

AUTEURS

G. Ross Baker

Walter P. Wodchis

Jay Shaw

Carolyn Steele Gray

Kerry Kuluski

1

.....
GUIDE DE PRATIQUE

Comment les organisations
ASSURENT-ELLES
DES SOINS
INTÉGRÉS ?

MENTIONS

Auteurs

G. Ross Baker
Walter P. Wodchis
Jay Shaw
Carolyn Steele Gray
Kerry Kuluski

Mise en page

Bonnie Scott

Remerciements

Le Health System Performance Research Network (Réseau de recherche sur la performance du système de santé ; HSPRN) est un réseau pluri-universitaire et multi-institutionnel de chercheurs qui collaborent étroitement avec les professionnels de la santé et les décideurs du système de santé afin de mieux gérer le système de santé. Le HSPRN a reçu une subvention du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) pour ces guides pratiques (Subvention n° 06034).

Les guides sont basés sur une subvention d'équipes de cinq ans dans les Soins de santé communautaires de première ligne intitulée le programme de implementing integrated Care for Older Adults With Complex Health Needs (Mise en œuvre des soins intégrés pour les personnes âgées ayant des besoins complexes en matière de santé ; iCOACH). Ce dernier a été financé par des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (Numéro de référence du financement : TTF-128263) et par le Health Research Council of New Zealand (Conseil de recherche en santé de la Nouvelle-Zélande; Numéro de référence : 12/850). Ce fut un grand effort collectif pour pouvoir achever le projet iCOACH. L'équipe remercie les membres de l'équipe de iCOACH, comptant plus de 30 membres, et surtout

Ashlinder Gill et Allie Peckham pour leurs travaux majeurs consacrés à l'analyse des données des patients et des aidants naturels et à la création des six attributs avec Kerry Kuluski.

Les opinions exprimées dans ce texte sont celles des auteurs sans aucune approbation des organismes de financement. Nous remercions l'équipe de mise en œuvre des équipes Santé Ontario du MSSLD pour leur appui et leurs suggestions sur les versions préliminaires ainsi que D^{re} Mira Backo-Shannon, Julie Drury, Erik Landriault, Anne McKye et Pat Shaw pour les examens externes qu'ils ont effectués. Nous souhaitons surtout reconnaître le travail de D^{re} Bonnie Scott, avec l'assistance de Joyce M Li, pour la conception et la mise en page du document d'orientation.

Intérêts concurrents : Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun intérêt concurrent. La permission de reproduire ce document à des fins non commerciales est accordée à condition que la source soit mentionnée. © Health System Performance Research Network.

Citer comme suit : Baker GR, Wodchis WP, Shaw J, Steele Gray C, Kuluski K. Comment les organisations assurent-elles des soins intégrés? Série de guides de pratiques. Toronto: Health System Performance Research Network; 2019.

Vous pouvez consulter ce rapport en ligne au site web du Health System Performance Research Network : <http://hsprn.ca>

Communiquez avec nous par courriel à info@hsprn.ca pour toute question générale, commentaire ou correction.



AVANT-PROPOS

Quatre guides pratiques pour les équipes Santé Ontario

Les quatre guides pratiques ci-dessous ont été préparés pour les équipes Santé Ontario (ESO). Ces guides peuvent être utiles à tous les groupes de fournisseurs et d'organisations qui cherchent à mettre sur pied un système de santé interconnecté centré sur les patients, les familles et les aidants. Chacun des quatre guides porte sur un aspect différent d'une approche plus connectée et intégrée des soins; il met l'accent sur une dimension légèrement différente et vise un public cible différent. Chaque guide peut être lu indépendamment des autres, mais il faudra prêter attention à toutes les dimensions présentées pour réussir à mettre en place les ESO.

Celui-ci est le premier guide qui porte sur les aspects essentiels de la mise en œuvre. Il décrit les principales activités qui sont nécessaires à l'échelle organisationnelle et interorganisationnelle et les activités qui doivent être entreprises par les cadres supérieurs de toutes les organisations, pour permettre aux gestionnaires et aux fournisseurs de se réorganiser pour offrir des soins centrés sur les patients, les familles et les aidants. La mise en place des ESO réussira seulement si les organisations pensent différemment aux soins et établissent des paramètres, afin que les fournisseurs et les gestionnaires réorganisent les soins pour voir au-delà des lignes organisationnelles et tenir compte du parcours du patient dans son ensemble. Ce guide est surtout destiné aux dirigeants organisationnels.

