

# Évaluation centrale des équipes Santé Ontario

## Évaluation du développement : L'Évolution des équipes Santé Ontario

Kaileah McKellar  
Gayathri E. Embuldeniya  
Elana Comisso  
Ruth E. Hall  
Walter P. Wodchis

**Janvier 2023**

## © Health System Performance Network, 2023

Cette publication peut être reproduite en totalité ou en partie à des fins non commerciales uniquement et à la condition que son contenu original ou une partie de la publication ne soit pas modifiée sans l'autorisation écrite expresse du HSPN. Pour obtenir cette autorisation, prière de communiquer avec [hspn@utoronto.ca](mailto:hspn@utoronto.ca). Les opinions, les résultats et les conclusions de ce rapport n'engagent que leurs auteurs et ne sauraient être attribués aux instances de financement.

## À propos de nous

Le Health System Performance Network (HSPN) est un réseau de collaboration de chercheurs, de professeurs d'université invités, de chercheurs postdoctoraux, d'étudiants de deuxième et de troisième cycles et de membres d'équipes de recherche qui travaillent auprès de responsables du réseau de la santé, ainsi que de législateurs qui vise à améliorer la gestion et le rendement de notre réseau de services de santé. Misant sur les états de service de l'Ontario en matière de mesure du rendement, notamment du fait de la création historique du Projet de recherche en collaboration sur les hôpitaux de 1998, le HSPN a vu le jour en 2009 et a gagné ses lauriers en matière de mesure, en évaluation et en amélioration du rendement en Ontario, offrant une expertise dans de nombreux domaines du rendement des services de santé, y compris en ce qui a trait aux perspectives des patients, aux fournisseurs de soins, de la santé de la population et au coût.

## Coordonnées

Health System Performance Network  
155, rue College, bureau 425  
Toronto ON M5T 3M6  
Téléphone : +1 (416) 946-5023  
Courriel : [hspn@utoronto.ca](mailto:hspn@utoronto.ca)

## Affiliations

Kaileah McKellar, Ph. D. – HSPN, Université de Toronto  
Gayathri E. Embuldeniya, Ph. D. – HSPN, Université de Toronto  
Elana Commisso, MA – HSPN, Université de Toronto  
Ruth E. Hall, PhD – HSPN, Université de Toronto ; Institute for Better Health, Trillium Health Partners ; et Institut de recherches en services de la santé  
Walter P. Wodchis, Ph. D. – HSPN, Université de Toronto ; Institute for Better Health, Trillium Health Partners ; et Institut de recherches en services de la santé

## Soutien financier

Cette recherche a fait l'objet d'une bourse du ministère de la Santé de l'Ontario, accordée au HSPN. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans l'analyse des données, la décision de publier ou la préparation du rapport.

## Citations suggérées

McKellar K, Embuldeniya G, Commisso E, Hall RE, Wodchis WP. Évaluation centrale des équipes Santé Ontario – Évaluation du développement : L'Évolution des équipes Santé Ontario. Toronto (Ontario), Health System Performance Network. 2023.

## Remerciements

Le HSPN tient à remercier les six ÉSO participantes de nous avoir accueillis à leurs tables de planification au cours de l'Évaluation du développement. Nous sommes reconnaissants aux nombreux participants qui ont donné si généreusement leur temps pour participer aux entretiens et à la rédaction du journal, ainsi qu'aux membres du personnel pour leurs soutiens.

ISBN 978-1-990477-10-2 (en ligne)

Il est possible de consulter ce document en ligne sur le site [hspn.ca](http://hspn.ca).

## Table des matières

Résumé exécutif.....	1
Introduction .....	3
Méthodes : Collecte et analyse des données .....	3
Évaluation du développement .....	3
Choix des cas .....	3
Collecte de données .....	4
Analyse.....	4
Résultats .....	5
Le développement une vision.....	6
L'établissement de la gouvernance .....	7
La planification stratégique.....	8
La conception et la mise en œuvre des modèles intégrés .....	8
Le progrès de la santé numérique .....	9
L'engagement des soins primaires .....	10
Le partenariat avec les patients, les familles et les aidants naturels .....	11
L'établissement des structures de financement et d'incitation .....	12
Le renforcement de la mesure des performances, de l'amélioration de la qualité et de l'apprentissage continu.....	13
Discussion.....	13
Les dimensions contextuelles et temporelles du développement des ÉSO.....	13
Les conditions du progrès .....	14
Réimaginer les composantes .....	15
Une note sur l'évaluation du développement.....	16
Recommandations.....	16
Pour les ÉSO .....	16
Pour les décideurs politiques et les équipes de soutien aux ÉSO .....	17
Conclusion .....	18
Références.....	19
Annexe A: Cadres directeurs .....	20
Cadre du contexte et des capacités pour intégrer les soins.....	20
Composantes des ÉSO .....	20
Annexe B: Résumé de cas .....	21
ÉSO A.....	21
ÉSO B.....	23
ÉSO C .....	24
ÉSO D .....	26
ÉSO E.....	28
ÉSO F.....	30

## Résumé exécutif

Les ÉSO ont été lancées en 2019 afin de réformer la prestation des soins de santé à travers le spectre hospitalier-communautaire, avec la participation de prestataires de soins de santé et de services sociaux travaillant aux côtés des patients, des familles et des proches aidants pour fournir des soins à une population définie.

Dans le cadre de cette initiative de réforme du système de santé, le ministère de la Santé de l'Ontario a financé une évaluation coordonnée de manière centralisée des ÉSO menée par le Health System Performance Network (HSPN). Ce rapport fait partie de cette évaluation et se concentre spécifiquement sur les connaissances tirées de l'Évaluation du développement (ED) menée du printemps 2021 au printemps 2022. Elle a cherché à comprendre et à guider le développement et l'innovation de six ÉSO au cours de cette période.

Les six ÉSO incluses dans l'ED étaient situés dans des zones géographiques diverses, avec des tailles de population attribuées, des populations prioritaires et des histoires différentes. Les chercheurs intégrés dans chaque ÉSO ont observé une série de réunions et de groupes de travail à différents niveaux, au cours d'environ neuf mois, où les participants ont développé la vision et les priorités de l'ÉSO. Des entrevues et des journaux personnels des participants ont enrichi les notes prises sur le terrain. Les évaluateurs ont validé les conclusions avec la participation des membres des ÉSO, afin d'informer les changements à court et à long terme, selon les besoins.

L'analyse a été guidée par le Cadre du contexte et des capacités pour intégrer les soins (CCIC ; Context and Capabilities for Integrating Care Framework) et les huit composantes de l'évolution de l'ÉSO du ministère de la Santé. Par contre, la priorité a été donnée à une approche inductive où des thèmes ont également pu émerger des données recueillies sur le terrain. Cela signifie que, bien que nous ayons des cadres spécifiques à l'esprit (c.-à-d. le CCIC et les huit composantes), ce qui se passait sur le terrain ne correspondait pas toujours à ces cadres. Cela a permis d'identifier neuf domaines clés du développement qui reflètent non pas ce sur quoi les ÉSO étaient censées se concentrer au fur et à mesure de leur maturation, mais plutôt ce sur quoi elles se concentraient réellement (à différents degrés) au cours d'une phase spécifique du développement :

- i. Le développement d'une vision
- ii. L'établissement de la gouvernance
- iii. La planification stratégique
- iv. La conception et la mise en œuvre des modèles intégrés
- v. Le progrès de la santé numérique
- vi. L'engagement des soins primaires
- vii. Le partenariat avec les patients, les familles et les aidants naturels
- viii. L'établissement des structures de financement et d'incitation
- ix. Le renforcement de la mesure des performances, de l'amélioration de la qualité et de l'apprentissage continu

Ce travail a permis de tirer les conclusions suivantes :

- i. Les ÉSO évoluaient à des rythmes différents, chacune se trouvant à un stade différent de progression par rapport aux neuf domaines clés du développement. Leur évolution a été façonnée par leurs forces actuelles et des défis contextuels. En outre, certains domaines du développement ont été privilégiés par rapport à d'autres (p. ex. la planification stratégique par rapport à l'amélioration de la mesure des performances), car il fallait travailler sur le premier domaine avant de pouvoir progresser sur le second.
- ii. Malgré les différences de trajectoire d'évolution, il existe des contextes, des structures et des cultures partagés qui ont à la fois favorisé et entravé les progrès des ÉSO. Par exemple, le fait de

- consacrer du temps à l'apprentissage et à la recherche de sens a permis de faire des progrès, tandis que les lacunes et les incertitudes de l'environnement politique les ont contrariés.
- iii. Bien que les conclusions se chevauchent largement avec les huit composantes du ministère de la Santé, il existe des différences qualitatives importantes. Ces divergences peuvent donner un aperçu des différences entre les attentes des décideurs politiques et les préoccupations des ÉSO sur le terrain. Les prendre en compte peut renforcer les itérations futures du cadre des composantes.

Le rapport se termine par les recommandations suivantes à l'intention des participants de l'ÉSO et des décideurs politiques :

### **Recommandations pour les ÉSO**

1. Investissez dès le départ dans l'élaboration d'une vision commune.
2. Élaborer des priorités pertinentes au niveau local qui sont équilibrées avec les priorités provinciales.
3. Établir des structures formelles pour communiquer les progrès réalisés avec les membres de l'ÉSO et la collectivité dans son ensemble.
4. L'établissement de relations et de la confiance doit être un effort continu.
5. Prenez le temps pour la recherche du sens et pour réfléchir.

### **Recommandations à l'intention des décideurs politiques et des équipes de soutien aux ÉSO**

1. Fixez dès le départ des attentes claires qui permettent une certaine souplesse au niveau local, lorsque cela est possible.
2. Dans la mesure du possible, engagez-vous à fournir des conseils et un financement à long terme.
3. Améliorer la communication entre tous les décideurs politiques et les équipes de soutien aux ÉSO.
4. Envisager de retravailler le cadre des composantes.

Les résultats de l'ED fournissent une fenêtre sur les coulisses du travail impliqué dans le développement des ÉSO : comment et pourquoi certains domaines du développement (ou « composantes ») ont été privilégiés par rapport à d'autres dans les différentes ÉSO et les processus et les structures nécessaires pour le développement des ÉSO. Au fil du temps, les parcours de développement des ÉSO correspondent largement aux mêmes composantes, avec des progrès plus rapides dans certains domaines que dans d'autres. Les équipes ont également partagé les mêmes défis en matière de systèmes et de politiques. Davantage de recherches seront nécessaires pour explorer comment les défis au niveau du système et de la politique peuvent être résolus pour permettre aux ÉSO de s'épanouir réellement.

## Introduction

Les équipes Santé Ontario (ÉSO) ont été lancées en 2019 afin de réformer la prestation des soins. Il s'agit de prestataires de soins de santé et de services sociaux travaillant ensemble pour fournir des soins coordonnés qui sont cliniquement et fiscalement responsables à travers le spectre hospitalier-communautaire à une population définie, avec la participation des patients, des familles et des aidants naturels.

Dans le cadre de cette initiative de réforme du système de santé, le ministère de la Santé de l'Ontario a financé une évaluation coordonnée de manière centralisée des ÉSO. Le Health System Performance Network (HSPN) a mené cette évaluation, laquelle comprend une évaluation formative de l'hiver 2019 à l'hiver 2020 ainsi qu'une évaluation du développement (ED) du printemps 2021 au printemps 2022. L'évaluation formative cherchait à comprendre les expériences des participants durant le développement précoce des ÉSO y compris les facilitateurs et les défis du développement et les stratégies déployées dans ce travail. En plus de poursuivre ces enquêtes, l'ED (c.-à-d. l'objet du présent rapport) a cherché à comprendre et à guider le développement et l'innovation de six ÉSO au cours d'une période d'environ neuf mois.

