

### Document d'information RISE 29 : examiner les recouvrements entre les Équipes Santé Ontario et les gammes de services spécialisés (Dernière mise à jour : 22 mars 2022)

#### Aperçu et défis

Le système de santé de l'Ontario est en cours de transformation pour assurer la prise en charge de la santé des populations au moyen de nouvelles Équipes Santé Ontario (ÉSO). Annoncées pour la première fois en février 2019, les ÉSO sont des réseaux intersectoriels d'organismes de santé (et, dans certains cas, de services sociaux et de santé publique) qui, à maturité, seront cliniquement et financièrement responsables de la santé de la population qui leur est attribuée. On s'attend à ce que les ÉSO fournissent un continuum complet de soins à leurs populations grâce à leurs réseaux. Pour être approuvée en tant qu'ÉSO, une équipe doit comprendre, au minimum, des représentants des soins primaires, des soins à domicile et communautaires et des soins en milieu hospitalier. Les ÉSO ne sont pas tenues de fournir des services hautement spécialisés (appelés gammes de services spécialisés dans le présent document), mais elles doivent, pour réaliser l'objectif de prise en charge de la santé de la population qui leur est attribuée, établir des recouvrements avec des gammes de services spécialisés.

Nous employons l'expression « gammes de services spécialisés » pour souligner le fait que ces services sont offerts dans le cadre de programmes de soins structurés et coordonnés (plutôt qu'une intervention unique ou le travail d'un seul spécialiste). Les gammes de services spécialisés présentent plusieurs caractéristiques uniques. Selon l'Association des hôpitaux de l'Ontario, il s'agit de services nécessitant ce qui suit :

- une expertise ciblée et de vastes ressources;
- un volume adéquat de patients pour maintenir la qualité et l'expertise clinique des sous-spécialités;
- une planification régionale ou juridictionnelle pour réaliser des économies d'échelle; et
- des interdépendances avec d'autres services.(1)

Certaines gammes de services spécialisés peuvent porter sur des problèmes de santé qui sont principalement aigus ou épisodiques, comme c'est le cas pour les soins complexes de cardiologie et d'accident vasculaire cérébral et les services de transplantation d'organes solides. D'autres abordent des cas complexes ou rares de problèmes de santé nécessitant des soins de longue durée ou à vie, comme c'est le cas pour les soins aux enfants et aux adultes souffrant de graves troubles du développement neurologique, les soins aux personnes nécessitant une hémodialyse et les soins à certaines personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes.

Comme l'illustre la Figure 1 ci-dessous, les gammes de services spécialisés remplissent deux fonctions importantes dans le cadre d'une approche de prise en charge de la santé de la population. La première fonction consiste à fournir des soins aux personnes qui se trouvent au sommet de la pyramide des risques de la prise en charge de la santé de la population (c.-à-d. la petite proportion de personnes confrontées aux problèmes de santé les plus complexes ou ayant des besoins ciblés nécessitant beaucoup de ressources).(2) Il s'agit des services qui nécessitent de vastes

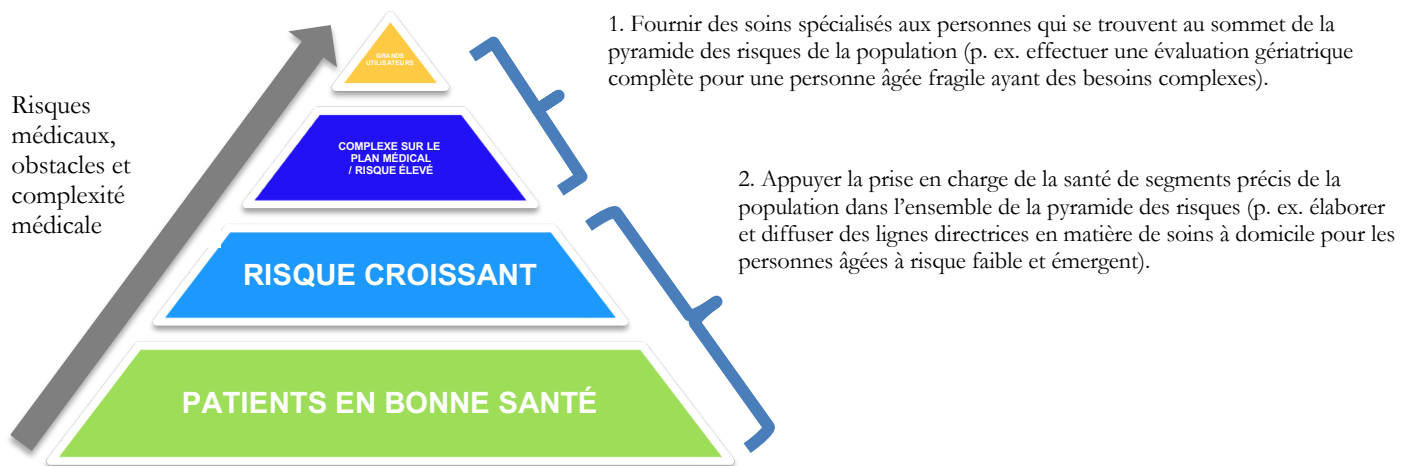
#### Encadré 1 : Couverture des éléments constitutifs des ÉSO