Le deuxième guide porte sur la signification des soins centrés sur les patients, les familles et les aidants, et il souligne six caractéristiques essentielles de ce type de soins. Deux vignettes de cas sont présentées pour décrire les caractéristiques d'un système de soins qui est bien organisé autour des besoins d'un patient et d'un système de soins qui est fragmenté. La mise en place d'un système bien coordonné est un thème qui revient dans tous les guides et qui est mentionné expressément dans trois d'entre eux. Ce guide joue un rôle central dans la mission globale des ESO, et il présente des renseignements utiles pour tous les dirigeants, fournisseurs et patients, ainsi que la population.

Le troisième guide porte sur les activités que les fournisseurs et les gestionnaires de soins doivent entreprendre en vue d'offrir des soins centrés sur les patients, les familles et les aidants. Les activités sont organisées en fonction des six caractéristiques, et des vignettes de cas sont fournies pour démontrer ce que les fournisseurs et les gestionnaires doivent faire pour permettre la mise en place d'un système bien organisé qui est à l'opposé d'un système fragmenté. Le deuxième guide est principalement destiné aux fournisseurs et aux gestionnaires de soins, mais il est utile aux cadres supérieurs pour créer un contexte qui permettra aux fournisseurs et aux gestionnaires de se concentrer sur ces nouvelles activités et de fournir le temps et l'espace nécessaires pour apporter des changements.

Le quatrième guide porte sur la gouvernance. Il énonce les changements internes et externes qui doivent se produire pour créer des systèmes de soins connectés et durables. Il est destiné aux dirigeants organisationnels et aux administrateurs.

Bien que la mise en œuvre de soins intégrés comporte plusieurs aspects importants, cet ensemble de départ offre une base de compréhension des nouvelles façons de travailler et de changements fondamentaux dans la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux. Plusieurs autres sujets sont importants, y compris la gestion axée sur la population, la conception conjointe, les ressources humaines et la transformation de la main-d'œuvre, entre autres. Le conseil le plus important est de prioriser ce qui est important pour les patients et les aidants; de réunir les gens avec qui vous devez travailler pour convenir d'une vision et de principes communs qui encadreront votre travail de planification et de mise en œuvre; et de bâtir et de cultiver des relations de confiance avec tous les membres de votre équipe. Ces éléments essentiels, alliés avec des mesures courageuses, favoriseront votre succès.



1 RÉSUMÉ DU GUIDE PRATIQUE

Comment les organisations assurent-elles des soins intégrés?

Dans ce guide pratique, nous passons en revue les leçons tirées des initiatives de soins intégrés au Canada et à l'international, et nous offrons des conseils aux dirigeants et aux conseils d'administration sur les stratégies de gestion du changement.

Quelles sont les étapes à suivre ?

L'examen des projets menés ailleurs a permis d'établir quatre étapes dans la mise en place de soins intégrés:

- 1/ la phase du lancement et de la conception;
- 2/ la phase de la mise à l'essai et de l'exécution;
- 3/ la phase de l'expansion et de la surveillance;
- 4/ la phase de la consolidation et de la transformation.

La réussite de ces quatre étapes repose sur un certain nombre de facteurs décisifs, y compris l'adoption d'une vision commune probante d'amélioration des soins pour des populations spécifiques; une relation de confiance et de collaboration unissant les principaux intervenants; un engagement clinique ferme; une coordination efficace des soins, ainsi que des protocoles et des mesures de suivi bien définis; la participation des patients dans la conception des soins; et la mise en place d'une équipe dotée des compétences et de l'expertise requises. Les dirigeants doivent adopter à long terme une vision et des principes communs.

- > Ils doivent reconnaître que les changements requis pour assurer des soins intégrés ne sont pas seulement techniques (p. ex. de nouveaux systèmes d'information ou de nouveaux protocoles de soins), mais également adaptatifs (nouvelles relations, nouveaux rôles et nouvelles affectations d'équipe, responsabilité partagée des soins et de la coordination). Cette adaptation demande non seulement une formation, mais aussi un encadrement et du soutien.
- > Ces efforts de changement doivent être encadrés par la direction, mais dirigés par les membres de l'équipe de première ligne, qui comprennent les défis concrets que posent la prestation et la coordination des soins, et dont l'expérience permettra d'élaborer de nouveaux processus de travail, des stratégies efficaces d'information et de coordination, et la consolidation de nouvelles équipes au sein des organismes.