## Méthodes : Collecte et analyse des données

### Évaluation du développement

L'ED est une méthode d'évaluation qui se sert de la recherche intégrée pour comprendre et guider le développement et l'innovation. Il ne « juge » pas la performance globale d'une intervention ou d'une innovation. Il vise plutôt à soutenir le développement et la mise en œuvre continue de l'innovation. Une caractéristique clé de l'ED est la collaboration continue entre les évaluateurs et les participants, ce qui entraîne des changements co-construits en temps quasi réel dans la mise en œuvre de l'innovation (Patton, 2011). Une autre caractéristique est la rétroaction opportune, fournie à la fois formellement et informellement pour éclairer les changements et les adaptations aux façons dont les ÉSO ont poursuivi leur travail.

### Choix des cas

L'équipe de l'Évaluation centrale, en consultation avec le ministère de la Santé, a pris en compte plusieurs facteurs pour sélectionner six ÉSO comme cas pour l'ED :

1. Géographie : Les cas ont été choisis d'une variété de région ; un cas d'une zone éloignée, deux cas de zones rurales, un cas d'un grand centre urbain (c.-à-d. Toronto), un cas de la zone périurbaine du Grand Toronto et un cas d'un petit centre urbain à l'extérieur du Grand Toronto. Les cas représentaient aussi une gamme de tailles de population et d'organismes directeurs dans l'ensemble des ÉSO.
2. Résultats du sondage : Les résultats du *Sondage sur l'organisation des ÉSO* (qui a pour but de comprendre le contexte et les capacités pour intégrer les soins) du HSPN ont été examinés afin d'identifier les ÉSO ayant un degré élevé de facteurs de réussite en matière de soins intégrés qui leur permettraient de passer à la phase suivante de leur développement.
3. Analyse de documents : Les formulaires de demande complet des ÉSO ont été examinés pour comprendre comment les équipes se sont représentées par rapport aux principaux critères de

candidature, tels que la participation des patients, la vision, l'amélioration de la qualité, la capacité informatique, etc.

4. Consentement : Les équipes devaient avoir la capacité et la volonté de participer.

## Collecte de données

Nous avons adopté une approche ethnographique pour la collecte des données qui privilégie une familiarisation soutenue avec les participants à la recherche et leur environnement au fil du temps. Les idées ne sont pas seulement éclairées par ce qui est immédiatement évident, mais aussi par la signification des pratiques, ainsi que par une compréhension approfondie des contextes sociaux et des positions des participants (Reeves et al. 2008). Plusieurs méthodes pour recueillir des données ont été employées dans cette intégration et les observations étaient confidentielles. Les chercheurs du HSPN ont donc été intégrés dans chacune des six ÉSO et ont employé une approche souple pour rechercher et évaluer qui correspond aux besoins et aux objectifs spécifiques de chaque ÉSO.

La méthode principale pour la collecte de données était l'observation de réunions virtuelles puisque, durant la pandémie, presque toutes les ÉSO ont organisé des réunions virtuelles. Les chercheurs intégrés ont assisté à plusieurs sortes de réunions organisées par les ÉSO (p. ex. comités de direction, groupes de travail et réunions de fournisseurs de première ligne). Des notes de terrain détaillées ont été prises pour documenter les observations et y réfléchir. En outre, des entrevues ont été menées avec des participants clés de l'ÉSO et certains participants ont été invités à écrire périodiquement un journal sur leur perception de ce qui fonctionne bien et de ce qui pourrait être amélioré. Enfin, un examen des documents a été effectué pour glaner des informations contextuelles sur les cas. La collecte des données a commencé au printemps 2021 et la plupart ont été achevées au printemps 2022 en fonction des contextes spécifiques de chaque cas.

## Analyse

Une approche à trois volets a été adoptée pour l'analyse. Le Cadre du contexte et des capacités pour intégrer les soins (CCIC ; Context and Capabilities for Integrating Care Framework) (Evans et al., 2016) a d'abord été utilisé pour organiser la collecte et l'analyse des données. Par la suite, les huit composantes du ministère de la Santé pour l'évolution des ÉSO ont été utilisées pour traduire les résultats de manière à ce qu'elles puissent être utilisées par les ÉSO (MOHLTC 2019). En même temps, une approche inductive d'analyse a été adoptée tout au long de la recherche. Cela a permis aux évaluateurs d'être attentifs aux thèmes émergents au fil du temps et allant au-delà de ceux identifiés par les deux cadres formels.

### LE CADRE DU CONTEXTE ET DES CAPACITÉS POUR INTÉGRER LES SOINS

Le CCIC qui a été utilisé pour étudier les efforts d'intégration antérieurs en Ontario et à l'échelle internationale a servi à déterminer les facteurs, les mécanismes, les contextes et les capacités les plus importants pour la réalisation de soins intégrés. Les principaux thèmes du CCIC qui ont guidé la collecte et l'analyse des données sont présentés dans l'annexe A, tout comme les composantes mentionnées ci-dessous.

### LES COMPOSANTES DES ÉSO

Le ministère de la Santé a défini huit composantes des ÉSO dans le premier document d'orientation (MOHLTC 2019), décrivant les critères de préparation pour la première année et la maturité. Le groupe Rapid-Improvement Support and Exchange (RISE) de l'université McMaster a créé des soutiens supplémentaires, notamment en identifiant des domaines pour chaque composante qui représentent les

choix stratégiques que les ÉSO devaient faire. Considérant les composantes comme un cadre pertinent à travers lequel les parties prenantes ont décrit les progrès vers la maturité, le HSPN a fait correspondre les thèmes du CCIC aux composantes afin d'incorporer ce cadre dans l'analyse.

## CROISEMENTS

Au fur et à mesure que l'étude avançait, nous avons exploré les façons dont les éléments du CCIC se croisaient avec les huit composantes des ÉSO. La superposition de ces différentes approches d'analyse et leur complémentarité avec les thèmes émergents de la recherche qualitative inductive ont permis de comprendre les chevauchements entre les éléments constitutifs ainsi que les facteurs supplémentaires qui peuvent être importants pour comprendre le développement des ÉSO au fil du temps. Ce travail a dépassé les deux cadres formels et a permis d'identifier neuf domaines clés de développement pour les ÉSO : a) le développement une vision, b) l'établissement de la gouvernance, c) la planification stratégique, d) la conception et la mise en œuvre des modèles intégrés, e) le progrès de la santé numérique, f) l'engagement des soins primaires, g) le partenariat avec les patients, les familles et les aidants naturels, h) l'établissement des structures de financement et d'incitation et i) Le renforcement de la mesure des performances, de l'amélioration de la qualité et de l'apprentissage continu.

## Résultats

Les résultats des cas sont présentés de manière thématique et décrivent en détail les progrès, les facilitateurs et les défis liés aux neuf domaines clés du développement. Les progrès dans chaque domaine ont été inégaux, avec certaines ÉSO plus avancées que d'autres, en raison des décisions prises sur la base des forces, des lacunes et des besoins existants pour donner la priorité à des aspects spécifiques du développement des ÉSO. Étant donné que le développement d'une vision et la planification stratégique sont à la base des progrès des ÉSO, ces domaines de développement ont souvent été privilégiés par rapport à des domaines tels que la mesure des performances et les structures de financement. Les six ÉSO se trouvaient donc à des stades différents de progression dans chaque domaine de développement, avec une trajectoire d'évolution différente au fil du temps. Le tableau 1 donne un aperçu des principales caractéristiques de chaque cas.

**Tableau 1 : Caractéristiques des ÉSO ED**

	ÉSO A	ÉSO B	ÉSO C	ÉSO D	ÉSO E	ÉSO F
Géographie	Rurale/Éloignée	Urbaine/ Périurbaine	Rurale/Petite collectivité	Rurale/Petite collectivité	Urbaine/ Périurbaine	Petit centre urbain (hors Grand Toronto)
Taille (population attribuée)	<50 000	450 000 à 650 000	50 000 à 150 000	50 000 à 150 000	150 000 à 350 000	450 000 à 650 000
Pourcentage de la population vivant dans les zones les plus défavorisées	15 % à 20% <sup>1</sup>	15 % à 20 %	20 % à 25 %	>30 %	5 % à 10 %	20 % à 25 %
Organisme des bénéficiaires de fonds	Autre <sup>2</sup>	Hôpital	Équipe Santé familiale	Hôpital	Hôpital	Équipe Santé familiale
Nombre de partenaires signataires <sup>3</sup>	14	21	7	15	18	39
Population prioritaire	Population nécessitant et recevant des services de santé mentale, notamment des services d'intervention en cas de crise.	Santé mentale et toxicomanie - personnes âgées fragiles, patients en soins palliatifs	Personnes âgées complexes/fragiles, patients en soins palliatifs	Adultes >55 ans souffrant de maladies comorbides, de santé mentale et de toxicomanie chez les adultes	Les personnes touchées par la démence ou la santé mentale et la toxicomanie, les personnes âgées et leurs aidants.	Personnes vivant dans des établissements de soins collectifs (longue durée, soins résidentiels et femmes sans domicile fixe)

<sup>1</sup> Proportion élevée de données manquantes liées au placement dans le quintile de défavorisation par rapport aux autres ÉSO.

<sup>2</sup> Détenus par des organismes autres que de santé.

<sup>3</sup> Certaines ÉSO étaient représentées par des conseils et d'autres parties prenantes régionales qui n'étaient pas signataires ou partenaires officiels, mais qui ont eu un impact sur le développement de l'ÉSO.

## Le développement une vision

Les six ÉSO se sont engagées à améliorer la santé de la population ainsi que la prestation et l'expérience des soins. De manière différente, mais qui se chevauche, ils ont tous souligné l'importance de la collaboration et de l'engagement, des soins centrés sur la personne, de la compassion, du partage des informations, des parcours intégrés et d'une approche holistique des soins de santé. Bien que l'équité et l'accessibilité concernent toutes les équipes, ces questions ont été d'un intérêt particulier pour les ÉSO avec une prépondérance de populations marginalisées et sont devenues plus importantes en raison du travail sur la pandémie COVID-19.

Les attentes du ministère, les conseils d'orientation du Santé Ontario et les propres histoires et expériences de collaboration et de besoins locaux ont guidé les visions des ÉSO. Certaines ÉSO (p. ex. les ÉSO A, C et F) ont tiré parti de partenariats antérieurs à l'ÉSO. Les partenaires de l'ÉSO C, par exemple, se sont appuyés sur la collaboration existante et ont eu une compréhension commune des « points douloureux » qui devaient être abordés, ce qui a permis d'articuler clairement les principales préoccupations locales, tels que les lacunes dans les services, l'utilisation superflue du système, etc. Leur petite géographie rurale et le nombre réduit de collaborateurs ont également facilité la collaboration et la confiance, cette dernière étant un autre facteur clé du développement de la vision. Pour d'autre ÉSO qui n'ont pas de partenariats antérieurs, il était important de pouvoir trouver un terrain d'entente. Dans l'ÉSO B, par exemple, prendre le temps de s'écouter les uns les autres, avoir des discussions sérieuses qui impliquent activement les patients, les familles et les aidants, ainsi que parvenir à un consensus sont toutes des pratiques qui ont aidé à construire une vision partagée. L'ÉSO E a organisé des sessions de mobilisation pour informer les décisions sur les domaines d'intervention. Les ÉSO C et F ont également développé une orientation d'apprentissage qui a permis de mettre en œuvre leur vision au niveau micro. C'est-à-dire que l'ÉSO F a recueilli des données sur les besoins des personnes qu'elle visait à servir afin d'affiner les parcours, tandis que l'ÉSO C a fini par utiliser des données pour évaluer rapidement si elle faisait bien les choses. L'ÉSO D, quant à elle, a utilisé un plan stratégique solide pour mettre en œuvre sa vision.