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

ressources, une expertise ciblée et un volume de patients adéquat pour assurer l'application efficace de l'expertise relative à la sous-spécialité. La deuxième fonction des gammes de services spécialisés va au-delà de la prestation de soins et consiste plutôt à soutenir les prestataires travaillant à d'autres niveaux de la pyramide des risques de la prise en charge de la santé de la population. Par exemple, les gammes de services spécialisés peuvent soutenir la création et la mise en œuvre de parcours de soins propres à un problème de santé ou de régimes d'autogestion pour les patients, et ceux-ci peuvent couvrir l'ensemble du continuum, des soins préventifs et primaires jusqu'aux soins hautement spécialisés.(3)

**Figure 1 : Rôle des gammes de services spécialisés dans une approche de prise en charge de la santé de la population**



En ce moment, les personnes qui cherchent à obtenir des soins associés à des gammes de services spécialisés en Ontario peuvent être confrontées aux difficultés suivantes :

- de longs délais d'attente;
- un manque de coordination avec les soins primaires, les soins à domicile, la réadaptation ou les soins en milieu hospitalier;
- des lacunes dans la couverture (y compris, souvent, en lien avec les produits pharmaceutiques ou l'aide aux activités de la vie quotidienne);
- un soutien psychosocial inadéquat afin d'intégrer ensemble les gammes de services spécialisés pour les patients et les familles;(4-8)
- des inégalités en matière d'accès et d'expérience pour ce qui est des gammes de services spécialisés pour certaines populations, y compris les communautés rurales et du Nord, les peuples autochtones, les populations racisées et les populations francophones. (9-11)

Bien que l'établissement de recouvrements entre les Équipes Santé Ontario (ÉSO) et les gammes de services spécialisés permette d'aborder certaines de ces difficultés, il s'accompagne également de nouveaux défis. En fait, la portée des services offerts par chaque ÉSO varie et il n'existe aucune liste définie des services que les ÉSO doivent fournir. Certaines ÉSO comprennent déjà des gammes de services spécialisés, surtout les grandes équipes dans les centres urbains qui comptent parmi leurs partenaires des hôpitaux de soins tertiaires et d'autres prestataires de soins tertiaires hautement spécialisés. D'autres ÉSO peuvent fournir exclusivement des soins primaires et secondaires.

Il peut aussi y avoir des variations de la capacité des diverses gammes de services spécialisés à remplir la deuxième fonction (c.-à-d. appuyer les prestataires dans l'ensemble de la pyramide de la prise en charge de la santé de la population). Certaines gammes de services spécialisés en Ontario ont des partenariats, des infrastructures et des processus bien développés à l'appui de la prise en charge de la santé de la population, comme une capacité de gestion des cas complexes ou du personnel de coordination des soins. D'autres gammes de services spécialisés peuvent ne pas avoir certains éléments essentiels, comme des technologies des données et de l'information, ou peuvent avoir des

réseaux de partenaires inégalement établis dans l'ensemble de la province. Cela entraîne des répercussions sur la capacité des gammes de services spécialisés à soutenir les efforts de prise en charge de la santé de la population des ÉSO.