Les principaux messages véhiculés dans ce guide sont les suivants:

- 1 La documentation existante sur les soins intégrés présente divers modèles qui ont donné de bons résultats et un certain nombre de facteurs de réussite essentiels qui s'appliquent à la plupart de ces modèles.
- 2 Parmi les points critiques des premières étapes de la mise en place des soins intégrés, notons le repérage des groupes de patients cibles qui profiteront des soins intégrés, l'établissement de relations de confiance et d'ententes entre les partenaires du système de prestation des services, et le recrutement de membres de l'équipe interdisciplinaire qui ont les compétences et le soutien nécessaires pour mettre à l'épreuve et peaufiner de nouveaux modèles de soins.
- 3 L'élaboration de nouvelles stratégies d'information visant à échanger des données cliniques, à collaborer à la rédaction des plans de soins et à coordonner les activités permet d'améliorer le travail d'équipe, ainsi que les résultats et les expériences des patients.

INTRODUCTION

L'importance de ces pratiques

La conception et la mise en œuvre de soins intégrés nécessitent la collaboration de tous les partenaires du système de prestation de soins, y compris les cliniciens de première ligne, et les responsables de programmes et d'organismes. Les leçons tirées d'expériences à l'étranger mettent en lumière les principales activités de mise en œuvre, les jalons de l'élaboration et les facteurs de réussite essentiels qui sont nécessaires à des soins intégrés efficaces. Les approches de mise en œuvre utilisant des styles de direction axés sur l'adaptation qui encouragent la participation à la conception et à l'amélioration des services favorisent des conceptions plus efficaces et une plus grande viabilité. La présente section trace un portrait des soins intégrés et des stratégies de mise en œuvre qui préparent le terrain pour les conseils plus précis des sections suivantes.

Leçons tirées d'expériences à l'étranger en matière de soins intégrés

L'intégration des soins est une question complexe qui nécessite de multiples interventions de soins, la formation de nouvelles équipes, des communications accrues entre les fournisseurs et une plus grande coordination des soins. Différentes approches des soins intégrés ont été mises de l'avant dans différents pays, comme les organismes de soins responsables aux États-Unis et les systèmes de soins intégrés en Angleterre et en Europe. Des initiatives entreprises au Canada ont aussi connu du succès. Plusieurs leviers politiques ont été utilisés pour modeler ces efforts en matière de soins intégrés par différentes administrations. Le dénominateur commun de toutes ces

initiatives de soins intégrés est l'accent mis sur l'amélioration des résultats pour des populations précises définies en fonction de leur état de santé (p. ex. personnes âgées frêles), de groupes de maladie (p. ex. maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque congestive, morbidités multiples) ou de services précis (p. ex. patients opérés à la hanche ou au genou)[Nolte et McKee, 2008b; Nolte, 2017]). Pour commencer l'intégration des soins, nous vous conseillons de bien comprendre les principales activités de mise en œuvre requises et les caractéristiques des initiatives qui ont réussi. Malgré les différences entre les modèles, les parcours d'élaboration des initiatives de soins intégrés comptent certaines caractéristiques communes et certaines similarités.

Le lien avec les équipes Santé Ontario

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a mis de l'avant un modèle de maturité pour les équipes Santé Ontario (ESO), qui définit les attentes à l'égard des ESO depuis leur création jusqu'à leur maturité. Les documents inclus ici fournissent une orientation plus détaillée et fondée sur des données probantes pour les questions essentielles liées aux soins intégrés.

IDÉES CLÉS

Principales activités de mise en œuvre

À la suite d'une recherche documentaire et d'un examen par des experts, Minkman et ses collègues (2016) ont déterminé que neuf groupes d'activités contribuent à la mise en place de services intégrés. Ils ont désigné ces groupes d'activités de la façon suivante : engagement, rôles et tâches, travail d'équipe interprofessionnel, système de prestation, approche axée sur le client, soins de qualité, gestion du rendement, apprentissage axé sur les résultats et entrepreneuriat transparent (voir la figure 1). Minkman fait valoir que les initiatives de soins intégrés suivent une trajectoire d'élaboration qui comprend une phase de lancement et de conception, suivie d'une phase d'expérimentation et d'exécution, d'une phase d'expansion et de surveillance et d'une phase de consolidation et de transformation. Ces étapes ont été validées dans d'autres études. Les principales activités de mise en œuvre sont énumérées dans le tableau 1.



Le développement des soins intégrés peut être réparti en quatre phases...

- 1/ Phase du lancement et de la conception**
- 2/ Phase d'expérimentation et d'exécution**
- 3/ Phase d'expansion et de surveillance**
- 4/ Phase de consolidation et de transformation**

Tableau 1/ Principales activités de mise en œuvre du modèle d'élaboration de services intégrés

(Adapté de Minkman, 2016)

Phase 1/ Phase du lancement et de la conception

- > Les partenaires du système de prestation identifient un groupe de patients cibles et les services et les soins pertinents pour ce groupe.
- > Une équipe multidisciplinaire conçoit un nouveau modèle de soins pour le groupe de patients cibles.
- > Les partenaires du système de prestation signent des ententes de collaboration.

