

Aperçu et défis

Le système de santé de l'Ontario est en cours de transformation pour assurer la prise en charge de la santé de la population au moyen de nouvelles équipes Santé Ontario (ESO). On s'attend à ce que les ESO fournissent un continuum complet de soins à leurs populations grâce à leurs réseaux. Pour être approuvée en tant qu'ESO, il faut, au minimum, des représentants des soins primaires, des soins à domicile et communautaires et des soins en milieu hospitalier. Cependant, de nombreuses ESO estiment la transformation comme une occasion de tirer explicitement parti du rôle essentiel que jouent les services sociaux plus généraux. Par conséquent, certaines ESO ont établi des partenariats avec des organisations qui fournissent des services sociaux. Voici quelques exemples de ces partenariats :

- les administrations municipales qui fournissent, entre autres, des aides à l'emploi et des services de garde d'enfants;
- les organisations qui fournissent des maisons d'hébergement d'urgence et des services alimentaires;
- les organisations qui fournissent des conseils et un soutien aux nouveaux immigrants; et
- les organisations dirigées par des Autochtones, comme les Centres d'amitié autochtones de l'Ontario, qui fournissent des services aux enfants et aux jeunes, des services d'éducation, de santé mentale et de vie saine aux communautés autochtones urbaines.

Nous utilisons l'expression « services sociaux plus généraux » afin de mettre en évidence la gamme de services et de programmes qui existent au-delà du système de santé et qui visent à améliorer le bien-être économique et social des personnes et des familles. Ces services peuvent être liés aux services pour les enfants et la petite enfance, aux services pour les personnes en situation de handicap, aux aides à l'emploi et au revenu, aux services pour les sans-abri, aux services de logement et à d'autres programmes communautaires. À l'échelle provinciale, deux ministères sont largement responsables du financement ou de l'administration de ces programmes. Le ministère des Affaires municipales et du Logement collabore avec les 444 municipalités de l'Ontario afin de fournir des services par l'intermédiaire des bureaux de services municipaux. Ces services sont principalement axés sur le logement et l'aménagement du territoire, ainsi que sur l'établissement de relations de travail entre les différents ordres de gouvernement. Le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires est chargé d'administrer les principaux programmes d'aide sociale, notamment la Prestation ontarienne pour enfants, le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées et le programme Ontario au travail. Ils cofinancent également d'autres services sociaux qui sont planifiés et supervisés par 47 gestionnaires de systèmes de services et fournis par une série d'organisations. En outre, les services sociaux peuvent également être fournis par des organismes sans but lucratif et des organismes de bienfaisance, dont la nature des partenariats éventuels avec les gouvernements municipaux et provinciaux varie.

Éléments constitutifs

Document d'information RISE 30 : Examiner les recouvrements entre les équipes Santé Ontario et les services sociaux plus généraux (dernière mise à jour : 13 mai 2022)