### Principales conclusions du panel de citoyens

Nous avons organisé deux panels de citoyens le 14 janvier 2022 afin de recueillir des points de vue sur ces questions. Des patients et des aidants ayant eu des expériences d'accès à des gammes de services spécialisés, tant pour des besoins aigus que pour des besoins complexes permanents, ont été invités à participer à ces panels. Les panels réunissaient également diverses personnes ayant eu et n'ayant pas eu des expériences directes de soutien des ÉSO ou d'autres organismes de santé dans des rôles de conseillers.

Les participants aux panels de citoyens ont souligné les défis qui perturbent leurs expériences quant aux gammes de service spécialisées, dont les suivants :

- Manque de coordination des soins
  - La communication entre les prestataires est fragmentée en raison, notamment, de l'absence de dossiers communs.
  - Les expériences sont variables parce qu'on dépend des connaissances individuelles des prestataires à l'égard du système et de leur volonté de coordonner les soins, plutôt que d'une approche systématique.
  - Les aidants assument un rôle de coordinateur de soins en l'absence de soutiens officiels et ils sont confrontés à des obstacles en ce qui concerne la communication avec les équipes de soins.
- Manque de couverture pour un continuum de soins complet
  - Certains éléments des soins spécialisés, comme les médicaments en consultation externe et les services de réadaptation, ne sont pas couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario.
  - Les personnes atteintes de maladies rares peuvent avoir du mal à trouver un soutien social approprié.
- Difficultés d'accès dans les communautés du Nord
  - Le fait de parcourir de longues distances pour recevoir des soins hautement spécialisés peut entraîner une perte de revenus et un éloignement prolongé du foyer et de la communauté.
  - Les frais de déplacement élevés ne sont pas entièrement couverts. De plus, ils sont remboursés au lieu d'être couverts à l'avance.
  - La connectivité à Internet peut représenter un obstacle aux soins virtuels.
- Insuffisance des ressources du système, y compris les ressources humaines et le financement

### Principales conclusions de la réunion

En plus d'être d'accord avec la liste ci-dessus, les participants à la réunion ont souligné des défis à relever pour établir des recoupements dans le but de fournir des soins aux personnes qui se trouvent au sommet de la pyramide des risques de la santé de la population. Ces défis sont les suivants :

- Manque de responsabilisation à l'égard des transitions et de la coordination des soins
- Nécessité de faire participer les prestataires de services spécialisés à la planification

Les participants ont également mentionné qu'il est difficile de mobiliser les gammes de services spécialisés pour qu'elles appuient la prise en charge de la santé de la population. Ils ont notamment indiqué ce qui suit :

- Il faut trouver un équilibre entre la mise en place de soutiens pour des populations et des problèmes de santé particuliers et le besoin de réduire le travail en vase clos pour la prise en charge de la multimorbidité.
- Il faut mettre en place des systèmes de données partagés et normalisés pour comprendre les besoins de la population et permettre la tenue d'analyses comparatives.
- La capacité globale du système est mise à rude épreuve par le manque de ressources humaines dans le domaine de la santé et le rétablissement post-COVID.

## Qu'avons-nous appris des expériences des autres?

D'autres instances ayant adopté des approches de prise en charge de la santé des populations ont elles aussi été confrontées à des enjeux semblables liés au rôle des gammes de services spécialisés et à leurs recouvrements avec les réseaux de soins locaux. Nous avons mené des entrevues auprès des principaux informateurs et avons effectué des recherches ciblées dans des bases de données et sur Internet afin de déterminer comment d'autres systèmes de santé ont abordé cette question. Nous nous sommes penchés sur les initiatives qui :

- abordaient le rôle des gammes de service spécialisées, telles qu'elles sont définies plus haut;
- abordaient ce rôle d'un point de vue des réseaux de soins locaux;
- croisaient plusieurs éléments constitutifs des ÉSO (c.-à-d. qu'il s'agissait d'un ensemble d'interventions, plutôt que d'une seule intervention, comme la consultation virtuelle).