Phase 2/ Phase d'expérimentation et d'exécution

- > De nouvelles initiatives et de nouveaux projets sont conçus et mis à l'essai pour améliorer les soins offerts à la population cible.
- > Des protocoles de soins et des cheminements cliniques sont élaborés en fonction de l'expérience initiale.
- > Des coordonnateurs de soins sont intégrés à l'équipe pour aider les patients et les aidants à naviguer dans le système.
- > Des protocoles d'information sont rédigés pour échanger des données sur les patients et leurs soins et pour faciliter la collaboration entre les membres de l'équipe.
- > De nouvelles façons de travailler sont mises à l'essai pour améliorer la qualité et la coordination des soins.
- > Des mesures d'évaluation sont utilisées pour évaluer l'ampleur et l'incidence des programmes de soins intégrés.

Phase 3/ Phase d'expansion et de surveillance

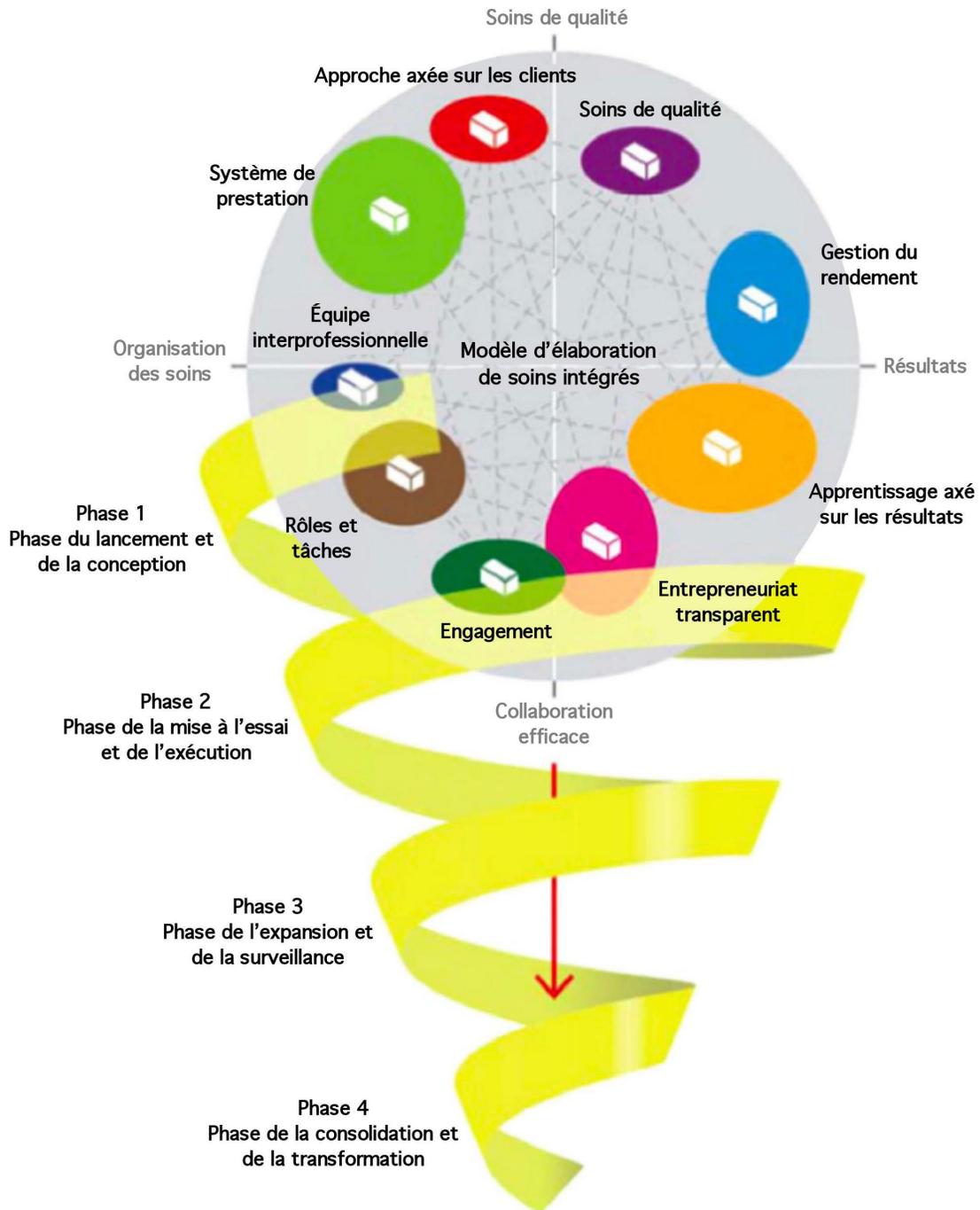
- > Les projets de soins intégrés sont élargis pour inclure de nouveaux emplacements ou groupes de patients.
- > Les ententes sur le contenu, les tâches et les rôles des partenaires du système de prestation sont revues et approuvées.
- > Les résultats, y compris les expériences des patients, sont systématiquement surveillés et utilisés pour apporter des améliorations.
- > Les partenaires du système de prestation examinent les obstacles interorganisationnels et les arrangements financiers sous-optimaux, afin d'améliorer la prestation des soins.