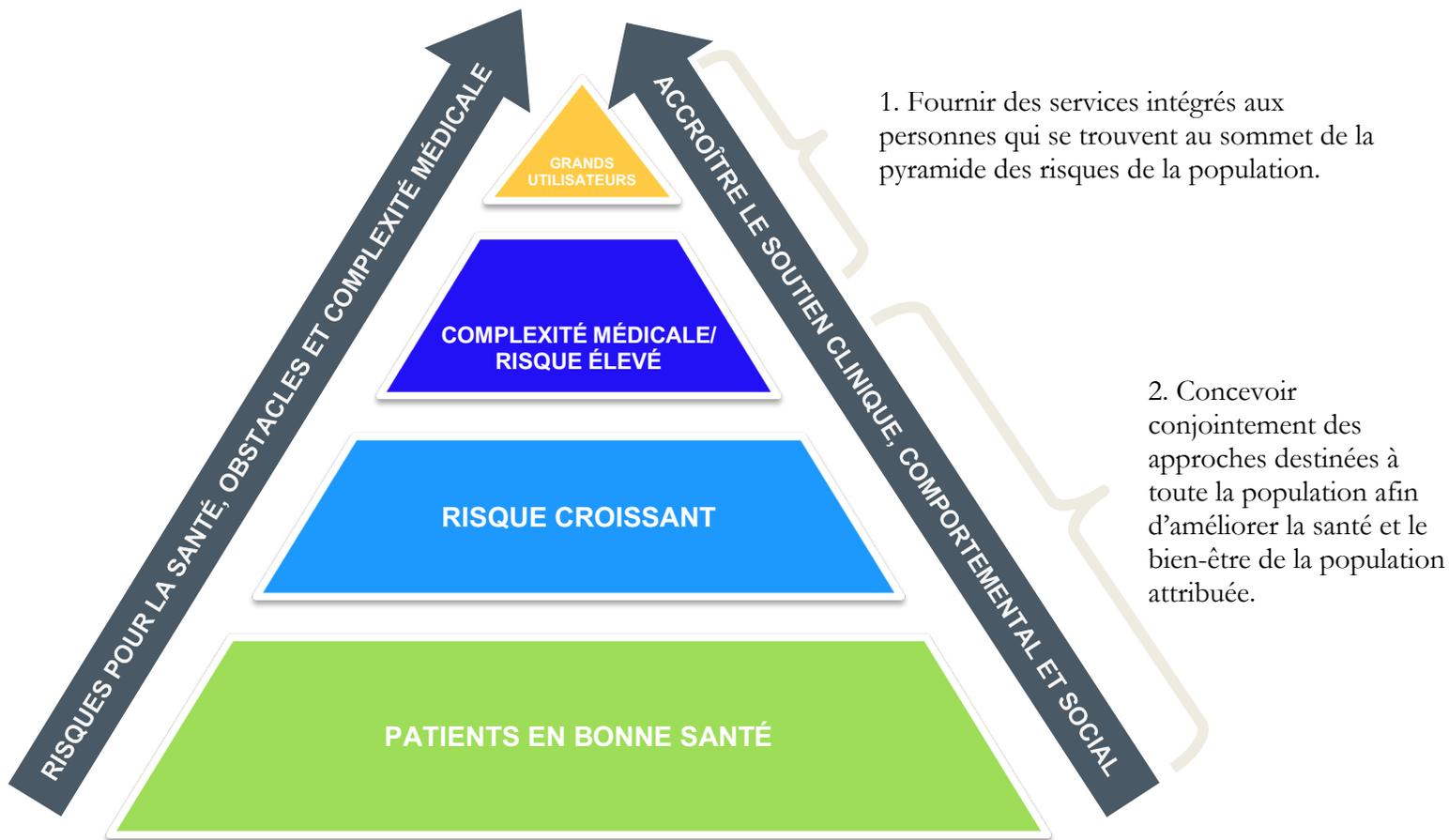
Encadré 1 : Couverture des éléments constitutifs des ESO

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

- 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

En ce qui concerne les ESO, les services sociaux plus généraux ont le potentiel de jouer deux rôles importants – l'un axé sur l'amélioration des soins aux personnes et l'autre sur les interventions à l'échelle de la population (voir la figure 1). Le premier rôle est d'établir un partenariat avec les fournisseurs de services de santé afin de fournir des soins « intégrés » aux personnes qui se trouvent au sommet de la pyramide de gestion de la santé de la population d'une ESO (figure 1). Ce rôle vise à améliorer les soins fournis à une population attribuée qui a déjà accès aux services des fournisseurs de santé et de services sociaux plus généraux. Le second rôle est de travailler avec les ESO afin de développer des interventions à l'échelle de la population qui peuvent, à terme, améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population attribuée. Parmi les exemples de cette approche, citons l'organisation de séances de dépistage préventif et de vaccination dans les centres communautaires locaux, ou le réaménagement de l'infrastructure locale afin d'accroître le potentiel piétonnier et améliorer les habitudes d'activité physique.

Figure 1 : Rôle des services sociaux plus généraux dans une approche de prise en charge de la santé de la population



À l'heure actuelle, les personnes qui cherchent à obtenir un soutien de la part des fournisseurs de services de santé et de services sociaux plus généraux peuvent faire face à des difficultés telles que :

- la séparation historique de la santé et des services sociaux plus généraux, y compris la responsabilité devant différents ordres de gouvernement et des budgets distincts;
- des différences de longue date dans l'accès aux ressources humaines et financières, la santé ayant tendance à bénéficier d'un personnel plus nombreux et de budgets plus importants;
- le manque de cohérence dans la disponibilité des services entre les communautés, en particulier pour les services sociaux plus généraux qui sont régis et planifiés par le secteur à but non lucratif;

- la méconnaissance par les fournisseurs de services de santé de l'existence de fournisseurs de services sociaux plus généraux dans leur communauté, et vice versa;
- la différence de « langage » et de culture entre les fournisseurs du système de santé et les fournisseurs de services sociaux plus généraux; et
- les difficultés à échanger les renseignements concernant les patients et à assurer la continuité des soins en raison des lois sur la protection de la vie privée et du manque d'outils numériques communs (1-4).