Le développement d'une vision partagée entre les partenaires des ÉSO a été entravé par une série de problèmes, notamment le défi de trouver un équilibre entre la vision et l'action, l'accent mis sur l'adaptation des initiatives existantes au nouveau cadre de l'ÉSO et le manque de participation de tous les secteurs et parties prenantes au début du développement. Les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (SDMC), soins de longue-durée et les partenaires autochtones, par exemple, ne se sentaient pas pleinement impliqués. Il y a parfois eu des tentatives pour résoudre ces problèmes. Confrontés à une relation tendue avec les services SDMC qui a entravé le progrès au début, les participants de l'ÉSO C, par exemple, ont tenté d'inclure les services SDMC comme un partenaire essentiel dans leur giron en les incluant dans les groupes de travail et les discussions sur la modernisation de la législation.

La pandémie de la COVID-19 a été une autre surprise qui a à la fois mis au défi et façonné le développement de la vision. Dans un premier temps, la pandémie a fait dérailler le développement des ÉSO, car peu de travail a été fait pour faire progresser les populations prioritaires identifiées. Cependant, au fil du temps, la pandémie est également devenue un facilitateur de terrain d'entente dans plusieurs ÉSO. Dans l'ÉSO B, par exemple, elle a permis de rassembler les partenaires, le personnel et les volontaires, pendant et en dehors des heures de travail, pour faire progresser la réponse à la pandémie de la COVID-19. La pandémie a eu un effet encore plus transformateur sur l'ÉSO F, en remodelant sa

vision fondamentalement, en passant d'une approche axée sur les maladies chroniques à une approche axée sur les lieux de rassemblement, en accordant une priorité renouvelée à l'équité.

## L'établissement de la gouvernance

La gouvernance, entendue au sens large comme la manière dont les décisions sont prises, par qui et où se situe la responsabilité <sup>1</sup>, était une priorité pour toutes les ÉSO. Bien que les équipes soient à des stades différents de ce travail, plusieurs d'entre elles étaient encore impliquées dans l'établissement de relations et de prise de décision en collaboration qui a précédé les structures de gouvernance formelles.

Pour l'ÉSO A, une ÉSO avec des partenaires autochtones qui ont dû faire face à une histoire de confiance brisée par le colonialisme, la formalisation de la gouvernance a été reléguée au second plan, les membres donnant la priorité à l'instauration de la confiance en premier. À ce titre, l'équipe consacrait régulièrement du temps dédié aux conversations difficiles, encourageant la sensibilité culturelle et la recherche de consensus lors des réunions de direction. À l'autre extrémité, l'ÉSO F a bénéficié d'une longue histoire de collaboration et a pu se plonger dans le développement de structures de gouvernance formelles, devenant la première ÉSO à se constituer en société à but non lucratif avec un conseil d'administration. Elle l'a fait pour mieux gérer les financements et les achats de services, établir des politiques et guider la prise de décision.

De nombreuses ÉSO ont été confrontées à des problèmes de représentation dans la prise de décision et à l'absence d'une compréhension commune de ce que signifie la gouvernance. Les ÉSO telles que l'ÉSO D qui incluaient un représentant de chaque organisme partenaire dans son comité directeur ont reconnu qu'une structure plus durable devrait être mise en place au fur et à mesure de son expansion. Pendant ce temps, les ÉSO telles que les ÉSO E et F ont travaillé à fusionner les intérêts divergents en des postes uniques dans leurs structures de gouvernance. L'accent mis sur les intersections sectorielles et les intérêts communs qui les unissent a facilité ce travail.

L'ÉSO E a développé un système de prise de décision dans lequel un comité de gestion des performances examine les propositions approuvées par les tables sectorielles avant d'être filtrées jusqu'à la table de direction. De plus, l'ÉSO F s'est engagée dans de nombreuses discussions réfléchies sur la manière d'assurer l'équité et la représentation sans avoir une cacophonie de voix à la table. Ils ont insisté sur le fait que les représentants choisis devaient représenter non pas un organisme mais plutôt l'éventail des intérêts dans un cadre spécifique et, en fin de compte, les personnes qu'ils servent dans leur ville. Dans d'autres ÉSO (les ÉSO B, C et E), certains membres n'avaient pas toujours une compréhension commune de ce à quoi ressemblait la gouvernance dans leur ÉSO, de la manière dont elle influençait les tables à différents niveaux, ou même si la bonne structure de gouvernance avait été choisie. L'ÉSO C, une ÉSO qui met l'accent sur la prise de décision opérationnelle et l'accomplissement des tâches, a trouvé la gouvernance à long terme et la définition de la stratégie difficiles au début de la période de l'ED. Leur capacité à développer des structures de gouvernance à long terme a été compliquée par les différences de compréhension des parties prenantes quant à la signification de la gouvernance et à l'emplacement de la responsabilité, ainsi que par l'absence d'un soutien de base dédié. Le fait de passer à une planification stratégique ciblée à court terme et au renforcement des capacités les a aidés à entreprendre le développement de la gouvernance au fil du temps.

---

<sup>1</sup> What is governance? <https://iog.ca/what-is-governance/>

Une équipe de personnel disposant de bonnes ressources a été un soutien essentiel dans les ÉSO, facilitant les discussions ciblées et soutenant les progrès en coulisses. Le leadership partagé, la bonne volonté et la participation généralisées, ainsi qu'une culture et une histoire de collaboration, sont également apparus comme des facteurs clés du renforcement de la capacité à créer des structures de gouvernance efficaces.

## La planification stratégique

Les six ÉSO de l'ED se sont impliquées dans des processus de planification stratégique à différents degrés et à différents moments au cours de la période de l'ED. Beaucoup se sont consacrés à la planification stratégique, mais n'ont pas établi de plan opérationnel détaillé. Les ÉSO ont défini les piliers stratégiques (ÉSO F), produit un schéma des buts principaux, objectifs et moteurs (ÉSO C), montré comment leur travail s'alignait sur le « Quadruple Aim » et les objectifs de haut niveau (ÉSO E) et travaillé sur les changements structurels visant à rendre leur plan stratégique opérationnel (ÉSO B). Ce travail a permis de communiquer les priorités des ÉSO. Certaines ÉSO ont utilisé des ressources internes/du personnel pour mener ce travail, tandis que d'autres ont été soutenues par un ou plusieurs facilitateurs externes et un leadership encourageant. La mobilisation de la communauté a fait partie des processus de planification de plusieurs ÉSO, le personnel jouant un rôle central pour traduire la mobilisation en plans d'action.

La pandémie de la COVID-19 a incité plusieurs ÉSO à se relancer dans le processus de planification stratégique en réexaminant les populations prioritaires et les objectifs fixés précédemment. L'ÉSO C a été motivée par le constat que plusieurs partenaires n'avaient pas une compréhension commune de la portée des différents groupes de travail ou de la manière dont les flux de travail contribuaient aux objectifs stratégiques. La résolution de ces problèmes est devenue l'un des principaux axes de leur travail à la fin de la période de l'ED. Pour certaines ÉSO, la planification stratégique a permis de renforcer la vision et de réfléchir à leur partenariat de base, en orientant les décisions sur les groupes supplémentaires qui pourraient être nécessaires pour faire avancer les objectifs stratégiques. L'ÉSO D, par exemple, a déployé des efforts considérables pour mobiliser les partenaires internes et la communauté dans son ensemble. Les informations issues de la mobilisation ont été traduites en objectifs stratégiques, chacun étant assorti d'objectifs et d'actions. Une fois leur plan établi, cette ÉSO a examiné les plans stratégiques des organismes partenaires, en identifiant les thèmes communs. Le renforcement de la capacité stratégique au niveau organisationnel a été un avantage inattendu pour les ÉSO.

Le processus de planification stratégique pour les ÉSO pourrait être long et fastidieux, impliquant un engagement externe et de multiples itérations pour le raffinement. S'engager dans la planification stratégique peut donner l'impression de priver les ÉSO du temps nécessaire à l'accomplissement de leur travail ; pour certains, c'est un obstacle à l'engagement dans des efforts de planification stratégique. Le manque de garantie quant au financement de la mise en œuvre des programmes des ÉSO a été lié à une incertitude considérable quant à la valeur de l'investissement de temps dans la planification stratégique. Certaines ÉSO y sont parvenues en se limitant à un horizon d'un an, une contrainte pratique qui a inévitablement limité l'ambition et la complexité que beaucoup espéraient des ÉSO.

## La conception et la mise en œuvre des modèles intégrés

L'établissement d'une vision était fondamental pour la conception du modèle. Pour les ÉSO qui travaillent encore sur l'établissement d'un consensus entre les partenaires, le travail de conception du modèle comprenait principalement une variété d'activités de renforcement de la confiance/vision. D'autres ÉSO

se sont concentrées sur une meilleure compréhension des besoins de leurs populations par le biais d'évaluations des besoins sur le terrain et de directives de meilleures pratiques. Au fil du temps, certains ont commencé à piloter de nouvelles initiatives à petite échelle, en partant de la base dès le départ. L'ÉSO A, par exemple, a loué des locaux pour héberger des personnes sans domicile fixe, tandis que l'ÉSO F a intégré des soins primaires dans des structures collectives et organisé des événements périodiques de sensibilisation pour les femmes sans domicile fixe. L'ÉSO a lancé un programme qui réunit une équipe de soins interdisciplinaires pour fournir des soins primaires intégrés aux personnes âgées qui n'ont pas accès aux services de soins en cabinet. D'autres se sont appuyés sur des initiatives existantes antérieures à l'ÉSO et les ont adaptées, en ciblant les lacunes des services cliniques et sociaux pour leurs populations prioritaires.

Les ÉSO qui étaient plus avancés dans la conception du modèle ont ciblé des lacunes spécifiques dans les services cliniques et sociaux pour leurs populations prioritaires respectives (p. ex. les personnes âgées ayant des besoins de soins complexes, les personnes sans abri, ainsi que les soins palliatifs, la santé mentale et le soutien aux toxicomanes). En outre, ou alternativement, elles se sont concentrées sur la prévention des hospitalisations inutiles et l'accélération du retour à domicile après l'hospitalisation en créant des plans de soins coordonnés et en mettant les individus en contact avec les ressources nécessaires et les groupes de prestataires qui répondraient le mieux à leurs besoins en matière de soins.

À la fin de la période de l'ED, presque toutes les ÉSO avaient commencé à développer et à réviser leurs modèles ou à se concentrer sur les sous-groupes de population prioritaires. L'un des principaux objectifs de toutes les ÉSO était d'aider les patients à bénéficier de soins et de services appropriés dans la communauté afin d'éviter les séjours inutiles à l'hôpital et les hospitalisations prolongées. En outre, certaines ÉSO se sont engagées dans des efforts visant à améliorer l'accès au dépistage du cancer et à simplifier l'accès aux soins palliatifs. Les ÉSO s'efforcent également d'accroître les plans de soins coordonnés pour les sous-groupes de population prioritaires, ainsi que d'affiner et élargir les initiatives visant à permettre aux patients de retourner dans leur communauté après leur hospitalisation avec les soutiens et services nécessaires.

Malgré les premiers progrès, les efforts nécessaires pour la gestion de la COVID-19 ont entraîné de fréquentes interruptions du travail de conception du modèle et ont retardé la capacité des ÉSO à faire avancer les priorités du groupe de travail, alors même que cela avait le potentiel de favoriser une collaboration intense entre les partenaires des différents sous-secteurs pour fournir du soutien à la réponse à la COVID-19 et distribuer des vaccins. Plusieurs ÉSO ont également consulté des équipes de soutiens à l'apprentissage tels que HSPN, RISE Population Health Management Coaches, OHT Impact Fellows, ainsi que d'autres facilitateurs externes, dont certains ont joué un rôle essentiel dans la conception de modèles.

## Le progrès de la santé numérique

Les deux principaux domaines d'intérêt dans le domaine de la santé numérique sont le partage des informations sur les patients et le soutien aux soins virtuels. Certaines ÉSO ont fait une distinction claire entre ces deux domaines, ce qui a permis de fixer les priorités en matière de travaux et d'investissements. L'avancement de la santé numérique a également nécessité un travail de fond sur la protection de la vie privée. Les ÉSO devaient soumettre un Plan harmonisé de gestion de l'information (PHGI) en 2021, qui définissait leur plan pour le recueil et le partage numériques d'informations sur la santé entre partenaires ; des données qui pouvaient être utilisées pour la gestion de la santé de la population, les informations opérationnelles et la communication d'indicateurs de résultats.