Phase 4/ Phase de consolidation et de transformation

- > Le programme de soins intégrés n'est plus perçu comme un projet pilote, mais plutôt comme la façon normale d'offrir des soins aux groupes de patients cibles.
- > La coordination a été élargie dans l'ensemble du continuum de soins, et des renseignements sur les résultats et les expériences sont communiqués entre les emplacements et les partenaires du système de prestation.
- > Les activités de surveillance du rendement permettent d'obtenir des résultats en continu et orientent les initiatives d'amélioration.
- > Les structures organisationnelles sont adaptées pour appuyer les nouveaux processus de prestation de soins intégrés.
- > Les arrangements financiers sont adaptés pour appuyer les nouveaux modèles de soins et favoriser l'atteinte des résultats souhaités.
- > Les partenaires du système de prestation de soins cherchent de nouvelles occasions de collaborer entre eux ou avec de nouveaux partenaires.

Figure 1/ Modèle d'élaboration de services intégrés

(Minkman et coll. 2016 ; Traduite)



Facteurs de réussite essentiels

En plus de définir les phases associées à la mise en place de soins intégrés, un certain nombre d'auteurs ont précisé les facteurs qui sont essentiels à la réussite¹ de soins intégrés. Ces facteurs sont liés au leadership et aux mesures de soutien contextuelles qui sont nécessaires pour des soins intégrés réussis. Cette liste de facteurs de réussite essentiels est fondée sur des recherches menées sur des organismes de soins responsables des États-Unis, les initiatives de soins intégrés réalisées au Royaume-Uni et en Europe, et des recherches récentes sur trois initiatives réussies de soins intégrés réalisées en Ontario, dans le cadre d'un projet plus vaste qui examinait les soins intégrés dans trois territoires de compétence. Le tableau 2 classe ces facteurs dans six catégories: leadership et gouvernance, stratégie et conception, activités des fournisseurs et des gestionnaires, travail d'équipe, financement, et surveillance et amélioration du rendement.

Tableau 2/ Facteurs essentiels à la réussite de soins intégrés

1/ Leadership et gouvernance

- > Climat de confiance et de collaboration établi entre les principaux intervenants dans le cadre de la mise en place de soins intégrés.
- > Mise à profit de partenariats fructueux déjà établis.
- > Vision convaincante du changement, surtout en ce qui a trait aux avantages potentiels pour les patients.
- > Transparence et communication entre les partenaires.
- > Partenariats qui englobent une gamme complète de services sociaux et communautaires et de services de santé pour répondre aux besoins de populations particulières.
- > Équipe de leadership et de gouvernance solide qui s'engage entièrement à atteindre des objectifs bien définis et qui aide à faciliter le changement.
- > Leadership solide parmi les équipes de médecins et de professionnels cliniques qui soutient l'amélioration de la qualité et aide à faire participer le personnel de première ligne au remaniement des services.

- > Création d'un plan de communications stratégiques pour diffuser des messages clairs aux intervenants internes et externes.
- > Reconnaissance du fait que les soins intégrés sont un projet à long terme.

2/ Stratégie et conception

- > Création d'une stratégie cohérente qui tient compte des principaux enjeux liés à la mise en œuvre.
- > Identification de groupes de patients qui pourraient le plus profiter d'une évaluation des besoins axée sur la population (segmentation et stratification).
- > Favoriser la participation des cliniciens à la planification des services et à la mise en œuvre de nouvelles initiatives.
- > Coordination solide des soins qui est intégrée ou liée aux cabinets de médecins.
- > Restructuration des soins pour offrir des services à différents endroits ou dans différents secteurs.
- > Contrats ou ententes avec tous les partenaires participants (p. ex. sur l'échange de données ou le regroupement des services au même endroit).
- > Portée géographique qui maximise l'accès et réduit le chevauchement des services.

3/ Activités des fournisseurs et des gestionnaires

- > Appliquer des critères clairs et uniformes pour repérer les patients qui profiteront de l'intégration des soins de santé et des services sociaux communautaires.
- > Offrir aux patients et aux aidants l'occasion d'exprimer ce qui compte le plus pour eux dans un contexte de soins et intégrer ces préférences dans la planification des soins et la prise de décisions individuelles.
- > Intégrer les patients et les aidants à la conception (ou conception conjointe) des services et aux processus décisionnels organisationnels.