De nombreuses ESO ont déjà pris des mesures importantes afin d'établir des partenariats avec des fournisseurs de services sociaux plus généraux, tandis que d'autres travaillent avec leurs collègues régionaux du ministère de la Santé de l'Ontario afin de soutenir les ententes entre les ESO situées dans la même municipalité. Bien qu'il s'agisse de mesures essentielles pour améliorer les soins fournis aux Ontariens, elles entraînent une nouvelle série de défis dans la planification de l'évolution des ESO, notamment :

- l'absence d'attentes définies quant aux services sociaux plus généraux qui devraient être inclus dans le modèle des ESO;
- la variabilité entre les ESO en ce qui concerne les services sociaux plus généraux fournis par leurs partenaires et, par conséquent, la variation de la nature des soins que les populations attribuées peuvent s'attendre à recevoir;
- les différences de pouvoir et de ressources entre les grands fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs de services sociaux plus généraux ancrés dans la communauté, qui peuvent être difficiles à aborder lors de l'établissement de nouveaux partenariats; et
- l'incertitude entourant les futures ententes de financement et les responsabilités des ESO, et si et comment cela influencera la façon dont les services de santé et les services sociaux plus généraux travaillent ensemble.

Principaux résultats issus des panels de citoyens

Nous avons organisé trois panels de citoyens qui se sont rencontrés les 3 et 4 mars 2022 afin de recueillir des points de vue sur ces questions. L'un des groupes était composé de personnes ayant une expérience d'accès simultané aux services de santé et aux services sociaux plus généraux, tandis que les deux autres groupes comprenaient des personnes ayant une expérience directe de soutien aux ESO ou à d'autres organisations de santé dans des rôles consultatifs.

Les participants étaient d'accord avec les défis susmentionnés, mais ils ont souligné d'autres défis ayant des répercussions sur leurs expériences en matière de réception de services de santé et de services sociaux plus généraux, notamment :

- le manque de soutien pour faciliter le passage entre les services de santé et les services sociaux plus généraux, ce qui représente une contrainte importante pour les soignants et les membres de la famille au moment de combler cette lacune;
- la nécessité de répéter ses antécédents médicaux et son expérience des services sociaux plus généraux à de nombreux fournisseurs différents;
- les services conçus en fonction du point de vue du fournisseur (plutôt que du patient); et
- une confusion sur la manière dont la santé et les services sociaux plus généraux devraient s'articuler.

Principales conclusions des participants au jamboree

En plus d'être d'accord avec les éléments susmentionnés, les participants au jamboree ont souligné les défis relatifs aux recoupements entre les ESO et les services sociaux plus généraux, notamment :

- des structures différentes pour la planification des services sociaux dans les municipalités (c'est-à-dire des municipalités à service unique par opposition à des gestionnaires de services municipaux consolidés) et un manque d'harmonisation entre l'orientation géographique des municipalités et l'orientation démographique des ESO, ce qui complique l'élaboration d'une approche commune de la mobilisation et du partenariat;

- la nature limitée dans le temps du financement de la réponse à la pandémie, qui a favorisé l'émergence de modèles innovants entre les ESO et les services sociaux plus généraux (p. ex., les ambassadeurs communautaires pour la sensibilisation), mais qui est maintenant réduit;
- une mise en commun limitée des connaissances relatives aux modèles existants en Ontario qui pourraient être mis à profit pour être adaptés et mis à l'échelle dans toute la province; et
- les inégalités existantes au sein du modèle des ESO et la prise de conscience de la valeur d'un leadership basé sur la culture et l'équité qui tient compte des besoins des communautés.