Nous avons cerné cinq modèles d'interaction entre les gammes de services spécialisés et les systèmes de santé qui servent les populations générales. Le tableau ci-dessous présente ces modèles, fournit des exemples, décrit ce que nous avons tiré d'études d'efficacité menées à l'égard d'initiatives similaires, et présente des considérations propres au contexte de l'Ontario. En plus des considérations comprises dans le tableau 1, tout modèle nécessitera :

- un engagement solide de la part des patients, des familles et des aidants, tant à l'égard des gammes de services spécialisés que de leurs recouvrements avec les Équipes Santé Ontario;
- une coordination harmonieuse entre les Équipes Santé Ontario et les organismes qui fournissent des gammes de services spécialisés;
- des outils de santé numériques communs qui permettent un échange sûr et efficace des renseignements des patients; et
- une attention particulière aux conséquences en matière d'équité, y compris les effets différentiels de chaque modèle sur des populations en particulier.

**Tableau 1 : Modèles du rôle des gammes de services spécialisés dans une approche de prise en charge de la santé de la population**

Modèle et exemples	Constatations tirées d'études d'efficacité	Considérations propres au contexte de l'Ontario
<p><i>Les organismes de soins responsables (OSR) propres aux populations</i> fournissent directement un continuum complet de soins à des personnes souffrant de problèmes de santé coûteux ou susceptibles de devenir coûteux. Ces organismes sont capables de fournir des services spécialisés et d'assurer une prise en charge de soins à forte utilisation (p. ex. les OSR pour les maladies rénales terminales, les OSR pour les soins pédiatriques, les OSR pour les soins liés au cancer).</p> <p><i>Exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes de soins responsables pour les maladies rénales terminales aux États-Unis : des OSR spécialisés organisés autour de centres de dialyse et de néphrologues plutôt que de soins primaires.</li> <li>• Unités de soins intensifs ambulatoires aux États-Unis : une approche adoptée par certains OSR pour servir des patients ayant des besoins considérables et coûteux.</li> </ul>	<p>OSR pour les maladies rénales terminales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entraînent une réduction des coûts, une diminution des hospitalisations et une augmentation de 0,3 % du taux de survie des patients sur une période d'un an. (12; 13)</li> </ul> <p>Unités de soins intensifs ambulatoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N'ont généralement pas d'incidence sur l'utilisation des services d'urgence ou la mortalité, et leur efficacité pour réduire les hospitalisations varie. (14)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il pourrait être difficile de coordonner ce modèle dans de vastes zones géographiques peu peuplées. (14)</li> <li>• La réalisation d'économies grâce à ce modèle s'est produite dans le cadre d'arrangements financiers non applicables à l'Ontario.</li> </ul>
<p>Les <i>ententes contractuelles</i> permettent aux systèmes de santé locaux, comme les ÉSO, de conclure des contrats auprès des gammes de services spécialisés pour l'obtention de services précis dans les cas où les partenaires ne fournissent pas ces types de soins ou ne sont pas en mesure de les fournir.</p> <p><i>Exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusions (appelées « carve outs » aux États-Unis) : les OSR peuvent exclure (c.-à.-d. recourir à la sous-traitance) des services inévitables à coût élevé, comme la chirurgie traumatologique, ou les personnes ayant des problèmes de santé extrêmement coûteux.</li> <li>• Contrats de soins (appelés « care compacts » aux États-Unis) : les professionnels de la santé et les systèmes de santé peuvent également conclure, avec les gammes de services spécialisés, des « contrats de soins » non contraignants qui précisent les obligations de chaque partie.</li> <li>• Groupes de mise en place de services cliniques (appelés « clinical commissioning groups » au Royaume-Uni) : des groupes de cabinets de soins primaires et d'autres intervenants qui planifient et fournissent des services dans leur région, y compris des gammes de services spécialisés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusions :</li> <li>• Au sein d'organismes de soins coordonnés comportant des exclusions liées à la santé comportementale en Oregon, aucune différence n'a été observée pour l'accès aux soins chez les personnes souffrant de maladies mentales graves, et un accès réduit aux soins a été observé chez les personnes souffrant de maladies mentales légères ou modérées.(15)</li> <li>• Les OSR de Medicaid au New Jersey ont obtenu des estimations plus exactes des économies.(16)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe un risque de fragmentation des soins pour les patients qui font la transition entre leur ÉSO et des prestataires de services sous-traitants.</li> <li>• La rédaction et la gestion de contrats pour des gammes de services spécialisés nécessiteraient l'ajout d'une expertise et d'une capacité en ressources humaines au sein des Équipes Santé Ontario.</li> </ul>
<p>Les <i>réseaux régionaux</i> sont formés par des prestataires de services spécialisés dans une région donnée et sont organisés précisément autour d'un problème de santé ou d'une population. Les réseaux régionaux, qui normalisent les parcours vers et au sein des gammes de services spécialisés, travaillent ensemble pour offrir une plus grande latitude et réaliser des économies d'échelle. Les réseaux régionaux appuient également l'octroi de soins à des segments précis de la population à l'échelle régionale en assurant la liaison avec</p>	<p>Collaborations de prestataires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La plupart des sites concernés par un premier projet pilote ont aidé les patients à recevoir des soins plus près de chez eux, mais les données existantes ne permettaient pas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chaque réseau serait tenu d'assurer une coordination avec plusieurs ÉSO dans sa région.</li> <li>• Les ÉSO devraient assurer une coordination</li> </ul>