- > Soutien et habilitation des patients pour qu'ils prennent leur santé en main (autogestion);
- > Utilisation efficace de la main-d'œuvre et recherche d'innovations quant aux ensembles de compétences et aux solutions de substitution.
- > Adoption de protocoles, de cheminements et de plans de soins normalisés qui sont adaptés au milieu local.
- > Désigner un point d'accès unique pour l'intégration et l'évaluation des nouveaux patients.
- > Efficacement acheminer les cas des patients référés et en assurer le suivi (les cas référés sont acceptés, transmis et suivis au sein de votre organisme et des autres organismes du continuum des soins de santé et des services sociaux).
- > Suivi régulier des patients et gestion des cas, en particulier les plus complexes.
- > Faciliter les transitions d'un milieu de soins à un autre pour les patients et les aidants.
- > Tenir compte de déterminants de la santé plus larges qui se répercutent sur les expériences des patients et des aidants.
- > Établir des liens entre les patients, les familles et les aidants, d'une part, et les ressources informatives, éducatives et communautaires, d'autre part.
- > S'assurer que les responsables de cas ont les compétences et l'expertise nécessaires pour remplir leur rôle.
- > Élaborer des approches de gestion du coût de la prestation des services de soins intégrés.
- > Promouvoir et soutenir les pratiques d'autogestion.
- > Veiller à ce que les patients et les aidants sachent avec qui communiquer, si de nouveaux besoins en matière de soins de santé et de services sociaux apparaissent.

4/ Travail d'équipe

- > Édifier des relations professionnelles et interpersonnelles avec les fournisseurs et les autres membres de l'équipe de soins de santé de chaque patient.
- > Création d'équipes de fournisseurs multidisciplinaires ayant des tâches et des rôles bien définis.
- > Échange de renseignements sur les patients entre les fournisseurs.
- > Création de stratégies et de technologies d'information, comme les dossiers médicaux électroniques et les outils de communication partagés.

5/ Financement

- > Mécanismes de financement qui favorisent le travail d'équipe et attribuent les ressources aux services nécessaires.

6/ Surveillance et amélioration du rendement

- > Utilisation d'un système bien conçu de mesure du rendement et d'amélioration de la qualité, y compris un mécanisme pour transmettre de la rétroaction aux médecins et aux autres employés sur les résultats et la reddition de comptes en matière de rendement.
- > Soutenir l'expérimentation dans la conception et la prestation des soins collaboratifs axés sur le patient.
- > Échange régulier et continu de connaissances entre les organismes.
- > Organiser des forums et créer des occasions d'apprentissage offertes par des experts et des organismes externes.

Stratégies de gestion du changement

La liste des facteurs de réussite essentiels présentés dans le tableau 2 souligne la complexité des soins intégrés et les nombreux changements qui sont nécessaires pour créer des rôles nouveaux ou élargis, offrir davantage de mesures de soutien des programmes et organismes, créer des relations de collaboration et améliorer le travail d'équipe, et mobiliser les patients, les aidants, les cliniciens et les dirigeants. La réussite des initiatives de soins intégrés dépend de transformations à plusieurs échelons : entre les patients et les fournisseurs; parmi les membres des équipes interprofessionnelles; et dans le cadre de l'élaboration de stratégies et d'approches de communication et de coordination au sein d'un réseau d'organismes.

Nick Goodwin (2017), qui s'est penché sur des initiatives de soins intégrés dans plusieurs milieux différents, fait valoir qu'au-delà des activités particulières à entreprendre, le processus de gestion du changement doit être axé sur trois objectifs principaux:

Le processus du gestion de changement doit être axé sur...

1/ L'arrimage

Soutenir les organismes pour qu'ils mettent en place des services intégrés dans le cadre de leurs activités centrales;

2/ L'agilité

Créer des systèmes et des processus qui aident le personnel à suivre de nouveaux processus de soins et qui permettent l'intégration des activités à différents niveaux;

3/ Les attitudes

Aborder les changements culturels qui sont nécessaires pour appuyer les nouvelles façons de travailler.

Même si les étapes menant à la mise en place de services intégrés peuvent varier légèrement pour chaque partenariat, Goodwin écrit que la réussite dépend d'un engagement à long terme des dirigeants à soutenir les changements apportés aux processus de travail et à permettre aux relations de prendre de la maturité et de devenir intégrées.