De plus, les participants ont parlé de la nécessité de « renverser la pyramide de la gestion de la santé des populations » ou d'adopter une « analogie avec la falaise » (c.-à-d. renverser la pyramide sur le côté) pour s'assurer que le travail concernant les recouvrements avec les services sociaux plus généraux est davantage axé sur les populations qui sont à risque et qui peuvent en bénéficier le plus. Cela dit, les participants ont reconnu l'importance des services d'accompagnement pour ceux qui se trouvent au sommet de la pyramide de la gestion de la santé de la population, mais ont noté que ceux qui présentent des risques croissants sont souvent laissés pour compte.

Quelles sont les possibilités existantes pour les ESO de travailler avec des services sociaux plus généraux?

La version initiale de ce document d'information présentait les leçons tirées de cinq modèles différents de la façon dont les initiatives de type ESO ont formé des recouvrements avec des services sociaux plus généraux en Ontario, au Québec, en Angleterre, en Allemagne et aux États-Unis. Cependant, au cours de la réunion, il a été noté qu'il existe d'importantes occasions pour les ESO et les services sociaux plus généraux d'harmoniser leur travail avec la planification existante et les révisions de politiques en cours. Compte tenu de l'importance de ce travail et du fait que de nombreux plans ont déjà été élaborés, mais doivent encore être mis en œuvre, nous avons révisé cette section afin d'attirer l'attention sur les actions immédiates que les ESO et ceux qui travaillent dans les services sociaux plus généraux peuvent prendre afin d'harmoniser leur planification. Les cinq modèles qui figuraient au départ dans le document d'information ont été déplacés vers la [synthèse rapide](#) qui sous-tend ce document d'information RISE et peuvent toujours être utilisés par les équipes afin d'orienter les stratégies futures sur la manière d'interagir avec les services sociaux plus généraux. Le tableau 1 présente les occasions d'harmoniser la planification de l'ESO avec les plans existants de services sociaux plus généraux, ainsi qu'avec un produit livrable de l'ESO. Le tableau 2 met en évidence les révisions de politiques en cours ou récemment achevées qui peuvent être essentielles pour les ESO, compte tenu de leurs incidences sur la gestion de la santé de la population et la planification des services futurs.

Tableau 1. Possibilités d'harmoniser les ESO au travail existant des services sociaux plus généraux

Plan	Organisation responsable	Description	Calendrier de révision (et état d'avancement)
Plans de sécurité et de bien-être des communautés	Municipalités	« Une approche intégrée de la planification de la sécurité communautaire qui va au-delà de la présence policière et fixe des objectifs stratégiques sur la manière dont la municipalité et les systèmes sociaux peuvent servir leurs populations locales »	Produit tous les 10 ans (de nombreuses municipalités travaillent actuellement sur leur plan de mise en œuvre)
Plan pour le logement et les sans-abri	Municipalités (bien qu'elles puissent être coordonnées par des	« Un plan d'action pour tout le spectre du logement »	Produit tous les 10 ans, en fonction de la date

	gestionnaires de services municipaux consolidés)		d’approbation du dernier plan (avec un rapport annuel sur l’état d’avancement).
Plans de services pour les enfants	Municipalités (bien qu’elles puissent être coordonnées par des gestionnaires de services municipaux consolidés)	« Guide pour la planification et la prestation de services d’apprentissage et de garde des jeunes enfants dans les municipalités »	Produit tous les cinq ans en fonction de la date d’approbation du dernier plan.
Plan de gestion de la santé de la population et d’équité	Équipes Santé Ontario	« Plan opérationnel et registre de la manière dont les équipes entendent atteindre les objectifs de prestation et de résultats pour les populations cibles initiales, ainsi que les possibilités qu’elles ont déterminées pour étendre les efforts de refonte des soins afin de servir l’ensemble de la population »	Échéance : juillet 2022 (avec la présentation de rapports en octobre 2022, avril 2023 et octobre 2023).
Modèle de soutien pour orienter les ESO en tout temps	Santé Ontario	« Développer un modèle et des outils associés pour les ESO afin d’orienter les patients à l’intérieur du système en tout temps (qui pourraient comprendre des services sociaux plus généraux) »	En cours

Tableau 2. Révision continue des politiques pour des services sociaux plus généraux

