

Aperçu

Les Équipes Santé Ontario (ÉSO) devront apprendre et s'améliorer rapidement pour atteindre les objectifs particuliers liés à l'expérience en matière de soins et aux résultats de santé de leurs populations prioritaires au cours de l'année 1 (élément constitutif n° 4). Elles pourront tabler sur ces expériences pour élargir constamment leurs populations prioritaires (élément constitutif n° 1) et les services pris en charge (élément constitutif n° 2) au cours des années suivantes afin d'arriver à optimiser les expériences en matière de soins et les résultats de santé pour les populations dont elles s'occupent, et ce, à un coût raisonnable par habitant et en offrant une expérience positive pour les professionnels de santé (c.-à-d. atteindre le quadruple objectif).

La transition entre une réponse passive aux patients qui consultent les partenaires d'une ÉSO, comme c'est le cas actuellement, et une approche visant à répondre de façon proactive aux besoins de la population élargie dont l'ÉSO aura la responsabilité représente un élément fondamental de l'apprentissage et de l'amélioration. Les ÉSO peuvent y arriver de deux façons :

- 1) intégrer les aspects de la santé de la population à la prestation de services de santé ou d'autres services sociaux en adoptant une approche axée sur la personne, ce que nous appelons la « prise en charge de la santé de la population » et dont traite ce document d'information de RISE;
- 2) utiliser les approches populationnelles pour tenir compte des déterminants sociaux élargis de la santé (p. ex. recommander ou apporter des changements aux politiques provinciales et municipales pour faciliter l'achat d'aliments sains dans les épiceries locales, l'activité physique dans les parcs et l'obtention d'un emploi satisfaisant avec un revenu suffisant), lesquelles feront l'objet d'un autre document d'information de RISE.

Le premier point porte sur la prestation de services appropriés aux personnes qui en ont besoin (ou, comme on le verra plus loin, aux segments de la population qui ont des besoins communs), tandis que le deuxième met l'accent sur les changements à apporter sur le plan des habitudes de vie, du travail et des loisirs.

De nombreux partenaires des ÉSO orientent leur action sur une réponse passive aux patients qui se présentent à leur établissement pour obtenir des soins (voir la plus petite des trois « courbes » dans la partie supérieure de la figure 1). La prise en charge de la santé de la population nécessite l'adoption d'une approche proactive pour répondre aux besoins de toute la population dont ils ont la responsabilité (voir la courbe du milieu) et l'ajout des éléments suivants à leur boîte à outils :

- 1) les services « prodigués aux patients à portée », qui sont des services offerts de façon proactive sur la base de données probantes dans le but de faire la promotion de la santé, de prévenir les maladies ou d'aider les gens à mieux vivre avec leur maladie chaque fois qu'ils ont recours au système de santé (dans des limites raisonnables);
- 2) les services « d'approche », qui visent à communiquer de façon proactive avec ceux qui ne cherchent pas à obtenir des soins actuellement (ou qui n'ont pas eu recours au système de santé depuis un certain temps), qui comprennent des services reposant sur des données probantes (comme ceux mentionnés au premier point) et qui sont offerts de façon proactive et coordonnée en limitant les obstacles en matière d'accès.

Encadré 1 : Couverture des éléments constitutifs des ÉSO et pertinence pour les sections du formulaire de demande complet pour les ÉSO