La trajectoire d'élaboration des initiatives de soins intégrés est complexe, car bon nombre des changements essentiels sont de nature adaptative plutôt que technique (Heifetz et Linsky, 2002). Bien qu'il soit possible de s'adapter aux changements techniques à l'aide des compétences et des méthodes de résolution de problèmes qui existent déjà au sein des organismes, l'adoption de changements de nature adaptative exige l'apprentissage de nouvelles façons de travailler et, bien souvent, de nouvelles compétences en résolution de problèmes. Les changements de nature adaptative ne nécessitent pas seulement de nouvelles technologies, mais aussi de nouvelles approches qui exigent de s'attaquer à des problèmes fondamentaux et, dans certains cas, de repenser le fonctionnement d'un organisme ou d'un programme.

Changements touchant les services de première ligne

Même si des changements sont nécessaires à tous les échelons, la transformation essentielle à la mise en place de soins intégrés dépend de changements apportés au travail des professionnels de première ligne et du soutien que les dirigeants leur offrent à cette fin. Cette constatation a plusieurs répercussions importantes pour les stratégies de changement.

Tout d'abord, elle signifie que le rythme du changement est lié à la capacité du personnel (et des patients qui participent au processus) de redéfinir les soins et d'apprendre de nouvelles façons de travailler. Dans bien des cas, des employés compétents et chevronnés doivent apprendre à travailler différemment, à collaborer avec le personnel d'autres programmes ou organismes et à partager les responsabilités

liées aux soins et au soutien offerts aux patients. Le perfectionnement et l'encadrement peuvent être parmi les éléments essentiels à la réussite du personnel, à la fois pour ce qui est des compétences techniques nécessaires pour leurs nouveaux rôles et tâches et pour le processus d'adaptation aux nouveaux défis. Ce processus peut être frustrant pour les dirigeants qui veulent que les choses changent rapidement. Cependant, pour accélérer le changement, il faut soutenir le personnel de première ligne afin qu'il modifie ses comportements et ses compétences, au lieu de simplement exercer des pressions plus fortes pour que le changement se produise.

Ainsi, le deuxième aspect en importance des stratégies de changement est le fait que le changement doit se produire de façon tant ascendante que descendante. Le personnel a besoin de latitude pour créer de nouvelles approches de soins et de collaboration, et il a besoin de soutien pour innover et adapter les améliorations. De nombreuses initiatives de soins intégrés ont permis de constater que les ressources d'encadrement, la facilitation des pratiques et l'expertise en matière d'amélioration de la qualité sont essentielles à la mise en place de services intégrés. Ces ressources et compétences aident à soutenir une mise en œuvre ascendante du changement et contribuent à la création d'un milieu favorable à l'engagement des cliniciens, facteur essentiel à la réussite de soins intégrés.

Au-delà des compétences particulières qui sont nécessaires pour concevoir, coordonner et améliorer les soins intégrés, Evans et ses collègues (Evans et coll., 2016) ont répertorié six compétences nécessaires pour diriger les systèmes de soins intégrés destinés aux populations ayant des besoins complexes en matière de soins. Les six compétences sont les suivantes:

Six compétences nécessaires pour diriger les systèmes de soins intégrés...

- 1/ Formuler et reformuler les questions dans un esprit de clarté, avec un objectif commun, en visant le consensus;**
- 2/ Tenir compte de la perspective des autres pour favoriser la confiance et créer des milieux de collaboration sûrs;**
- 3/ Concevoir les soins conjointement avec les patients et les aidants pour s'assurer que les systèmes fournissent des soins qui répondent aux besoins des patients;**
- 4/ Penser à l'échelle systémique pour optimiser le rendement du système dans son ensemble;**
- 5/ Partager le pouvoir pour permettre à d'autres personnes de prendre des décisions et d'agir;**
- 6/ Effectuer des exercices d'apprentissage axé sur la réflexion pour apprendre des réussites et des échecs.**

Trois points et recommandations clés

1



La documentation existante sur les soins intégrés présente divers modèles qui ont donné de bons résultats et un certain nombre de facteurs de réussite essentiels qui s'appliquent à la plupart de ces modèles.

2



Parmi les points critiques des premières étapes de la mise en place des soins intégrés, notons le repérage des groupes de patients cibles qui profiteront des soins intégrés, l'établissement de relations de confiance et d'ententes entre les partenaires du système de prestation des services, et le recrutement de membres de l'équipe interdisciplinaire qui ont les compétences et le soutien nécessaires pour mettre à l'épreuve et peaufiner de nouveaux modèles de soins.

3



L'élaboration de nouvelles stratégies d'information visant à échanger des données cliniques, à collaborer à la rédaction des plans de soins et à coordonner les activités permet d'améliorer le travail d'équipe, ainsi que les résultats et les expériences des patients.