Examen des politiques	Organisation responsable	Description	Calendrier de révision (et état d’avancement)
Modèle de maturité pour l’intégration des services sociaux	Ministère des Services à l’enfance et des Services sociaux et communautaires Ministère des Affaires municipales et du Logement	Effort interministériel interne pour harmoniser les services sociaux	En cours
Stratégie communautaire de rénovation des logements	Ministère des Affaires municipales et du Logement	« Stratégie qui décrit comment le ministère propose de travailler avec les fournisseurs de logements communautaires, les fournisseurs autochtones de logements communautaires et les administrations municipales afin de stabiliser et de développer le secteur du logement communautaire »	Sortie en 2019 (mise en œuvre en cours)
Stratégie de réduction de la pauvreté	Ministère des Services à l’enfance et des Services sociaux et communautaires	« Décrit un plan pangouvernemental qui s’appuie sur la réponse à la COVID-19 pour empêcher les gens de tomber dans la pauvreté et la dépendance à l’aide sociale tout en soutenant la reprise économique »	Sortie en 2020 (mise en œuvre en cours)

Refonte de la protection de l'enfance	Ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires	« Stratégie visant à transformer les services à l'enfance et à la famille pour renforcer les familles en mettant l'accent sur la prévention, l'intervention précoce et la recherche de foyers plus permanents pour les enfants et les jeunes pris en charge lorsqu'ils ne peuvent pas rester chez eux ou dans leur communauté »	Sortie en 2020 (mise en œuvre en cours)
---------------------------------------	--	---	---

Comment cela pourrait-il être utilisé pour soutenir les ESO?

Pour s'harmoniser sur ces processus de planification et ces documents de stratégie, les ESO devront faire preuve d'une grande prudence :

- manque de ressources suffisantes (notamment humaines) pour soutenir le processus d'harmonisation;
- manque de confiance entre les partenaires et les différences de buts et d'objectifs de la collaboration entre les fournisseurs de services de santé et de services sociaux plus généraux;
- déséquilibres de pouvoir entre les partenaires; et
- absence d'échange de renseignements et de données entre les partenaires des services de santé et ceux des services sociaux plus généraux (1-4; 16; 17).

Cependant, nous savons également que certains facteurs peuvent contribuer à établir des recouvrements entre la santé et les services sociaux plus généraux. Ces facteurs comprennent :

- l'établissement de partenariats entre les organisations et les secteurs, en particulier pour ceux qui ont une expérience antérieure de collaboration et ont établi des relations de confiance;
- la clarification du leadership, des rôles et des responsabilités de chaque partenaire;
- l'établissement de valeurs communes, d'une vision des soins et d'une compréhension commune;
- l'élaboration des objectifs de manière coopérative et coordonnée;
- des ressources adéquates dans l'ensemble des services sociaux plus généraux; et
- l'accès à des politiques de soutien qui encouragent l'innovation et la flexibilité.

Principaux résultats issus des panels de citoyens

Les participants aux panels de citoyens ont cerné des obstacles à l'établissement de recouvrements entre les ESO et les services sociaux plus généraux, notamment :

- la charge de travail des fournisseurs de services de santé et de services sociaux plus généraux après une pandémie, ce qui peut signifier qu'ils n'ont pas le temps de participer aux efforts de transformation en cours;
- une disponibilité limitée des fonds compte tenu des dépenses importantes des systèmes de santé pendant la pandémie;
- les pressions politiques en vue de privilégier la rapidité plutôt que de prendre le temps d'établir la confiance et les relations de travail nécessaires; et
- l'incertitude quant à l'avenir des ESO après les prochaines élections provinciales.

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

- assurer l'engagement de tous les partenaires à placer la « personne » au centre de l'action;
- s'appuyer sur les efforts « informels » ou « limités dans le temps » mis en place pendant la pandémie; et
- accroître la portée des initiatives dont l'efficacité est connue, comme l'inclusion de travailleurs sociaux dans les équipes de santé familiale ou de fournisseurs de services de santé mentale dans les écoles.

Principales conclusions du jamboree

Les participants au jamboree ont reconnu l'existence des obstacles à la mise en œuvre susmentionnés et ont déterminé deux autres préoccupations supplémentaires suivantes :

- l'incongruité entre le financement et les attentes du programme, le financement étant souvent orienté vers la résolution d'un problème relativement précis (p. ex., les parcours de soins virtuels), alors que les attentes du programme restent axées sur la gestion de la santé de la population; et
- l'incertitude quant à la manière d'utiliser de façon importante les données fournies aux ESO afin de guider les recoupements avec les services sociaux plus généraux.