Modèle et exemples	Constatations tirées d'études d'efficacité	Considérations propres au contexte de l'Ontario
<p>de multiples organismes de soins régionaux et locaux afin de fournir un soutien en matière de planification, d'évaluation et d'autres fonctions.</p> <p><i>Exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborations de prestataires (appelées « provider collaboratives » au Royaume-Uni) : des groupes de prestataires de soins aigus assurent une coordination entre eux afin de réduire les différences dans les soins et consultent les niveaux de soins locaux pour favoriser la planification.</li> <li>• Les réseaux régionaux aident plusieurs ÉSO à fournir des soins à des populations en particulier. En voici des exemples : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'équipe de santé Les enfants avant tout – l'accent est mis sur les enfants et les jeunes</li> <li>○ Équipe santé du centre de l'Ontario pour les populations spécialisées – l'accent est mis sur les personnes ayant des besoins complexes en matière de santé mentale ou de toxicomanie</li> </ul> </li> </ul>	<p>d'analyser la qualité ni d'autres résultats. (17)</p>	<p>avec plusieurs réseaux liés à différentes gammes de services spécialisés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les réseaux pourraient avoir besoin de structures adaptées pour différents problèmes de santé et pour différentes régions, plutôt que de suivre un modèle unique.</li> </ul>
<p>Les <i>programmes provinciaux</i> fournissent directement des gammes de services spécialisés dans un petit nombre d'établissements qui sont assujettis à une supervision centrale. Les programmes provinciaux assument également une fonction de leadership clinique et de surveillance du rendement pour les soins octroyés à des segments précis de la population à l'échelle provinciale, souvent avec un certain soutien régional pour la mise en œuvre.</p> <p><i>Exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmes provinciaux (Ontario) : Action Cancer Ontario, CorHealth, Provincial Geriatric Leadership Ontario (PGLO) et Trillium pour le don de vie.</li> <li>• Provincial Health Services Authority (PHSA) [Colombie-Britannique] : responsable de la politique clinique provinciale et de la surveillance dans plusieurs domaines, notamment le cancer, la santé des enfants, les soins rénaux, et autres.</li> </ul>	<p>Aucune étude d'efficacité trouvée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Ontario dispose déjà de plusieurs programmes provinciaux.</li> <li>• Chaque programme provincial serait tenu d'assurer une coordination avec toutes les ÉSO.</li> </ul>
<p>Les <i>approches mixtes</i> reposent sur des partenariats à tous les niveaux de gouvernance qui réunissent deux ou plusieurs des approches susmentionnées.</p> <p><i>Exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les systèmes de soins intégrés (Royaume-Uni) rassemblent des prestataires et des groupes de mise en place de services du National Health Service (NHS) dans des zones géographiques à trois niveaux différents, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ « Neighbourhoods » (quartiers) – populations d'environ 30 000 à 50 000 personnes; ils sont desservis par des groupes de cabinets de médecins généralistes, des services communautaires du NHS, des services de soins sociaux et d'autres prestataires.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Aucune étude d'efficacité trouvée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les approches mixtes nécessiteraient des définitions claires des services à coordonner et à offrir à chacun des niveaux.</li> <li>• Les programmes mixtes nécessiteraient des niveaux de gouvernance et d'administration supplémentaires par</li> </ul>