EXERCICE: IDENTIFIEZ LES ACTIVITÉS PRIORITAIRES

Les documents d'orientation pour les équipes Santé Ontario énumèrent plusieurs éléments qui doivent être mis en place par ceux qui soumettent des propositions relatives aux ESO (http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/connectedcare/oht/docs/guidance_doc_fr.pdf).

Il s'agit notamment des éléments suivants:

- 1/ Soins et expérience des patients;
- 2/ Partenariat avec les patients et mobilisation de la collectivité;
- 3/ Groupe de patients défini;
- 4/ Services inclus dans les soins intégrés;
- 5/ Leadership, reddition de comptes et gouvernance;
- 6/ Mesure du rendement, amélioration de la qualité et apprentissage continu;
- 7/ Structure de financement et de mesures incitatives;
- 8/ Santé numérique.

Les facteurs de réussite essentiels qui sont énumérés dans le tableau 2 ci-dessus comprennent un certain nombre d'autres caractéristiques pertinentes qui ont contribué à la réussite d'initiatives de soins intégrés.

À l'aide de ces deux listes, énumérez trois activités prioritaires précises qui doivent faire l'objet de discussions et de décisions entre les partenaires participant à votre planification des soins intégrés.

RÉFÉRENCES

- 1/** Dans ce cas-ci, nous mettons l'accent sur les enjeux liés à l'organisation et aux partenariats, et non sur les questions de politique et de financement ou les problèmes cliniques (p. ex. la polypharmacie ou l'utilisation des lignes directrices). Les sources pour cette liste comprennent : McClelland et coll., 2017; D'Aunno et coll., 2018; Goodwin, 2017; Nolte et coll., 2016; Threapleton et coll., 2017; Suter et coll., 2009; Ham et Walsh, 2013.
- 2/** D'Aunno T. Broffman L. Sparer M. Kumar S.R. 2018. Factors That Distinguish High-Performing Accountable Care Organizations in the Medicare Shared Savings Program. *Health Services Research* 53(1):120-37.
- 3/** Evans, Jenna, Stacey Daub, Jodeme Goldhar, Anne Wojtak, P. Dipti (2016). Leading Integrated Health and Social Care Systems: Perspectives from Research and Practice. *Healthcare Quarterly*. 2016; 18(4):30-5.
- 4/** Goodwin N. (2017). Chapitre 16 : Change Management. P. 253-75 dans : Amelung V., V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte, E. Suter, éd. *Handbook Integrated Care*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- 5/** Ham C., Walsh N. (2013). *Making Integrated Care Happen at Scale and Pace*. London, England: The King's Fund.
- 6/** Heifetz, R.A., M. Linsky (2002). *Leadership on the line: staying alive through the dangers of leading*. Leading Change, Harvard Business School Press.
- 7/** McClellan, M., K. Udayakumar, A. Thoumi, J. Gonzalez-Smith, K. Kadakia, N. Kurek, et coll. 2017. Improving Care And Lowering Costs: Evidence And Lessons From A Global Analysis Of Accountable Care Reforms. *Health Affairs*. 36(11):1920-7.
- 8/** Minkman M. (2016) The Development Model for Integrated Care: a validated tool for evaluation and development. *Journal of Integrated Care*. 24(1):38-52.
- 9/** Nolte E., A. Frolich, H. Hildebrandt, A. Pimperl, G.J. Schulpen, H.J.M. Vrijhoe, 2016. Implementing integrated care: A synthesis of experiences in three European countries. *Int J Care Coord*. 19(1-2):5-19.
- 10/** Nolte, E. (2017). Evidence Supporting Integrated Care. P. 25-38 dans : Amelung V., V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte, E. Suter, éd. *Handbook Integrated Care*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- 11/** Nolte, E., M. McKee. (2008). Integration and chronic care: A review. P. 64–91 dans E. Nolte et M. McKee (éd.), *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press.
- 12/** Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2019). *Équipes Santé Ontario: Le document d'orientation sur les équipes Santé Ontario à l'intention des fournisseurs et des organismes de soins de santé Toronto, Ontario*. http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/connectedcare/oht/docs/guidance_doc_fr.pdf
- 13/** Suter, Esther, Nelly D. Oelke, Carol E. Adair, Gail D. Armitage. 2009. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly*. 13(Sp):16-23.
- 14/** Threapleton, D.E., R.Y. Chung, S.Y.S. Wong, E. Wong, P. Chau, J. Woo et coll. 2017. Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. *Int J Qual Health Care*. 29(3):327-34.

NOTES Veuillez utiliser l'espace ci-dessous pour noter vos pensées et réflexions.