Le travail des ÉSO dans le domaine du numérique a pris différentes formes. L'ÉSO A, par exemple, a établi des accords de partage de données et des comités conjoints de protection de la vie privée entre ses deux organismes de soins primaires, chacun disposant de son propre DME, alors qu'ils s'efforçaient d'avoir un seul dossier DME communautaire pour tous les patients et fournisseurs. L'ÉSO C a finalement réussi à rassembler des groupes de partenaires organisationnels sur des plates-formes communes qui faciliteraient l'échange d'informations sur les patients. Entre-temps, l'ÉSO F a élaboré un plan de santé numérique qui combine les priorités locales et provinciales tout en tirant parti de certains des modèles numériques bien établis. Deux ÉSO ont également pris des initiatives pour fournir l'accès à l'internet. L'ÉSO A s'est associée à une société de technologie de l'information et à un fournisseur d'accès à l'internet pour connecter les postes de soins infirmiers communautaires éloignés à un accès fiable à l'internet à haut débit. L'ÉSO D s'est associé à une bibliothèque publique pour fournir un accès à des ordinateurs portables, au Wi-Fi et à des espaces de confidentialité pouvant être utilisés pour des événements tels que des rendez-vous médicaux ou des entretiens d'embauche.

Le travail dans ce domaine a été rendu possible grâce à une série de facteurs : la capacité de tirer parti des partenaires, des ressources juridiques et des connaissances pour créer des exigences communes en matière de gestion des informations sur la santé dans l'ensemble de l'ÉSO (l'ÉSO B) ; apprendre des autres ÉSO et des partenariats avec elles et le soutien des régions de Santé Ontario. Il y a eu des défis tels que la difficulté de créer un dossier communautaire unique du patient en raison des changements de partenariat et de financement (l'ÉSO A), l'absence de plans stratégiques qui sont bien coordonnés, des processus d'approbation d'approvisionnement peu clairs, se sentir bombardé par une myriade d'opportunités de financement numérique avec des délais d'exécution très courts, ainsi que l'incertitude du financement et l'inquiétude quant à la possibilité d'une nouvelle orientation politique. Tout cela a souvent entraîné une réticence, voire une incapacité, à aller de l'avant avec la mise en œuvre.

## L'engagement des soins primaires

Bien que les six ÉSO aient adopté des approches différentes pour engager les prestataires de soins primaires et les médecins, ces parties prenantes ont invariablement été réunies au fil du temps dans des entités organisationnelles telles que les conseils de soins primaires ou de médecins. Dans les milieux dépourvus de ces entités, leur développement nécessitait des efforts et de la créativité. L'ÉSO F a tiré parti des assemblées générales virtuelles organisées pour planifier la réponse à la COVID-19 de leur ville afin de présenter et de favoriser l'engagement pour le modèle des ÉSO. On espérait que cela permettrait à l'ÉSO de parler d'une seule voix en matière de soins primaires tout en lui permettant de tisser des liens avec des groupes provinciaux et nationaux.

La gouvernance des conseils de soins primaires a également nécessité beaucoup de réflexion et de planification. Dans la plupart des ÉSO, les médecins faisaient partie du groupe de direction ou de pilotage. Certaines ÉSO ont bénéficié de la participation active des organismes de soins primaires tels que les équipes Santé familiale, les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et les centres de santé communautaire à leurs tables de direction. L'ÉSO B, par exemple, s'est efforcée d'inclure des représentants d'un éventail de modèles de prestation de soins primaires, allant des médecins affiliés à des hôpitaux et des équipes Santé familiale à des médecins rémunérés à l'acte et moins connectés. En plus d'adopter une approche similaire à celle de l'ÉSO B, l'ÉSO F a souligné le besoin pour les représentants des soins primaires de s'exprimer au-delà de leur propre organisme ou modèle. Bien que l'ÉSO D incluait des spécialistes au conseil, les non-médecins en étaient exclus. Ces derniers étaient plutôt représentés par des prestataires et des représentants d'organismes dans les groupes de travail et les comités de pilotage.

Dans les ÉSO ayant des conseils établis, les membres du conseil des soins primaires/médecins ont été habilités à s'impliquer dans la planification d'initiatives favorisant l'amélioration de l'accès aux soins des patients. Dans l'ÉSO B, les membres du conseil ont proposé et obtenu un financement pour de nouveaux programmes à partir des opportunités de financement du Programmes de santé numérique de Santé Ontario, tandis que les membres du conseil de soins primaires de l'ÉSO E se sont engagés dans le lancement et le soutien de projets de l'ÉSO tels que la reconception d'un formulaire d'admission et d'orientation en matière de santé mentale.

Les initiatives de sensibilisation sont souvent menées par des médecins. L'ÉSO D, par exemple, a lancé un courriel mensuel à tous les médecins de la région, les tenant informés des initiatives de l'ÉSO. Elle a souhaité administrer des sondages pour mieux comprendre l'expérience des médecins et des prestataires de soins primaires. L'ÉSO B a également tiré parti des réseaux de médecins existants, avec des membres à l'extérieur du conseil activement engagés dans le lancement des initiatives de l'ÉSO. Dans l'ÉSO D, un médecin a mené un projet visant à améliorer l'accès aux taux de dépistage du cancer durant la pandémie pour les patients qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires. Les principaux domaines prioritaires et groupes de travail de l'ÉSO F étaient dirigés par des médecins de soins primaires. La sensibilisation et l'engagement des médecins ont donc été une considération importante dans le développement des ÉSO, facilitant leur croissance soutenue et leur stabilité.

L'implication précoce dans le processus de co-conception a montré aux médecins que leur contribution était appréciée. Une communication claire et un accent mis sur la façon dont l'ÉSO pourrait ajouter de la valeur et aider à résoudre les défis des médecins à soigner les patients ont également aidé. Pour certaines ÉSO, le soutien à la gestion de projet et la rémunération pour compenser le temps consacré par les prestataires aux conseils consultatifs de soins primaires et aux groupes de direction et de travail ont été bénéfiques, surtout au début de leur développement.

### Le partenariat avec les patients, les familles et les aidants naturels

Bien que les ÉSO aient adopté des approches différentes pour impliquer les patients, les familles et les aidants naturels, elles se sont orientées vers la création d'un conseil consultatif des patients et des familles (CCPF) désigné, dont les représentants participent aux tables de direction et aux groupes de travail. Les membres du CCPF ont soutenu ou conseillé des initiatives et certains ont été encouragés à passer de la consultation à la prise de décision. L'ÉSO F, par exemple, comptait deux conseillers patients comme chefs de file dans le processus initial de demande d'ÉSO, qui ont également codirigé les activités de planification et de partage d'informations de l'ÉSO.

L'affectation de ressources en personnel de l'ÉSO pour soutenir les membres du CCPF a été un facteur important d'engagement. Ces ressources peuvent fournir un soutien administratif pour le fonctionnement du CCPF, aider le CCPF à s'engager auprès d'autres CCPF et rassembler des ressources pour renforcer leurs propres capacités. En plus d'une culture qui reconnaît l'importance des avis des patients, des familles et des aidants, elles ont démontré que l'engagement des patients était une priorité plutôt qu'une réflexion après coup pour les ÉSO. L'ÉSO D a également fait des efforts pour évaluer l'engagement de son CCPF. La réflexion sur le processus et la structure de l'engagement lui-même a permis de faire avancer ce travail.

Plusieurs équipes ont rencontré des difficultés pour recruter et retenir les membres du CCPF et pour établir une compréhension claire de leurs rôles. Les ÉSO C et E ont impliqué très tôt des représentants des patients mais ont eu du mal à recruter et à retenir de nouveaux membres. L'un d'entre eux s'est

concentré sur l'élaboration d'un plan de recrutement solide, ce qui a permis à la CCFP d'être représentée au sein de son comité de direction et de prévoir une expansion ultérieure. L'ÉSO A s'est également concentrée sur une planification solide de ce à quoi devrait ressembler son conseil, en développant une grille de compétences pour les membres. Suite à une réinitialisation du CCFP, les membres du CCFP de l'ÉSO C ont siégé dans divers groupes de travail, menant activement son travail de sensibilisation et d'engagement. L'ÉSO F a contourné le manque de clarté concernant les rôles et le champ d'action du CCFP en élaborant en collaboration des principes d'engagement, des formulaires, des valeurs, des rôles et des responsabilités clairs dès le départ.

Les partenaires patients, familles et aidants ont souvent dû faire face à des tâches de soins ou d'autogestion en plus de leur participation à l'ÉSO, ce qui peut comprendre répondre à de multiples opportunités de financement urgentes. Cela les a mis à rude épreuve et a conduit au surmenage professionnel pour beaucoup. Le manque de diversité des bénévoles est une autre préoccupation. Ce problème pourrait être atténué par des efforts de recrutement garantissant un groupe important de patients, de familles et d'aidants pour soutenir le travail des ÉSO, ainsi que par un plan de relève clair.

### L'établissement des structures de financement et d'incitation

L'objectif du modèle de l'ÉSO d'encourager une réforme durable de la santé au niveau de la population a été contrarié par l'absence d'une structure de financement stable qui a empêché les ÉSO de s'engager dans une planification et un approvisionnement à long terme. Alors que toutes les ÉSO approuvées ont reçu le même financement au titre de l'Accord de paiement de transfert, certaines ÉSO, en particulier celles situées dans des centres urbains, ont bénéficié d'organismes partenaires riches en ressources qui pouvaient verser des fonds pour couvrir les coûts liés au personnel supplémentaire et à d'autres initiatives. Plusieurs ÉSO ont également décidé d'exiger des contributions des partenaires (p. ex. 1% de leur budget de fonctionnement) dès le début du développement de l'ÉSO, leur donnant ainsi des sources supplémentaires de financement stables à utiliser à leur discrétion.

Le ministère de la Santé et Santé Ontario ont également lancé une série d'opportunités de financement ciblées liées à des initiatives spécifiques, le plus souvent dans le domaine de la santé numérique. Ces ressources supplémentaires étaient considérées comme des opportunités, même si elles présentaient des défis et des frustrations. Plusieurs ÉSO ont ressenti une pression considérable pour demander des financements, même si ces derniers ne correspondent pas toujours à leur travail actuel. Chaque appel de fonds a exigé une quantité considérable de travail et de soutien de la part de ressources déjà limitées, notamment en raison des délais d'exécution courts. En outre, les appels ne prévoyaient pas de fonds adéquats pour soutenir les ressources humaines liées aux initiatives financées. Une ÉSO a dû renégocier le financement pour obtenir les fonds nécessaires à l'embauche de cliniciens afin de garantir la faisabilité et la durabilité de ses travaux. En fin de compte, plusieurs ÉSO ont adopté une approche stratégique du financement, en ne demandant que des fonds qui s'alignent et répondent aux besoins de leurs populations de patients prioritaires et leurs objectifs stratégiques. L'ÉSO F, en particulier, a fait des progrès en élaborant des lignes directrices bien structurées pour fournir un moyen significatif d'évaluer l'intérêt pour les possibilités de financement, en les examinant et en les coordonnant d'une manière qui contribue à faire avancer ses priorités.