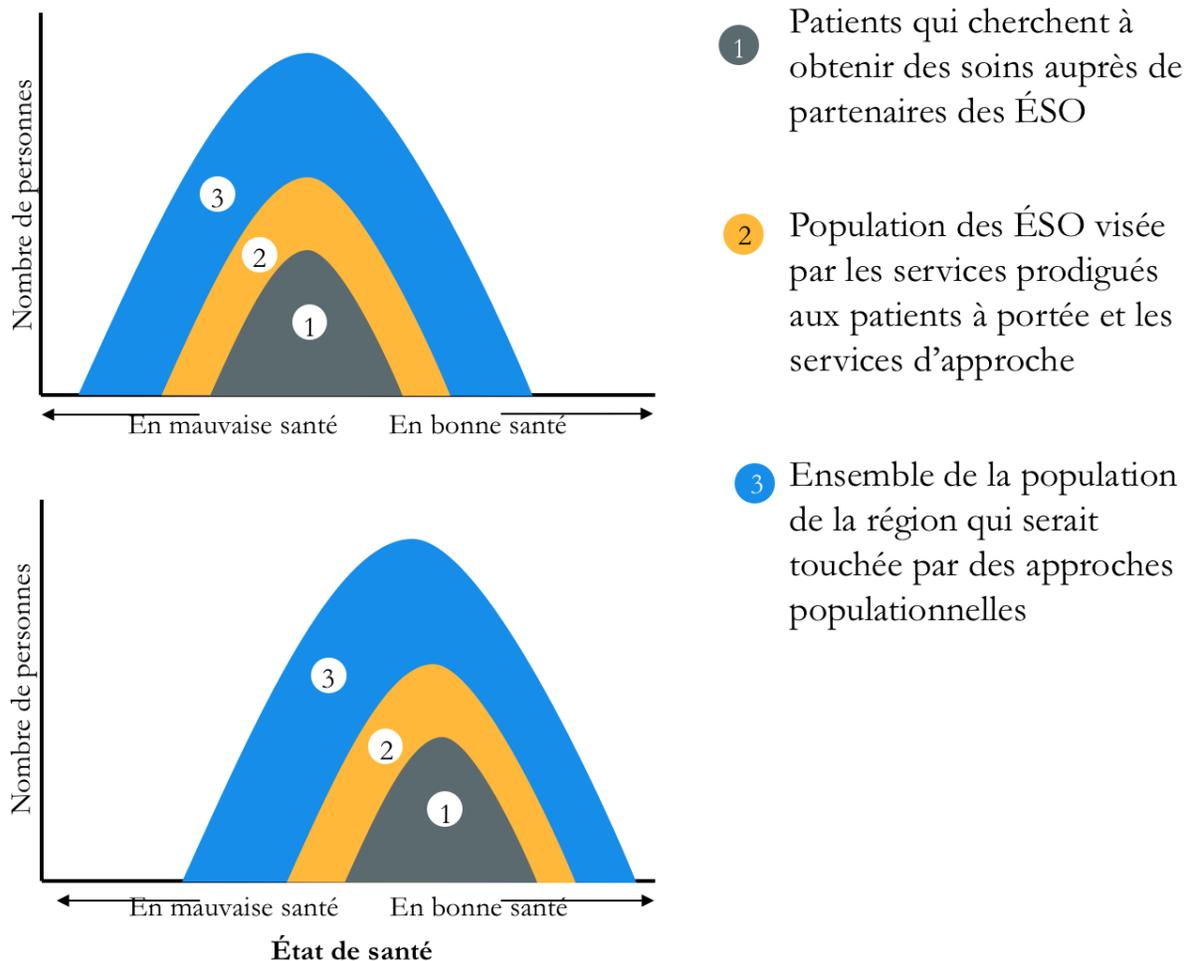
Le présent document d'information de RISE porte principalement sur l'**élément constitutif n° 4**, mais aussi sur les **éléments constitutifs n°s 1 et 2** :

- 1) **population de patients déterminée** (objectif secondaire)
- 2) **services pris en charge** (objectif secondaire)
- 3) collaboration avec les patients et mobilisation communautaire
- 4) **soins aux patients et expérience** (objectif principal)
- 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

Il concerne la **section 3** (Comment transformerez-vous les soins?) et l'**annexe A** (Soins à domicile et communautaires) du [formulaire de demande complet des ÉSO](#).

Les principales différences pour bon nombre de partenaires des ÉSO seront : 1) la prestation proactive et opportune de services fondés sur des données probantes aux patients qui se présentent actuellement à leur établissement pour obtenir des soins (services prodigués aux patients à portée); 2) la communication avec les personnes qui ne demandent pas de soins et le soutien qui leur est offert (services d'approche); et 3) l'adoption d'une approche axée sur les personnes, qui aide les gens, par l'entremise d'une gamme exhaustive de services adaptés (p. ex. soins aux malades chroniques, soins de santé mentale et soins palliatifs), à se fixer des objectifs de santé qui leur conviennent et à les atteindre (sans nécessairement viser à traiter chaque maladie ou facteur de risque selon les normes élevées d'un clinicien). Par ailleurs, tous les partenaires des ÉSO devront coordonner les soins offerts dans un même établissement ou entre les établissements. L'objectif consiste à déplacer la courbe de l'ensemble de la population vers la droite (en bonne santé) tout en respectant l'autonomie de chaque personne (comparez la partie inférieure de la figure 1, qui compte plus de personnes en bonne santé, et la partie supérieure).

Figure 1 : « Courbe » que les ÉSO tentent de déplacer vers la droite (adapté de [1])



Ce document d'information de RISE décrit les activités de gestion de la santé de la population que les ÉSO peuvent entreprendre au début pour intégrer les aspects de la santé de la population à la prestation de services de santé ou d'autres services sociaux selon une approche axée sur la personne : 1) diviser la population en groupes (ou segments de population) ayant des besoins communs; 2) mettre en place des services prodigués aux patients à portée et des services d'approche adaptés à chaque groupe (ou chaque segment de population); et 3) stratifier ces services pour qu'ils soient accessibles et adaptés aux différents sous-groupes. Il s'agit d'une première série d'activités qui pourra être bonifiée ou améliorée lorsque les ÉSO auront pleinement adhéré à la prise en charge de la santé de la population.

