainsi qu'entre les prestataires;
- un **temps suffisant** pour se former aux nouveaux modèles de soins, outils d'évaluation et approches, pour nouer des relations et pour définir les rôles et responsabilités ainsi que des objectifs de performance échelonnés;
- un **accent mis sur les besoins** des populations locales plutôt que sur les frontières organisationnelles traditionnelles;
- de la **créativité pour répondre aux besoins de personnel**, pour déterminer de nouvelles façons de travailler, de former ou d'améliorer les compétences et pour établir si de nouveaux rôles sont nécessaires; et
- **leadership permanent pour adapter le modèle** aux besoins, structures et cultures locaux, y compris un investissement permanent dans l'établissement de relations.

Principaux résultats obtenus des panels de citoyens

Les participants aux panels de citoyens ont avancé des moyens pour les ESO d'aller plus loin, plus vite, notamment :

- tirer profit des **partenariats existants** tout en profitant de la dynamique pour **adapter des innovations** venues d'ailleurs;

- harmoniser les **structures de gouvernance et d'incitation** avec les objectifs finaux des ESO;
- **rationaliser les services de soins numériques** au sein de et entre les ESO; et
- **investir** dans le leadership des ESO, l'établissement de partenariat et l'équité numérique à l'échelle de la province.

Principales conclusions de la réunion

Les participants ont défini plusieurs prochaines étapes à explorer, dont :

- la communication proactive de la vision à long terme pour les ESO et les éventuelles exigences spécifiques quant aux éléments constitutifs;
- la garantie de la flexibilité dans la manière de mettre en œuvre les ESO dans les environnements mixtes et principalement ruraux;
- l'équilibrage du besoin de complémentarité entre les approches régionales et ultra-locales pour développer les ESO, y compris en matière de leadership et de gouvernance et aux fins de la mesure et de l'évaluation de la performance;
- la conception de soutiens supplémentaires pour combler les manques de capacités des ESO situées en zone rurale, y compris l'encadrement et le soutien au niveau de la pratique, les outils d'aide à la résolution des conflits, la possibilité d'échanger des renseignements entre des ESO situées en zone rurale et des programmes d'apprentissage axés sur la troisième courbe de la prise en charge de la santé de la population;
- la reconnaissance que de nombreuses équipes rurales subissent depuis longtemps des contraintes en matière de ressources et peuvent avoir besoin d'investissements supplémentaires et de possibilités de tester les innovations localement pour parvenir aux mêmes objectifs; et
- l'accent sur la mise en œuvre initiale d'innovations de moindre envergure mais significatives pour instaurer la confiance entre les partenaires.

References

1. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Rural and northern health care framework/plan. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 2017.
2. Health Quality Ontario. Health in the North: A report on geography and the health of people in Ontario's two northern regions. Toronto: Health Quality Ontario; 2017.
3. Dion A, Waddell K, Moat K, Lavis J. Rapid synthesis: Supporting population-level integrated care to meet the needs of patient and community partners based in rural environments. Hamilton: McMaster Health Forum; 2021.

Waddell K, Dion A, Moat KA, Lavis JN. Bulletin d'information RISE 28: déterminer comment les ESO peuvent répondre aux besoins des patients en milieu rural et des partenaires communautaires, Hamilton: McMaster Health Forum; 2021.

RISE prépare à la fois ses propres ressources (comme ce document d'information RISE) qui peuvent soutenir un apprentissage et une amélioration rapides, ainsi qu'un accès structuré aux ressources préparées par d'autres partenaires et par le ministère. RISE est soutenu par une subvention du ministère de la Santé de l'Ontario au McMaster Health Forum. Les avis, résultats et conclusions sont ceux de RISE et sont indépendants du ministère. Aucune approbation par le ministère n'est voulue ou ne devrait être déduite.

ISSN: 2562-7759 (en ligne)