## Le renforcement de la mesure des performances, de l'amélioration de la qualité et de l'apprentissage continu

Les six ÉSO ont fait preuve d'un engagement fort envers l'apprentissage continu. Elles ont reconnu l'importance de renforcer leurs capacités et leurs aptitudes à s'engager dans une planification stratégique basée sur les données ainsi que dans le développement de mesures de performance associées et de cadres d'amélioration de la qualité. Les Plans d'amélioration de la qualité collaborative (PAQc) mandatés par le ministère de la Santé ont poussé certaines d'entre elles à améliorer leur mesure de la performance et leur capacité de co-conception. L'ÉSO E a élaboré et mis en œuvre des plans de mesure dans ses différents groupes de travail au début de la période de l'ED et a continué à intégrer des indicateurs de performance clés dans leurs travaux. Vers la fin de la période de l'ED, deux ÉSO (les ÉSO C et D) avaient fait des progrès considérables dans ce domaine, notamment en identifiant des indicateurs clés pour les PAQc, en développant des tableaux de bord et des cadres de mesure de la performance et des plans au niveau de l'ensemble de l'ÉSO et des groupes de travail, ainsi qu'en utilisant des données au niveau du système pour concevoir et piloter des initiatives pour des sous-groupes de leur population à travers un prisme d'amélioration de la qualité. Ces ÉSO ont pu tirer parti des ressources d'apprentissage telles que les coaches RISE, les Health System Impact Fellows et le HSPN, ainsi que des facilitateurs externes pour travailler sur les données de segmentation de la population, engager les communautés dans des initiatives de co-conception et développer des plans de suivi et d'évaluation. Bien que la mesure des performances et l'amélioration de la qualité aient été considérées comme nécessaires dans d'autres ÉSO, celles-ci n'avaient pas encore commencé à faire avancer les travaux dans ce domaine. Le manque de financement approprié (qui a à son tour affecté la capacité du personnel) a retardé le travail significatif dans la gestion des performances pour certaines d'entre elles, car les données et les outils de gestion de la population n'ont pas pu être exploités de manière appropriée.

## Discussion

Bien que neuf domaines clés de développement aient été identifiés au cours de ce travail, l'attention que les ÉSO ont accordée à chacun d'entre eux a varié en fonction des dimensions contextuelles et temporelles du développement. Malgré cela, certains facteurs communs ont facilité ou entravé les progrès, et nous nous concentrons ci-dessous sur deux éléments particulièrement saillants : l'importance de dédier du temps à la recherche de sens (c.-à-d. comprendre comment et pourquoi les gens interprètent le monde et lui donnent un sens de la manière dont ils le font) (Weick et al., 2005) comme un facilitateur du développement de l'ÉSO et les incertitudes du contexte politique comme un défi. En conclusion, nous passons en revue les divergences entre nos résultats et les huit composantes définies par le ministère de la Santé qui décrivent les critères de préparation pour la progression des ÉSO vers la maturité et nous offrons des suggestions pour leur réimagination.

## Les dimensions contextuelles et temporelles du développement des ÉSO

Le développement d'une ÉSO, en tant qu'innovation complexe de soins intégrés, s'est déroulé de manière unique et sensible au contexte ; il n'y avait pas une seule "bonne façon" pour une ÉSO d'avancer sur son chemin vers la maturité. Les ÉSO, après tout, étaient situées dans des zones géographiques différentes, avec des populations attribuées de tailles différentes et composées de divers groupes de partenaires avec des histoires distinctes. De plus, il a été fréquemment mentionné que le manque d'orientation claire au niveau politique a également contribué à la diversité des parcours des ÉSO. Pourtant, malgré d'importantes différences entre les trajectoires évolutives initiales des ÉSO, leurs

chemins se chevauchent dans neuf domaines clés, à savoir : développer une vision, établir la gouvernance, planification stratégique, concevoir et mettre en œuvre des modèles intégrés, faire progresser la santé numérique, engager les soins primaires, partenariat avec les patients, les familles et les aidants naturels, établir des structures de financement et d'incitation et renforcer la mesure des performances, l'amélioration de la qualité et l'apprentissage continu. Bien que chacun de ces domaines ait été examiné individuellement dans le présent rapport, ils ne sont pas distincts. Au contraire, les ÉSO, comme tout système adaptatif complexe, sont composées de structures, de processus et de fonctions qui interagissent et s'informent mutuellement. Par conséquent, les progrès réalisés dans chacun de ces domaines s'appuient sur les progrès réalisés dans d'autres domaines et les éclairent aussi. L'élaboration de plans de mesure des performances et d'amélioration de la qualité, par exemple, a d'abord nécessité, entre autres, un travail de planification stratégique et de conception de modèles.

## Les conditions du progrès

Dans les neuf domaines de développement, les progrès sont associés aux éléments suivants : a) des niveaux de confiance élevés, b) valeurs et priorités communes, c) consacrer du temps à l'apprentissage et à la recherche de sens, d) alignement entre les priorités de l'organisme et celles de l'ÉSO, e) l'engagement des partenaires, de la communauté, des groupes de fournisseurs et des secteurs, f) des structures de direction clairement délimitées et réparties, g) une communication forte, h) des antécédents de relations de travail en collaboration et i) les ressources humaines et financières (il est particulièrement important d'avoir des membres du personnel dédiés au travail de l'ÉSO). À l'inverse, les progrès dans tous les domaines ont été entravés : a) une confiance brisée entre les principaux groupes de partenaires, b) les parties prenantes et les organisations dont la participation était requise mais qui n'étaient pas activement engagées dans le travail de l'ÉSO, c) un manque de clarté et de communication autour des priorités et initiatives clés, d) des structures de leadership et de responsabilité définies de manière ambiguë, e) le surmenage et les défis en matière de ressources humaines, f) un manque de ressources financières et g) les divergences entre les priorités des organismes et celles de l'ÉSO. Des facteurs contextuels externes, tels que l'évolution et l'incertitude des politiques et des contextes au niveau du système, y compris les changements dans les structures législatives, de contrôle et de rapport, ainsi que la mise en place de possibilités de financement compétitives supplémentaires, ont également eu un impact sur le développement des ÉSO, tout comme la pandémie de la COVID-19. Dans de nombreux cas, la pandémie a entraîné une pause prolongée des activités de planification des ÉSO. Elle a aussi renforcé les relations entre les groupes partenaires et favorisé l'émergence de nouvelles solutions numériques et d'initiatives de sensibilisation.

### *Consacrer du temps à la recherche de sens*

Au cours de l'ED, nous avons observé que les ÉSO tentaient de trouver un équilibre entre la planification et la mise en œuvre des initiatives. Certaines ÉSO, par exemple, ont donné la priorité au développement de structures et de processus solides au niveau macro (inter-ÉSO) pour soutenir leur travail (p. ex. la gouvernance et la planification stratégique). D'autres ont passé la première partie de l'ED à travailler au niveau de l'organisme (méso) afin de bâtir une capacité interne pour des partenariats et des collaborations efficaces. Du temps a également été consacré au renouvellement de la confiance entre les groupes de partenaires organisationnels, au développement et au soutien des CCFP et à la réalisation d'un travail d'engagement formel avec les soins primaires et la communauté au sens large. D'autres encore ont commencé par piloter et améliorer des initiatives à petite échelle visant à combler les lacunes systémiques ayant un impact sur des sous-ensembles de leurs populations prioritaires, tout en marquant une pause lorsqu'il est devenu évident que tous les partenaires ne comprenaient pas clairement

comment les initiatives étaient alignées sur les priorités plus larges de l'ÉSO. La mise en œuvre peut également être retardée par une mauvaise collaboration entre les organismes membres, l'absence de certaines parties prenantes, des complications liées à la pandémie et le temps nécessaire pour cultiver les attitudes, les relations, les pratiques et les cultures d'apprentissage qui permettent de progresser dans le contexte de nouveaux réseaux interorganisationnels. Ainsi, pour toute une série de raisons, presque toutes les ÉSO ont ralenti pour apprendre, répéter et s'engager dans des conversations difficiles. Cela a entraîné une variété de processus de recherche de sens et d'apprentissage, allant de la réalisation d'exams de preuves et de l'engagement avec des ressources d'apprentissage au recours à des consultants externes. Cette recherche de sens a permis de développer de nouvelles connaissances, compétences, mentalités, normes et méthodes de travail intégrées ; le travail de base nécessaire pour transformer un système d'organismes distinctes en un réseau interorganisationnel intégré.

### *Le contexte politique*

Toutes les ÉSO ont exprimé le besoin d'une politique claire et cohérente et d'une orientation au niveau du système. Au départ, des politiques et des ressources au niveau du système qui n'étaient pas trop prescriptives ont permis aux ÉSO de définir des priorités adaptées à leurs contextes locaux. Cependant, il est rapidement apparu que les ÉSO devaient également faire face à un vide politique et à des structures de responsabilité et de rapport changeantes, tout en essayant de contourner les contraintes préexistantes du système, telles que l'incapacité à partager les données des patients entre les sous-secteurs ou à impliquer pleinement des secteurs tels que les soins à domicile et communautaires. En fin de compte, naviguer dans le contexte politique a été l'un des plus grands défis rencontrés par toutes les ÉSO. Il s'agit notamment du manque d'assurance concernant le renouvellement des financements, qui a entravé la capacité des ÉSO à s'engager dans des initiatives à plus long terme ainsi que du besoin de répondre aux exigences en matière de rapports, aux indicateurs du PAQc et aux appels de fonds qui ont été jugés non coordonnés et pas toujours alignés avec les priorités des ÉSO. Les ÉSO ont également reçu des informations différentes et parfois contradictoires de la part des représentants du ministère de la Santé, de Santé Ontario au niveau de la province et aux niveaux des régions. Certaines ÉSO ont eu le sentiment qu'elles ne pouvaient pas prendre d'engagements ou mettre en place des programmes parce qu'elles n'étaient pas sûres de la direction prise par les décideurs politiques. D'autres, en revanche, ont redoublé d'efforts pour définir une orientation pertinente au niveau local, avant l'annonce des nouvelles politiques et des directives du système.

### Réimaginer les composantes

Le ministère de la Santé a défini huit composantes des ÉSO, en précisant comment les ÉSO devaient progresser vers la maturité dans chaque domaine. Ceux-ci ont été développés et présentés par RISE (2019) comme une liste de « domaines mutuellement exclusifs et collectivement exhaustifs dans lesquels les ÉSO devront faire des choix stratégiques. » [trad.] Bien que tous les composants soient certes pertinents pour le développement des ÉSO, les données empiriques recueillies au cours de notre évaluation suggèrent des divergences entre la façon dont les ÉSO étaient censées se développer et la façon dont elles l'ont réellement fait. Le développement de l'ÉSO sur le terrain suggère également que les composantes ne sont pas nécessairement mutuellement exclusifs. En fait, elles se croisent et s'informent mutuellement. Dans leur forme actuelle, les composantes combinent également de manière catégorique des domaines clés du développement tels que « leadership, responsabilisation et gouvernance » (composante no. 6) et risquent donc de fusionner des nuances importantes dans les types de ressources et d'activités nécessaires pour réaliser des progrès dans chacun de ces domaines. Reconnaître que certains aspects du développement des ÉSO ne peuvent commencer qu'une fois que

des progrès ont été réalisés dans d'autres domaines fondamentaux peut également rassurer les ÉSO, tout en déplaçant le cadre des composantes au-delà d'une liste de contrôle qui peuvent être réalisés dans une période de temps délimitée.

## Une note sur l'évaluation du développement

La participation des chercheurs du HSPN aux activités et réunions des ÉSO a varié selon les ÉSO, en fonction du stade de maturité des ÉSO, de leur capacité à s'engager dans le processus de l'ED et des types de réunions auxquelles les évaluateurs ont participé. Toutes les ÉSO n'ont pas été en mesure de s'engager de la même manière avec les ressources d'apprentissage, que ce soit en raison d'un manque de préparation ou d'un manque de personnel. Les chercheurs intégrés se sont également engagés à différents niveaux dans les ÉSO. Tous ont participé d'une manière ou d'une autre aux activités des groupes de travail sur le terrain. Certains se sont également concentrés sur des groupes tels que les réunions du comité numérique ou du comité de direction, où les informations étaient partagées entre les membres de l'ÉSO à un niveau plus élevé. En outre, certains ont aidé les ÉSO à renforcer leur capacité à utiliser les données pour soutenir la mesure des performances et l'amélioration de la qualité, le cas échéant. Toutes les ÉSO de l'ED ont reçu des commentaires formels et informels de la part des chercheurs intégrés sur la base des données collectées tout au long de la période de l'ED. La participation à l'ED exigeait du temps et des ressources de la part des participants et les évaluateurs ont tenté de maximiser la valeur de l'approche de l'ED tout en minimisant sa charge pour ceux qui travaillent sur le terrain. Apprendre à le faire efficacement est un travail continu.