Segmentation de la population en groupes ayant des besoins communs

La segmentation d'une population en groupes ayant des besoins communs comporte divers volets :

- 1) le choix d'un point de départ pour l'établissement d'un groupe (p. ex. adultes atteints de problèmes de santé mentale et ayant des problèmes liés à l'usage d'une substance, personnes âgées fragiles, adultes atteints de plusieurs maladies chroniques, personnes ayant des habitudes de vie risquées, personnes qui font partie des 5 % d'usagers qui utilisent le plus les soins de santé);
- 2) la détermination des facteurs qui permettent d'identifier plus facilement leurs besoins en matière de santé et tout obstacle qui ne permet pas de les satisfaire, par exemple :
 - a) la gravité de la maladie ou des facteurs de risque (p. ex. les personnes susceptibles d'être atteintes de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, celles qui présentent des problèmes légers ou modérés de santé mentale et de toxicomanie, celles qui présentent des problèmes graves et persistants de santé mentale et de toxicomanie, et celles qui ont un ou plusieurs problèmes concomitants);
 - b) l'utilisation (ou la non-utilisation) de services de santé (p. ex. services de coordination de soins ou de soins à domicile, non-inscription auprès d'un professionnel de soins primaires, visites fréquentes aux urgences, hospitalisations antérieures pour des problèmes propices à des soins ambulatoires, admission dans un centre de soins de longue durée ou inscription sur une liste d'attente), ou de services sociaux à plus grande échelle (p. ex. bénéficiaire d'aide sociale ou résident d'un logement avec services de soutien);
 - c) les facteurs sociodémographiques (p. ex. âge, sexe, situation matrimoniale, études, revenu, déménagement au cours de la dernière année, minorité visible, utilisation d'une langue autre que l'anglais à la maison et statut de citoyenneté ou d'immigration);
 - d) les caractéristiques des quartiers de chaque groupe (mêmes facteurs qu'au point 2c, mais à l'échelle du quartier);
- 3) l'analyse des données existantes afin de déceler les groupes pour lesquels les mesures du quadruple objectif sont particulièrement mauvaises et de choisir les facteurs qui permettraient une segmentation en groupes ayant des besoins communs, par exemple les lacunes dans les soins ou la coordination des soins et les obstacles qui ne permettent pas de satisfaire ces besoins;
- 4) l'établissement d'un ordre de priorité en mettant l'accent sur les segments de population dans lesquels l'incidence sur le quadruple objectif sera probablement la plus grande.

Dans le document d'information 8 de RISE à propos de l'analyse des données, nous indiquons les multiples sources de données qui peuvent être utilisées pour faciliter la segmentation de la population.

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, les équipes qui s'appêtent à devenir des ÉSO devront d'abord sélectionner et segmenter leurs populations prioritaires de l'année 1 et établir un ordre de priorité en mettant l'accent sur les segments de population dans lesquels les résultats peuvent être les plus importants, idéalement d'une façon qui peut être facilement documentée, puis étendre ces efforts à d'autres populations (et segments de population) dans l'avenir. Avec le temps, une ÉSO pourra se concentrer sur la segmentation d'une ou de plusieurs des populations suivantes :

- 1) les populations à risque élevé (p. ex. les patients qui présentent un risque élevé d'hospitalisation imprévue) pour faciliter ce qui est parfois qualifié d'intégration à petite échelle (et qui peut même être personnalisée);
- 2) les sous-populations (p. ex. les patients de plus de 75 ans atteints ou non d'une maladie chronique, comme le diabète) dans le but de faciliter une intégration à échelle moyenne pour chaque segment;
- 3) l'ensemble de la population (p. ex. la London Health Commission a divisé toute la population de London en 15 segments selon l'âge et diverses conditions sanitaires et sociales) dans le but de faciliter une intégration à grande échelle pour chaque segment(2).

Mise en place de services prodigués aux patients à portée et de services d'approche adaptés à chaque groupe

Une fois que les segments de population auront été classés selon un ordre de priorité, les ÉSO pourront mobiliser les patients, les familles et les aidants, et utiliser les meilleures données probantes issues de la recherche pour concevoir conjointement :

- 1) les services prodigués aux patients à portée, c'est-à-dire décider quels types de services seront offerts (pour faire la promotion de la santé, prévenir les maladies ou aider les gens à mieux vivre avec leur maladie) et comment ces services seront offerts de façon proactive, opportune et coordonnée aux patients qui consultent l'un des partenaires;
- 2) les services d'approche, c'est-à-dire décider aussi quels types de services seront offerts de façon proactive, comment et quand il faudra communiquer avec ceux qui ne cherchent pas actuellement à obtenir des soins, comment et quand les services seront offerts de façon proactive, et comment éliminer les obstacles qui limitent l'accès à ces services.