Modèle et exemples	Constatations tirées d'études d'efficacité	Considérations propres au contexte de l'Ontario
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ « Places » (lieux) – populations d'environ 250 000 à 500 000 personnes; ils relient les réseaux de soins primaires aux conseils locaux, aux hôpitaux communautaires et aux organisations bénévoles.</li> <li>○ « Systems » (systèmes) – populations d'environ un à trois millions de personnes; ils rassemblent des partenaires de la santé et des soins dans différents secteurs afin de définir une orientation stratégique et de réaliser des économies d'échelle à l'égard de certaines gammes de services spécialisés.</li> </ul>		<p>rapport à ce qui a été envisagé pour les ÉSO.</p>

## Conclusions des panels de citoyens

Les participants aux panels de citoyens étaient généralement favorables à l'adoption d'approches mixtes reprenant les éléments les plus applicables de chaque modèle, particulièrement les réseaux régionaux et les programmes provinciaux. Voici des commentaires formulés à l'égard des modèles :

- On s'inquiète du fait que les ententes contractuelles pourraient inciter les prestataires à « choisir » leurs patients et donner lieu à une prestation de soins motivée par le profit.
- On s'inquiète du fait que les réseaux définis à l'échelle régionale seraient forcés de disposer des ressources humaines appropriées.
- Compte tenu de l'expérience positive antérieure avec Action Cancer Ontario, les programmes provinciaux sont vus d'un bon œil, mais on s'inquiète tout de même des transitions entre les soins primaires et les services spécialisés en oncologie.

Voici d'autres éléments qui, selon les participants, devraient faire partie de tout modèle retenu :

- Il faut adopter des approches holistiques, en particulier pour les problèmes de santé de longue durée, qui reconnaissent qu'une grande partie des personnes ont plusieurs problèmes de santé concomitants, y compris des problèmes de santé physique et de santé mentale.
- Il faut des dossiers de santé électroniques partagés.
- Il faut assurer la participation des patients et de leurs aidants et bien communiquer avec eux.
- Il faut des normes uniformes en matière de soins.
- Il faut assurer la coordination des soins et la continuité interpersonnelle, y compris le soutien continu après la fin des soins spécialisés, comme dans le cas des survivants du cancer.

## Principales conclusions de la réunion

Les participants à la réunion ont également fait les réflexions suivantes concernant les leçons à tirer des expériences des autres instances :

- Les services spécialisés régionaux, les services non spécialisés régionaux et les services provinciaux nécessiteront tous des approches de planification distinctes.
- L'Ontario ne dispose pas des incitations à la coordination des soins qui existent ailleurs, notamment au sein du modèle des OSR aux États-Unis, ni de l'infrastructure de soutien en place au Royaume-Uni.
- Bien que l'exclusion du financement pour les soins liés au cancer et aux maladies rénales ait été une réussite en Ontario, les exclusions peuvent également être problématiques, car de nombreux problèmes de santé ne peuvent pas être traités de manière isolée.
- Certains succès ont été obtenus dans les régions du Nord pour aborder les problèmes de ressources humaines en santé dans de vastes zones géographiques, mais ces réseaux ont besoin qu'on leur consacre du financement pour continuer d'exister.