## Recommandations

### Pour les ÉSO

#### **1. Investissez dès le départ dans l'élaboration d'une vision commune.**

Il est essentiel de développer une vision claire, centrée sur le patient, qui soit significative pour les membres de l'ÉSO. À partir de là, il est possible d'identifier des populations de patients spécifiques et de mettre en œuvre de nouvelles stratégies. Le fait d'avoir une vision commune permet d'instaurer la confiance, laquelle est considérée comme étant essentielle pour travailler au-delà des disciplines et des secteurs.

#### **2. Développez des priorités significatives au niveau local qui sont équilibrées avec les priorités provinciales.**

Il a été demandé aux ÉSO d'identifier les populations prioritaires nécessitant une amélioration des soins comme point de départ pour transformer la prestation des soins. La familiarité avec les enjeux pertinents aux prestataires, aux CCFP et à la communauté est utile pour comprendre ce qui est pertinent au niveau local. Répondre aux besoins locaux peut susciter l'enthousiasme et l'engagement dans le travail des ÉSO. Il est toutefois nécessaire de maintenir un équilibre entre les priorités locales et provinciales. Comprendre comment les priorités locales se répandront ou se développeront pour aborder la gestion de la santé de la population peut favoriser l'alignement sur les priorités provinciales.

**3. *Établissez des structures formelles pour communiquer les progrès aux membres de l'ÉSO et à la communauté au sens large.***

Une bonne communication consistera à établir une structure formelle de la manière dont les différents sous-groupes (p. ex. les groupes de travail, les conseils, les comités) communiquent leurs progrès et s'assurent que les membres reconnaissent les systèmes et processus pertinents. Cette communication peut favoriser une compréhension commune dans des domaines critiques tels que les processus de prise de décision, les rôles et responsabilités des membres et les priorités de l'ÉSO. Il est également essentiel de faire de la place aux communautés informelles, tant pour relever les défis imprévus que pour établir des relations.

**4. *L'établissement de relations et de la confiance doit être un effort continu.***

Il est essentiel de prendre le temps de nouer des relations et de favoriser la confiance entre les membres, même pour les équipes dont les relations de travail et la confiance sont bien établies. L'établissement de relations doit être un processus continu, surtout lorsque de nouveaux organismes se joint à l'ÉSO. Cela comprend l'attention portée à la dynamique d'équipe et la création d'un espace sûr pour que tous les membres peuvent s'exprimer librement. Tous les membres, en particulier les dirigeants, doivent tenir compte de la dynamique du pouvoir qui existe entre les individus, les professions, les secteurs et les organismes.

**5. *Consacrez du temps à la recherche de sens et à réfléchir.***

Les ÉSO qui ont la volonté de réfléchir et d'apprendre s'amélioreront avec le temps. Une partie de cette pratique consiste à utiliser les données pour guider la prise de décision et réfléchir à la performance et aux autres processus de l'ÉSO. Il doit s'agir d'un processus inclusif impliquant les membres du CCFP et les cliniciens. Comme indiqué ci-dessus, il sera essentiel de créer des espaces sûrs pour permettre à tous les membres de s'exprimer.

Pour les décideurs politiques et les équipes de soutien aux ÉSO

**1. *Établissez dès le départ des attentes claires qui permettent une flexibilité locale lorsque cela est possible.***

Si possible, la vision globale et les attentes envers les ÉSO devraient permettre aux ÉSO d'identifier de manière flexible les besoins locaux et les mesures de succès. Cependant, lorsqu'une standardisation provinciale est souhaitée, les attentes devraient être claires et partagées le plus tôt possible, afin d'éviter que les ÉSO soient réticentes ou incapables de procéder à la mise en œuvre par crainte d'un changement des attentes.

**2. *Dans la mesure du possible, engagez-vous à fournir des conseils et un financement à long terme.***

Les ÉSO sont confrontées à de nombreux défis lorsque la durabilité financière est incertaine ; une expérience partagée est la perte de personnel qualifié lorsque la sécurité de l'emploi est limitée. Un financement et une orientation à long terme renforceront la conviction que le modèle de l'ÉSO sera maintenu et soutenu au niveau provincial.

**3. *Améliorez la communication entre tous les décideurs politiques et les équipes de soutien aux ÉSO.***

Les ÉSO ont une capacité limitée à s'engager et à tirer profit des différents soutiens ; un système de soutien bien coordonné peut aider à réduire la redondance et la charge des ÉSO. En particulier, la clarté des rôles et l'alignement des processus entre les acteurs de la politique et ceux du soutien pourraient contribuer à améliorer l'efficacité du système et à susciter la confiance et l'engagement dans les ÉSO.

#### **4. Envisagez de retravailler le cadre des huit composantes**

La révision des huit composantes de l'évolution de l'ÉSO afin qu'elles reflètent mieux la myriade de facteurs de préparation à l'intégration et l'expérience des ÉSO sur le terrain contribuera à rendre les attentes plus claires et plus réalisables. Il convient d'accorder une attention particulière à l'analyse de la composante no. 6.

## Conclusion

Les résultats de l'ED permettent de voir ce qui se passe en coulisse pour développer les ÉSO, tels que comment et pourquoi certains domaines du développement (ou « composantes ») ont été privilégiés par rapport à d'autres dans différentes ÉSO et les processus et structures nécessaires au développement des ÉSO. Si l'exploitation des contextes et des besoins locaux a pu donner naissance à des équipes uniques, beaucoup de choses ont également été partagées. Au fil du temps, les parcours de développement des ÉSO se sont largement appuyés sur les mêmes composantes, les progrès étant plus rapides dans certains domaines que dans d'autres. Les ÉSO ont également relevé les mêmes défis en matière de systèmes et de politiques. Des recherches supplémentaires seront nécessaires pour explorer la manière dont les défis au niveau des systèmes et des politiques peuvent être relevés pour permettre aux ÉSO de véritablement se développer.

## Références

Evans, J. M., Grudniewicz, A., Baker, G. R., & Wodchis, W. P. (2016). Organizational context and capabilities for integrating care: a framework for improvement. *International journal of integrated care*, 16(3).

Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario Health Teams: Guidance for Health Care Providers and Organizations.; 2019. Accessed Jan 2022. [https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/connectedcare/oht/docs/guidance\\_doc\\_en.pdf](https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/connectedcare/oht/docs/guidance_doc_en.pdf)

Patton, M. Q. (2010). *Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use*. Guilford press.

Lavis JN. RISE brief 1: OHT building blocks. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum; 2019. URL: [https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/rise-docs/rise-briefs/rb1\\_oht-building-blocks.pdf?sfvrsn=71b154d5\\_27](https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/rise-docs/rise-briefs/rb1_oht-building-blocks.pdf?sfvrsn=71b154d5_27)

Reeves S., Kuper A., Hodges B (2008) Qualitative research methodologies: Ethnography. *BMJ* 2008;337:a1020 doi:10.1136/bmj.a1020

Weick, Karl E., Sutcliffe, Kathleen M., Obstfeld, David (2005) Organizing and the Process of Sensemaking. *Organization Science* 16(4):409-421. <https://doi.org/10.1287/orsc.1050.0133>

## Annexe A: Cadres directeurs

### Cadre du contexte et des capacités pour intégrer les soins

Les éléments principaux du Cadre du contexte et des capacités pour intégrer les soins (CCIC ; Context and Capabilities for Integrating Care Framework) (Evans et al., 2016) sont les suivants :

- a) Contexte
- b) Vision/valeurs
- c) Relations/bâtir la confiance
- d) Ressources
- e) Gouvernance et responsabilisation
- f) Partage d'informations
- g) Leadership
- h) Engagement des cliniciens
- i) Représentants des patients et des familles
- j) Partenariat
- k) Coordination des soins
- l) Performance
- m) Activités/processus
- n) Facteurs externes/recommandations

### Composantes des ÉSO

Les huit composantes de la préparation des ÉSO de la première année et à maturité comme défini par the ministère de la Santé (MOHLTC 2019) sont les suivants :

1. Population de patients déterminée
2. Services pris en charge
3. Partenariat avec les patients et participation communautaire
4. Soins aux patients et expérience
5. Solutions numériques pour la santé
6. Leadership, responsabilisation et gouvernance
7. Structure de financement et d'encouragement
8. Évaluation du rendement, amélioration de la qualité et apprentissage continu

### ÉSO A

L'ÉSO A est le résultat de plusieurs années d'efforts de transformation du système à travers la ville et les communautés avoisinantes, découlant directement du Partenariat, établi en 2017, pour relever les défis soutenus de la fourniture de soins de santé, sociaux et communautaires pour leurs populations. Les partenaires ont reconnu que leur population, notamment les communautés autochtones, connaissait des résultats de santé et un accès aux services de santé disproportionnellement plus faibles en Ontario, principalement en raison des difficultés de recrutement de médecins de premier recours et d'autres ressources humaines dans le domaine de la santé. L'histoire du Partenariat est essentielle pour comprendre l'évolution de l'ÉSO, car la séparation entre le Partenariat et l'ÉSO reste un défi pour la recherche de sens pour l'équipe qui a des implications directes sur les décisions actuelles et les orientations futures en matière de gouvernance et de statut de l'entité, entre autres.

L'ÉSO A a été créée comme un « complément » stratégique au Partenariat existant, une occasion de mobiliser des fonds indispensables pour garantir des ressources supplémentaires à la région de Kenora et aux communautés avoisinantes. Grâce à cela, l'ÉSO A bénéficie des années d'expérience déjà accumulées par le Partenariat lui-même. Cet avantage se traduit surtout par une vision claire et cohérente : tous les groupes de travail et les organismes partenaires partagent une vision fondamentale pour répondre aux besoins uniques des communautés de la région d'une manière qui soit centrée sur la personne et le patient et qui soit équitable et accessible. Les partenaires semblent également comprendre et convenir qu'une transformation fondamentale du système de santé est nécessaire pour atteindre cet objectif, car les modèles de soins actuels sont insuffisants. La mise en œuvre opérationnelle de cette transformation s'est concentrée sur quelques domaines clés qui constituent les groupes de travail centraux de l'ÉSO : la santé mentale et la toxicomanie (la population prioritaire pour les activités initiales de l'ÉSO), le logement et l'itinérance, la santé numérique et les soins primaires. Tous ces groupes de travail sont soutenus par un Conseil consultatif des patients, des familles et des sages (CCPFS) qui a été créé à l'issue d'un processus délibératif et équitable impliquant un comité de planification temporaire. Bien que la participation des patients, des familles et des sages n'ait pas été substantielle lors des premières phases de planification, l'orientation de l'ÉSO par le biais du leadership du CCPFS démontre un engagement clair à impliquer les individus, les communautés et les groupes en tant que partenaires égaux pour aller de l'avant.