Il faut veiller à ce que ces services soient mis au point en tenant bien compte des obstacles qui pourraient nuire à la satisfaction des besoins de chaque groupe. Dans le document d'information 9 de RISE sur les sources de données, nous présentons les multiples sources de données qui peuvent être utilisées pour faciliter la mise au point des services prodigués aux patients à portée et des services d'approche.

Les équipes qui s'apprêtent à devenir des ÉSO devront d'abord se concentrer sur les services prodigués aux patients à portée offerts par leurs partenaires actuels, tout en cherchant des occasions d'ajouter au fil du temps des partenaires offrant des services complémentaires qui sont aussi nécessaires pour certains segments de population. Elles devront également mettre au point des mécanismes de suivi des patients et de leurs besoins pour faciliter la prestation des services prodigués aux patients à portée et des services d'approche.

Stratification des services offerts

Une fois que les segments de population auront été classés selon un ordre de priorité et que les services prodigués aux patients à portée et les services d'approche auront été mis au point conjointement, les ÉSO pourront déterminer quels partenaires offriront ces services et de quelle manière (ce que nous appelons la stratification des services offerts). Cette activité comporte une évaluation de la capacité des partenaires des ÉSO à effectuer ce qui suit :

- 1) offrir certains types de services;
- 2) travailler avec des groupes qui ont la même maladie (p. ex. un problème de santé mentale grave et persistant), le même profil d'utilisation des services (p. ex. bénéficiaires d'aide sociale) ou le même profil sociodémographique (p. ex. nouveaux immigrants qui parlent français à la maison);
- 3) travailler dans des quartiers en particulier.

Cette activité pourrait mettre en lumière des lacunes à corriger dans la prestation des services et des obstacles à éliminer pour favoriser l'accès aux services. Elle pourrait aussi comprendre des discussions sur les partenaires les mieux placés pour rejoindre un groupe en particulier dans un quartier donné, sur les services les plus efficaces et équitables, et sur la façon dont les partenaires doivent coordonner leur action pour qu'ils offrent les services selon une approche axée sur la personne. Corriger les lacunes, éliminer les obstacles et discuter des rôles des différents partenaires sont des étapes qui seront probablement nécessaires pour atteindre le quadruple objectif, soit l'amélioration des expériences de soins et des résultats de santé à des coûts raisonnables par habitant et comportant des expériences positives pour les professionnels.

Les équipes qui s'apprêtent à devenir des ÉSO devront idéalement adopter une approche axée sur l'amélioration et l'apprentissage rapides. En plus de ce qui précède, qui correspond aux étapes 1 à 3 ci-dessous, cette approche comprendra les étapes 4 à 6, qui visent à favoriser l'apprentissage et l'amélioration :

- 1) définition du problème (ou de l'objectif) par l'entremise d'un examen interne et externe (dans ce cas, cela signifie de diviser la population en groupes ayant des besoins communs et comprendre les obstacles qui empêchent de satisfaire ces besoins);
- 2) conception d'une solution fondée sur les données et les données probantes (dans ce cas, cela signifie concevoir des services prodigués aux patients à portée et des services d'approche adaptés à chaque groupe);
- 3) exécution du plan (dans ce cas le plan de gestion de la santé de la population) possiblement dans le cadre de projets pilotes avec groupes contrôles (qui comprend la stratification des services, mais aussi bien d'autres choses);
- 4) évaluation visant à déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas;
- 5) modification, et amélioration continue en fonction des leçons tirées de l'évaluation (et d'autres évaluations des ÉSO);
- 6) diffusion des résultats afin d'améliorer la couverture des approches efficaces de gestion de la santé de la population au sein du système de santé local.

Nous reviendrons sur les étapes 1 à 3 dans le document d'information 8 de RISE sur l'analyse des données et dans le document d'information 9 de RISE sur les sources de données. Les points essentiels des documents d'information 6 (celui-ci), 8 et 9 de RISE sont présentés dans le [résumé des documents d'information de RISE](#).

Références

- 1) Washington AE, Coye MJ, Boulware LE. Academic health systems' third curve: Population-health improvement. *JAMA* 2016; 315(5): 459-460.
- 2) Vuik SI, Mayer EK, Darzi A. Patient segmentation analysis offers significant benefits for integrated care and support. *Health Affairs* 2016; 35(5): 769-774.

Waddell K, Reid R, Lavis JN. Document d'information RISE 6 : Prise en charge de la santé de la population. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 2019.

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 est soutenu grâce à 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 inféré.

ISSN : 2562-7759 (en ligne)



>> Contact us
 1280 Main St. West, MML-417
 Hamilton, ON, Canada L8S 4L6
 +1.905.525.9140 x 22121
rise@mcmaster.ca

>> Find and follow us
OHTrise.org
 forumHSS