Les participants au jamboree ont déterminé les prochaines étapes suivantes :

- tirer parti des processus de planification et des examens des politiques existants afin, dans la mesure du possible, d'harmoniser les stratégies de l'ESO aux travaux existants dans le cadre des services sociaux plus généraux;
- mettre en évidence des exemples de relations de travail solides entre les services de santé et les services sociaux plus généraux – centres communautaires, centres de santé communautaires et l'échange de données de planification et autres (p. ex., plans d'aménagement des bâtiments, cartographie du SIG des services municipaux) – qui peuvent être exploités; et
- remédier à l'absence d'évaluation systématique et d'apprentissage de ces approches (p. ex., grâce aux bénéficiaires de l'ESO chargés des répercussions et à l'élaboration du document d'orientation sur les déterminants sociaux de Santé Ontario).

Bibliographie

1. Cameron A, Lart R, Bostock L, Coomber C. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health Social Care Community* 2014; 22(3): 225-33.
2. Smith T, Fowler-Davis S, Nancarrow S, Ariss SMB, Enderby P. Leadership in interprofessional health and social care teams: a literature review. *Leadership in Health Services* 2018;31(4): 452-467.
3. Newman M, Bangpan M, Kalra N, Mays N, Kwan I, Roberts T. Commissioning in health, education and social care: Models, research bibliography and in-depth review of joint commissioning between health and social care agencies. London: EPPI-Centre; 2012.
4. Mason A, Goddard M, Weatherly H, Chalkley M. Integrating funds for health and social care: an evidence review. *Journal of Health Services Research & Policy* 2015; 20(3): 177-88.
5. NHS England. Building strong integrated care systems everywhere: ICS implementation guidance on partnerships with the voluntary, community and social enterprise sector. London: NHS England; 2021.
6. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, McKinnon M, Paguntalan H, Owens DK. Care Coordination. Vol 7 of: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK, editors. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
7. Ali-Faisal SF, Colella TJ, Medina-Jaudes N, Benz SL. The effectiveness of patient navigation to improve healthcare utilization outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling* 2016; 100(3): 436-448
8. RTI International. Accountable Health Communities (AHC) model evaluation. Research Triangle Park: RTI International; 2020.
9. Rutten-van Mölken M, Leijten F, Hoedemakers M, et al. Strengthening the evidence-base of integrated care for people with multi-morbidity in Europe using Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA). *BMC Health Services Research* 2018; 18(1): 576.
10. Groene O, Hildebrandt H. Germany: Evolution and scaling up of the population-based integrated health care system "healthy kinzigtal" Amelung E. et al., editors. Handbook Integrated Care 2014: Springer Publishing.
11. Baird J, Mead E, Stark, C. Implementing Health and Social Care Integration in Rural Scotland. *International Journal of Integrated Care* 2014; 14(01 October)
12. Mead E. Scotland. Amelung E. et al., editors. Handbook Integrated Care 2014: Springer Publishing.

13. David L. The Reform of Health and Social Services in Quebec. *Healthcare Papers* 2007; 8(Sp): 46-54.
14. Bourque M, Quesnel-Vallée A. 2014. Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec : la réforme Couillard de 2003. *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé* 2 (2): Article 1.
15. Jiwani I, Fleury M-J. Divergent modes of integration: the Canadian way. *International Journal of Integrated Care*. 2011; 11(5)
16. Carswell P. Te Whiringa Ora: Person-centered and integrated care in the Eastern Bay of Plenty. *International Journal of Integrated Care* 2015; Apr-Jun(15): e014
17. Amon E. An Integrated Care model for long term conditions. *Healthcare New Zealand Community Health*; 2017. (https://www.edad-vida.org/wp-content/uploads/2019/06/Erica_Amon_modulo2.pdf) (accessed 18 October 2021)
18. Alderwick H, Hutchings A, Briggs A, Mays N. The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC Public Health* 2021; 21(1): 753.
19. Winters S, Magalhaes L, Anne KE, Kothari A. Cross-sector service provision in health and social care: An umbrella review. *International Journal of Integrated Care*. 2016; 16(1):10.

Waddell K, Bhuiya A, Lavis JN. Document d'information RISE 30 : Examiner les recouvrements entre les équipes Santé Ontario et les services sociaux plus généraux. Hamilton: McMaster Health Forum; 2022.

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

ISSN : 2562-7759 (en ligne)