Les relations préexistantes entre les partenaires de l'ÉSO ont toutefois créé une histoire tout aussi longue de relations difficiles et parfois tendues entre les organismes partenaires et au sein de ceux-ci. Cette situation s'explique en partie par des limitations substantielles des ressources et par le sentiment que certaines communautés (par exemple, les Premières nations vivant dans les réserves) sont privées de ressources de manière disproportionnée. Les ressources sont limitées dans les domaines des ressources humaines en santé, du financement des programmes et de l'infrastructure administrative et de gestion des projets, mais aussi dans les ressources fondamentales telles que l'accès au téléphone et à l'internet pour les soins virtuels et le logement pour les communautés les plus démunies de la région. Ces contraintes ont été omniprésentes dans presque toutes les réunions et discussions des groupes de travail et ont été renforcées par la pénurie de données appropriées et applicables sur la santé de la population pour guider la prise de décision fondée sur des données probantes. Cela a créé un environnement dans lequel les partenaires ont été contraints de répondre (avec une capacité organisationnelle et de

planification limitée) à des appels de financement rapides, lesquels peuvent ou non s'aligner directement sur les objectifs stratégiques de l'ÉSO. En conséquence, la population prioritaire stratégique de l'ÉSO (la santé mentale et la toxicomanie) a souvent été mise de côté au profit d'autres priorités imminentes, soit celles qui étaient dictées par les possibilités de financement, soit celles (comme le nouvel hôpital régional et les établissements de soins de longue durée) qui étaient les priorités prévues par le Partenariat mais pas nécessairement les priorités de l'ÉSO à court terme.

Les partenaires de l'ÉSO ont eu plusieurs discussions sur l'exploration de modèles de gouvernance formalisés, y compris devenir une entité juridique et/ou un dépositaire d'informations sur la santé. Ces décisions sont étudiées méthodiquement et réévaluées au fur et à mesure que les besoins de l'ÉSO évoluent et réapparaissent. Toutefois, à court et à moyen terme, le manque de clarté sur ces questions crée des difficultés pour certains partenaires, par exemple en ce qui concerne l'accès aux informations personnelles sur la santé par ceux qui ne sont pas désignés comme étant des organismes de soins de santé (p. ex. les partenaires municipaux, les représentants de la ville, etc.). Les modèles de gouvernance et de responsabilisation ont également des implications directes sur la mesure dans laquelle l'ÉSO peut envisager et faire avancer concrètement la transformation des modèles de soins primaires, par exemple en définissant les rôles et les services offerts par des partenaires de soins primaires spécifiques. Cette problématique s'étend à l'organisation des rôles de leadership du Partenariat et de l'ÉSO A, en assurant la communication et la collaboration entre tous les membres des groupes de travail, les responsables, les co-responsables du Partenariat et le responsable exécutif de l'ÉSO.

À la lumière de cet environnement très ambigu, les succès de l'ÉSO dans un délai limité (p. ex. la création de nombreux groupes de travail, des progrès substantiels en matière d'innovation dans le domaine de la santé numérique, plusieurs demandes de financement réussies, etc.) reflètent l'engagement extrêmement fort des partenaires de l'ÉSO, en dépit des obstacles énoncés. Afin d'accomplir ce travail, la confiance est devenue un principe directeur et un thème, plutôt qu'un obstacle ou un facilitateur formel. Les partenaires font preuve d'ouverture et de volonté pour reconnaître le manque de confiance historique dans la région, tout en s'efforçant d'aller de l'avant avec la conviction que les torts du passé peuvent être réparés et que la confiance peut à son tour être instaurée entre les organismes. La confiance se manifeste concrètement par des efforts substantiels en faveur d'un dialogue intentionnel, d'une conversation franche et d'une retraite récente visant à « réinitialiser » le partenariat stratégique. Ces efforts seront essentiels au maintien de l'ÉSO, en particulier lorsque les partenaires navigueront dans un système qui va souvent à l'encontre de l'établissement de la confiance en raison du manque de transparence dans le financement.

## ÉSO B

L'ÉSO B a été développée à partir d'une vaste stratégie d'engagement avec un large éventail de partenaires, y compris des organismes ayant déjà des comptes à rendre aux payeurs (hôpital, soins de longue durée, équipe de soins primaires) et à d'autres prestataires de services, ainsi que des organismes communautaires (entreprises de prestation de services de soins à domicile, organismes communautaires de santé mentale, société Alzheimer, etc.). Une « [Ville] compatissante » a été fondée sur les principes directeurs suivants : un objectif commun, des membres de la communauté au centre de la co-conception, un leadership réparti, des actions connectées et collaboratives, un état d'esprit innovant et un engagement en faveur de la diversité, de l'inclusion et de l'équité. Cette ÉSO avait pour objectif d'accélérer la croissance grâce à une approche d'impact collectif, décrite comme le passage d'une réponse individuelle aux problèmes de soins de santé à une collaboration pour résoudre des problèmes de système complexe. Les propositions initiales pour cette ÉSO comprenaient des travaux sur les soins aux personnes âgées fragiles et un accent particulier sur un programme de réorientation vers un autre niveau de soins (ANS) pour permettre aux personnes âgées nécessitant des soins de longue durée de sortir d'un hôpital de soins aigus et d'être soignées dans la communauté avec des niveaux élevés d'aide à domicile. D'autres initiatives ont été lancées dans le cadre d'un programme de soins palliatifs et de santé mentale communautaire.

La collaboration et le collectivisme étaient très présents dans cette ÉSO et l'une de ses caractéristiques notables était la volonté de nombreux partenaires de consacrer des ressources à des activités communes. Des personnes de nombreuses organismes membres ont consacré du temps à des groupes de travail, à une équipe de soutien ainsi qu'à des réunions hebdomadaires avec tous les membres signataires de l'ÉSO tout au long de la pandémie COVID-19. Cette collaboration s'est manifestée de la manière la plus explicite dans les réponses apportées à la pandémie, qu'il s'agisse de la mise en place de cliniques de dépistage et de vaccination ou de programmes de sensibilisation avec des ambassadeurs communautaires et des équipes mobiles qui se rendaient dans diverses localités pour rencontrer la communauté là où elle se trouvait.

L'accent a également été mis sur le développement et le soutien du Conseil de la santé des patients et des soignants. Ce conseil a été habilité à concevoir l'approche de l'engagement communautaire à employer dans l'ensemble de l'ÉSO. Un cadre d'équité en matière de santé a également été développé en collaboration, dans l'espoir qu'il soit utilisé dans le développement de l'engagement communautaire et la co-conception des programmes de l'ÉSO. Ces éléments fondamentaux ont soutenu le développement d'initiatives individuelles au sein de l'ÉSO.

Le groupe de soins primaires était également un constituant actif de cette ÉSO avec plusieurs initiatives de santé numérique, notamment la prise de rendez-vous en ligne, les soins virtuels avec les patients et l'accès rapide des médecins aux consultations de spécialistes par le biais d'une plateforme virtuelle.

L'ÉSO procède actuellement à la réorganisation de la direction afin de créer un nouveau comité opérationnel pour distinguer les activités de mise en œuvre du groupe de gouvernance et de direction. Les axes de travail et les initiatives sont également réorganisés en fonction des groupes de population, ce qui est plus conforme à une approche de gestion de la santé de la population.

L'ÉSO C s'est réunie dans le but d'améliorer la prestation des soins et les expériences de soins pour les personnes âgées fragiles et leurs aidants naturels, ainsi que les expériences des prestataires qui servent et soutiennent ces personnes âgées. Les membres de l'équipe de direction de l'ÉSO représentent des organismes et des groupes de prestataires ayant une grande expérience de la prise en charge des personnes âgées au sein de la collectivité et les organismes de soins primaires ont été fortement représentés tout au long du développement de l'ÉSO. Le groupe avait une compréhension commune et claire des lacunes spécifiques et des obstacles au niveau du système contribuant à la fragmentation des soins que recevaient les personnes âgées fragiles de leur communauté. Ils ont également été en mesure d'expliquer clairement comment cela se traduisait par une utilisation inutile du système, des effets néfastes sur la santé ainsi qu'une charge et une frustration pour les personnes âgées, leurs aidants naturels et les prestataires de soins.

Non seulement les membres de cette ÉSO sont arrivés à la table avec une compréhension commune de leurs « points faibles », mais parce que l'ÉSO était située dans une région rurale plus petite, plusieurs de ses partenaires fondateurs et organismes collaborateurs avaient déjà travaillé ensemble par le passé. Les atouts essentiels identifiés par le groupe sont la confiance mutuelle (« aucun d'entre nous n'hésiterait à prendre le téléphone pour demander une faveur ») et une culture centrée sur le patient (« nous faisons ce qu'il faut » pour servir les patients). L'équipe de leadership se considérait comme des « faiseurs » et des dirigeants « opérationnels », capables de s'adapter, de répondre aux besoins immédiats des patients et de s'impliquer activement dans les initiatives sur le terrain. Un besoin d'accomplir des choses est omniprésent dans cette ÉSO. Dans le même temps, il a été reconnu qu'ils allaient parfois trop vite et de nombreux membres ont exprimé le souhait de trouver des moyens de ralentir, d'apprendre à s'améliorer et d'être mieux capables de s'engager dans les travaux axés sur les données.

Cet ensemble commun de normes et d'orientations opérationnelles, ainsi que la tension entre la rapidité et la lenteur de l'apprentissage, ont caractérisé le fonctionnement de l'ÉSO dès le départ. L'ÉSO a commencé par « faire ». Au début, l'accent a été mis sur la refonte ou la création de nouveaux parcours de soins pour les personnes âgées fragiles, la population prioritaire de la première année, et sur la poursuite de ce travail pour la deuxième année et d'autres populations prioritaires identifiées : les personnes ayant besoin de soins palliatifs et celles qui subissent les effets négatifs des déterminants de la santé. Plusieurs de ses groupes de travail ont élaboré et mis en œuvre des initiatives de micro-intégration qui s'attaquaient à des redondances procédurales spécifiques (p. ex. évaluations en double), ainsi qu'à des obstacles et à des inégalités au niveau du système (p. ex. le partage des informations sur les patients parmi les groupes de prestataires et les organismes, le manque d'accès aux soins primaires pour les personnes sans domicile, ainsi que les lacunes importantes en matière de soins de fin de vie) qui empêchaient la mise en place de soins intégrés de grande valeur. Ces groupes de travail sont partis de la base et ont cherché à améliorer les parcours inter-organisationnels spécifiques pour des sous-ensembles de leur population prioritaire qui glissent entre les mailles du filet en ce qui est des organismes de soins (p. ex. soins primaires et hôpital ; refuge pour sans-abri ; hospice, soins à domicile et en milieu communautaires, soins primaires, hôpital). Dans le même temps, des domaines de travail parallèles axés sur l'amélioration de l'infrastructure de santé numérique et le renforcement des capacités en matière de données et des ressources de gestion de la performance se déployaient pour soutenir ces micro-initiatives, ainsi que les travaux qui se déroulaient aux niveaux méso et macro au sein de l'ÉSO.

L'avancement de toutes les initiatives et de tous les domaines de travail a été entravé par une série de difficultés, notamment la pénurie de ressources humaines, la nécessité de donner la priorité aux

ressources pour répondre à la pandémie, ainsi que l'incapacité de s'engager dans une planification et une embauche à plus long terme, en raison de la manière dont le financement a été fourni aux ÉSO. Néanmoins, lors du ressourcement pour soutenir la gestion de projet, l'infrastructure de santé numérique, ainsi que la gestion des données et de la performance, l'aide à la décision s'est stabilisée avec plusieurs pièces critiques de la vision de cette ÉSO qui se sont assemblées. Il s'agissait notamment d'utiliser des solutions numériques pour soutenir les plans de soins partagés et la capacité d'analyser les segments de données afin de déterminer comment établir des priorités, fournir des ressources et étendre les micro-initiatives de manière plus efficace. Plus précisément, l'ÉSO a pu se recentrer sur l'intégration des groupes de partenaires organisationnels dans des plateformes communes, telles que Health Partner Gateway, qui faciliteraient l'échange d'informations sur les patients. L'équipe a également participé aux activités de soutien à l'apprentissage du HSPN et s'est concentrée sur le renforcement de sa capacité à utiliser différentes sources de données pour piloter et suivre les travaux entrepris par les groupes de travail et pour élaborer des cadres d'amélioration de la qualité et de mesure des performances à l'échelle de l'ÉSO.