## **Comment cela pourrait-il être utilisé pour soutenir les ÉSO?**

L'adoption de tout élément des modèles ci-dessus à l'échelle de la province nécessitera une mise en œuvre réfléchie et matricielle. Voici certains obstacles potentiels à la mise en œuvre de nouveaux modèles de liaison entre les ÉSO et les gammes de services spécialisés :

- la nécessité de faire preuve de souplesse dans le cadre de la planification afin de tenir compte des variations entre les populations, les zones géographiques et les organismes se penchant sur des problèmes de santé particuliers;
- l'absence d'interopérabilité des systèmes de dossiers électroniques des ÉSO et des gammes de services spécialisés, et l'absence d'un accès direct pour les patients et leurs aidants;
- l'absence de données largement disponibles à l'égard de certains problèmes de santé, en particulier les plus rares;



- l'absence de responsabilités définies (y compris sur le plan financier) entre les gammes de services spécialisés et les ÉSO;
- les exigences administratives supplémentaires liées à la coordination des soins entre les ÉSO et les gammes de services spécialisés;
- le potentiel d'instabilité au moment de l'introduction de nouveaux arrangements financiers entre les ÉSO et les gammes de services spécialisés;

Voici des facteurs qui pourraient appuyer la mise en œuvre :

- l'expérience antérieure et continue à l'égard des programmes provinciaux qui font maintenant partie de Santé Ontario (notamment Action Cancer Ontario, CorHealth et Trillium pour le don de vie), des réseaux régionaux (y compris l'équipe de santé Les enfants avant tout et l'équipe de santé du centre de l'Ontario pour les populations spécialisées) et des organismes se penchant sur des problèmes de santé en particulier et offrant du soutien systémique (notamment le Conseil provincial pour la santé maternelle et infantile et le Programme de soutien au système provincial du Centre de toxicomanie et de santé mentale);
- l'engagement et l'expertise des prestataires des gammes de services spécialisés pouvant être mis à profit à la fois pour soigner les patients ayant des besoins complexes et pour appuyer les approches de prise en charge de la santé de la population à tous les niveaux de la pyramide des risques liés à la santé de la population.

#### Principales conclusions du panel de citoyens

Selon les participants au panel de citoyens, les obstacles suivants pourraient nuire à la mise en œuvre :

- l'échange de renseignements limité sur les plateformes numériques;
- les obstacles à l'accès numérique dans le Nord;
- le besoin de travaux supplémentaires liés à l'élaboration et à l'administration de nouveaux modèles;
- le manque de ressources humaines dans le domaine de la santé et la capacité inadéquate des hôpitaux après la pandémie;
- les retards attribuables à des facteurs politiques.

Selon les participants, les éléments suivants pourraient faciliter la mise en œuvre :

- les leçons tirées d'Action Cancer Ontario et d'autres exemples de réussite dans la province;
- la lancée des soins numériques qui ont vu le jour pendant la pandémie;
- le talent et l'expertise au sein de la province, qui doivent être exploités de manière équitable.

#### Principales conclusions de la réunion

Les participants à la réunion ont reconnu l'existence des obstacles à la mise en œuvre susmentionnés et ont fait part des préoccupations supplémentaires suivantes :

- une reconnaissance et des soutiens limités pour les modèles régionaux;
- un manque de soutiens (p. ex. pour les données) allant au-delà des ÉSO pour faciliter les recoupements.

Les participants à la réunion ont déterminé les prochaines étapes suivantes :

- développer une matrice pour la planification des recoupements entre les gammes de services spécialisés et les ÉSO et pour déterminer les problèmes de santé et les populations à l'égard desquels une plus grande intégration entre les gammes de services spécialisés et les ÉSO est nécessaire;
- utiliser la matrice pour donner la priorité à un petit nombre de problèmes de santé en vue de commencer à planifier les recoupements avec les ÉSO (p. ex. la fragilité, les troubles précis de toxicomanie et de santé mentale, le retard dans les chirurgies, les adultes souffrant de troubles du développement), en tenant compte de facteurs tels que les besoins de la population et le potentiel de répercussions :
  - concevoir une matrice conjointement avec les groupes désireux de piloter une nouvelle approche et établir les conditions d'engagement avec eux,

- concevoir conjointement une nouvelle approche pour certaines gammes de services spécialisés (idéalement avec certaines différences selon qu'elle est prévue à l'échelle provinciale, régionale ou locale),
- concevoir conjointement une structure de gouvernance à l'appui de la collaboration au sein des gammes de services spécialisés (et entre elles),
- établir un recueil des modèles de soins et des parcours de soins au sein des gammes de services spécialisés (et entre elles);
- étendre le rôle des membres du programme Impact Fellows des ÉSO afin qu'ils contribuent à la documentation et à l'évaluation des nouvelles approches au sein des ÉSO et qu'ils appuient les enseignements interrégionaux dans le cadre de modèles régionaux novateurs;
- créer des normes provinciales relatives aux recoupements entre les ÉSO et les gammes de services spécialisés (plutôt que de s'appuyer uniquement sur des lignes directrices ou d'autres mesures discrétionnaires).

## Bibliographie

1. A Principled Approach to Advancing Specialized Health Services Through Ontario's Integrated Care Planning. Toronto, Ontario: Ontario Hospital Association; 2020.
2. Waddell K, Reid R, Lavis JN. RISE brief 6 (updated): Population-health management. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum; 2020.
3. Evans C, Bullock H, Tharani A, Drenth B. Developing a comprehensive mental health and addictions system in Ontario: The role of regional and specialized service providers. . Mental Health Partners; 2021.
4. Health in the North: A report on geography and the health of people in Ontario's two northern regions. . Toronto, Ontario: Health Quality Ontario; 2017.
5. Income and Health: Opportunities to achieve health equity in Ontario. Toronto, Ontario: Health Quality Ontario; 2016.
6. Moissac Dd, Bowen S. Impact of language barriers on access to healthcare for official language minority Francophones in Canada. *Healthcare Management Forum* 2017;30(4): 2017-212.
7. Access to health services as a social determinant of First nations, Inuit and Métis Health. National Collaborating Centre for Indigenous Health; 2019.
8. Halwani S. Racial inequality in access to health care services. Race Policy Dialogue Papers. Ontario Human Rights Commission; 2004.
9. Annual Report 2019: Chronic Kidney Disease Management. Toronto, Ontario: Office of the Auditor General of Ontario; 2019.
10. Annual Report 2019: Cancer Treatment Services. Toronto, Ontario: Office of the Auditor-General of Ontario; 2019.
11. Kids Can't Wait: 2020 Report on Wait Lists and Wait Times for Child and Youth Mental Health Care in Ontario. Children's Mental Health of Ontario; 2020.
12. The GL. Comprehensive End-Stage Renal Disease Care (CEC) Model: Performance Year 4 Annual Evaluation Report. Falls Church, Virginia: Prepared for Centers for Medicare and Medicaid Services; 2021.
13. Marrufo G, Colligan EM, Negrusa B, et al. Association of the Comprehensive End-Stage Renal Disease Care Model With Medicare Payments and Quality of Care for Beneficiaries With End-Stage Renal Disease. *JAMA Intern Med* 2020;180(6): 852-860.
14. Edwards ST, Peterson K, Chan B, Anderson J, Helfand M. Effectiveness of Intensive Primary Care Interventions: A Systematic Review. *J Gen Intern Med* 2017;32(12): 1377-1386.
15. Charlesworth CJ, Zhu JM, Horvitz-Lennon M, McConnell KJ. Use of behavioral health care in Medicaid managed care carve-out versus carve-in arrangements. *Health Serv Res* 2021;56(5): 805-816.
16. DeLia D. Spending Carveouts Substantially Improve the Accuracy of Performance Measurement in Shared Savings Arrangements: Findings From Simulation Analysis of Medicaid ACOs. *INQUIRY: The Journal of Health Care* 2017;54: 1-11.
17. National Health and Social Care Consulting. Evaluation of New Care Models in Mental Health. Manchester, United Kingdom; 2019.

Evans C, Waddell K, Bain T, Reid R, Lavis JN. Document d'information RISE 29 : examiner les recouvrements entre les Équipes Santé Ontario et les gammes de services spécialisés. Hamilton : McMaster Health Forum, 2022.

RISE rédige ses propres ressources (comme le présent document d'information) à l'appui de l'amélioration et de l'apprentissage rapides, et il offre également un accès structuré à des ressources rédigées par d'autres partenaires et par le ministère. RISE reçoit le soutien d'une subvention du ministère de la Santé de l'Ontario au McMaster Health Forum. Les opinions, conclusions et résultats sont ceux de RISE et sont indépendants du ministère. Aucun endossement par le ministère n'est visé ou ne devrait être supposé.

ISSN : 2562-7759 (en ligne)