En fin de compte, la tension entre l'action et l'apprentissage s'est transformée en un complément productif pour cette ÉSO. À la fin de la période d'évaluation, l'ÉSO avait défini des priorités stratégiques claires et cohérentes à court terme en vue d'un plan stratégique à plus long terme et le CCFP de l'ÉSO était devenu plus actif dans le travail de l'ÉSO. De plus, l'ÉSO a réorganisé sa structure organisationnelle, donné la priorité à la création de nouveaux postes de directeurs et à un soutien supplémentaire à la gestion de projets, s'est engagé dans un travail de schématisation du système, d'engagement communautaire et de co-conception et a intégré de nouveaux organismes partenaires qui seraient essentiels pour soutenir le travail prévu pour les années à venir.

## ÉSO D

La vision globale de l'ÉSO D est « d'atteindre ensemble la meilleure santé et le meilleur bien-être ». Cet ÉSO adopte une approche holistique de la santé, prenant en compte la personne tout entière et sa famille. Une attitude de collaboration est intégrée dans leur vision et se traduit dans la pratique par une approche collaborative du leadership. L'ÉSO D est fière de ses relations de collaboration et de son travail commun dans l'intérêt de la communauté. En tant que petite communauté rurale, l'ÉSO D avait déjà mis en place de nombreux partenariats avant la création de l'ÉSO. La confiance et le respect avaient déjà commencé à s'instaurer, ce qui a contribué à leur capacité à se réunir rapidement pour atteindre un objectif commun. L'ÉSO D a des possibilités d'amélioration pour ce qui est de garantir l'égalité des voix et d'apprendre à avoir des divergences d'opinion et à les surmonter. Ils ont donc entrepris des activités visant à renforcer l'esprit d'équipe et la communication.

L'ÉSO D a investi dans l'établissement d'une base solide pour son ÉSO. Au cours du printemps 2021, tous leurs efforts ont été concentrés sur la planification stratégique et l'ÉSO est maintenant bien placée pour réaliser leur vision. Ils ont déployé un effort d'engagement important auprès des partenaires internes et de la communauté dans son ensemble. Plus de 1 700 membres de la communauté ont fait part de leurs commentaires, identifiant des vastes questions avec des priorités claires. Les thèmes ont été traduits en buts stratégiques, avec des objectifs et des actions associés à chacun d'entre eux.

L'engagement interne a permis d'affiner le plan stratégique et de clarifier les responsabilités de chaque groupe de travail en ce qui concerne la réalisation des buts stratégiques. Un modèle a été élaboré pour suivre les progrès de chaque groupe dans la réalisation des objectifs. Le soutien de la direction et les ressources dévouées et qualifiées de l'équipe centrale ont favorisé l'élaboration du plan stratégique.

Grâce à une compréhension claire des objectifs et des priorités, l'ÉSO D est en mesure de relever les défis liés aux ressources. Par exemple, lorsque le taux de COVID-19 a grimpé, ils ont su réduire la voilure et, grâce à la diversité des possibilités de financement et des autres opportunités qui s'offrent aux ÉSO, ils ont la capacité et la confiance nécessaires pour être sélectifs. Afin d'approfondir son cadre de responsabilité partagée, l'ÉSO D a passé en revue les plans stratégiques des organismes partenaires pour en favoriser l'alignement.

L'ÉSO D adopte une approche axée sur la santé de la population et a défini un plan de travail pour identifier les priorités par le biais de la segmentation de la population. Leur population prioritaire au début était les adultes de 55 ans et plus souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques spécifiques et elle a été récemment élargie pour inclure la santé mentale et les toxicomanies chez les adultes. Avec l'aide d'un titulaire d'une bourse d'impact sur le système de santé, ils ont maintenant identifié une sous-population, la MPOC chez les jeunes aînés (âgés de 55 à 74 ans) et un plan pour se concentrer sur la co-conception. Le fait de se concentrer sur un projet clé permet d'aller de l'avant avec une orientation claire et donne de l'élan à l'ÉSO.

Outre l'identification des priorités, l'ÉSO D a réalisé d'autres investissements pour mettre en place des bases solides. L'ÉSO a concentré ses efforts sur le soutien au CCPF en lui consacrant des ressources et en lui apportant l'aide de son personnel. Des représentants des patients et des aidants participent à la plupart des groupes de travail et leur rôle est valorisé dans l'ensemble de l'ÉSO. Les responsabilités des groupes de travail de l'ÉSO D sont ancrées dans le plan stratégique. Son groupe de travail sur l'équité et la diversité est resté actif tout au long de la pandémie, renforçant les relations et la prise de conscience des lacunes dans les services. Ils ont permis de sensibiliser les travailleurs de la santé aux différences culturelles. L'ÉSO D a récemment créé de nouveaux partenariats avec le secteur communautaire afin d'améliorer l'accès aux services en ligne. Les travaux en cours sur la santé numérique et le partage

d'informations comprennent plusieurs initiatives et ont abouti à une demande de financement auprès de Santé Ontario. Au fur et à mesure que l'ÉSO D progressera, elle modifiera l'équilibre entre le travail de fondation et la co-conception et la mise en œuvre.

## ÉSO E

L'ÉSO E a défini sa vision dans le cadre d'un processus de discussion avec les partenaires et la communauté. En avril 2021, leur conseil de direction a officialisé leur mission, leur vision et leurs valeurs. Au niveau le plus large, il y a un engagement et un alignement sur la vision et les valeurs de l'ÉSO, qui est « d'améliorer la santé des communautés que nous servons et de favoriser une meilleure expérience pour les individus et les prestataires ». Récemment, l'ÉSO E a défini quatre objectifs stratégiques pour son ÉSO et a créé un document permettant d'aligner les initiatives approuvées sur ces objectifs. Ils ont partagé leur vision et reconnu leurs accomplissements lors de leur première assemblée générale annuelle.

Les relations et la confiance continuent de s'établir dans cette ÉSO. Ils apprennent comment fonctionnent les autres organismes et secteurs partenaires. Au fur et à mesure de cet apprentissage, il est possible de clarifier la vision et de renforcer les liens avec le niveau opérationnel, en se concentrant sur la manière dont la vision sera réalisée. Le leadership de l'ÉSO E est en mesure d'identifier les domaines d'amélioration de la vision, de leur structure et de leurs opérations. Les membres du conseil d'administration s'interrogent sur la nécessité d'une vision globale et d'un engagement sectoriel. Le conseil d'administration se demande « que peut faire l'ÉSO ? », ce qui démontre son intérêt pour la recherche de solutions. Ils sont toutefois confrontés au manque de perspectives à long terme fournies par le ministère de la Santé et au manque de clarté au-delà d'un an.

Avec l'objectif général d'intégrer les soins pour leur population prioritaire, l'ÉSO E a mis en œuvre plusieurs programmes qui répondent aux besoins de services et alignent les soins. L'un de ces programmes réunit une équipe de soins multi-professionnelle pour fournir des soins primaires intégrés aux personnes âgées qui ne peuvent pas accéder aux services de soins en cabinet. Bien qu'ils aient été en mesure de lancer des programmes avec succès, les difficultés rencontrées avec la COVID-19 ont entraîné des retards dans la mise en œuvre de certains des travaux prévus. Par exemple, les programmes qui nécessitent un engagement fort de la part des spécialistes qui ont dû faire face à une augmentation du nombre de patients ont été retardés. L'ÉSO E élabore des paramètres d'évaluation pour ses différents programmes et suit les progrès réalisés par le biais d'un modèle de suivi pour tous les groupes de travail et les projets. En plus de lancer des programmes au sein de leur ÉSO, ils identifient des possibilités de partenariat avec les ÉSO voisins (et d'autres), notamment en soumettant à Santé Ontario, au nom des trois ÉSO, une proposition de modèle virtuel de soins pour la santé mentale et la toxicomanie chez les jeunes. Dans le cadre des travaux fondamentaux visant à concrétiser leur vision, ils ont créé une structure de gouvernance avec une représentation sectorielle et ont mis en place des processus pour la succession des membres. Ils ont établi des méthodes d'évaluation et d'approbation des projets proposés.

Plusieurs facteurs ont aidé l'ÉSO E à concrétiser sa vision. Les contributions des partenaires sont un élément clé de tout ce que l'ÉSO a accompli jusqu'à présent, les organismes membres participants consacrant un pourcentage de leur budget à cet effet. Grâce à un soutien en nature, en particulier de la part de l'hôpital, l'ÉSO E dispose d'un personnel suffisant. Ils disposent d'un leadership opérationnel fort, ce qui leur permet d'effectuer le travail fondamental de mise en place d'une ÉSO et de mise en œuvre de nouvelles initiatives. Dès le début de leur développement, les ressources en matière de gestion de projet ont constitué un point fort, le soutien en matière de gestion de projet étant disponible pour de nombreux groupes de travail, initiatives et fonctions essentielles de l'ÉSO (gestion des performances en matière de leadership).

Enfin, l'implication forte des médecins est un gage de réussite. Malgré l'engagement limité des médecins au stade initial de l'ÉSO, l'ÉSO E entreprend un engagement proactif des médecins à tous les niveaux. Les partenariats de collaboration avec les organismes de soins primaires et les organismes communautaires ont permis aux projets de progresser efficacement. Plusieurs des initiatives lancées à ce jour ont une orientation clinique et des médecins membres en sont à la tête ou les dirigent. En s'impliquant dans l'ÉSO, les médecins membres s'éloignent de l'approche organisationnelle et donnent la priorité à l'amélioration, à l'intégration et à l'impact sur les patients et les soins de santé primaires.

## ÉSO F

L'ÉSO F est une équipe urbaine (hors Grand Toronto) avec une population attribuée de 620 000 habitants. Dans le contexte d'une pandémie qui a mis en évidence les besoins de ses populations vulnérables sur le plan socio-économique, cette ÉSO a décidé de se concentrer sur une stratégie de soins collectifs comprenant des établissements de soins pour bénéficiaires internes (ÉSBI), des centres d'hébergement pour femmes, des maisons de retraite et des centres de soins de longue durée (SLD). Elle se considérait comme un leader dans le domaine des soins intégrés, étant donné qu'elle avait l'habitude de diriger des initiatives locales à plus petite échelle. Les parties prenantes croyaient sincèrement en la valeur de la vision de l'ÉSO, qui consiste à améliorer la santé de la population en mettant l'accent sur l'équité, les besoins de la communauté et le continuum des soins. Au début de son développement, l'ÉSO F s'est attachée à mettre en place une structure durable sur laquelle elle pourrait s'appuyer. L'accent mis sur le processus (c.-à-d. l'élaboration de solutions intégrées répondant aux besoins locaux tout en garantissant la représentation et l'équité) a permis d'adopter une approche réfléchie et à long terme du développement de l'ÉSO.

Un exemple de cette approche est l'accent mis très tôt sur l'équité et la gouvernance. Un comité consultatif sur l'équité, la diversité et l'inclusion a été créé, des recherches ont été menées et un rapport a été rédigé sur le sujet. On espérait qu'une perspective d'équité influencerait non seulement la prestation des soins de santé, mais aussi la structure et la culture de l'équipe. L'ÉSO F est également devenue la première ÉSO à se constituer en société, afin de mieux gérer le financement, l'acquisition de services, d'établir des politiques et d'orienter la prise de décision. Pendant de nombreux mois, les parties prenantes ont réfléchi à la manière dont les sièges du conseil d'administration seraient attribués et ont mis en balance le défi d'avoir de nombreuses voix à la table et celui de rassembler des secteurs disparates dans un nombre limité de sièges au conseil d'administration.

Parallèlement, l'équipe a commencé à élaborer un modèle de gouvernance des soins primaires. Des assemblées générales virtuelles sur les soins primaires, incitées par la pandémie, ont servi de tremplin à des groupes de travail où une structure de gouvernance a été élaborée pour ce qui allait devenir une table réunissant les voix des soins primaires dans toute l'ÉSO. Cela permettrait à l'ÉSO de parler d'une seule voix en matière de soins primaires, tout en lui permettant d'établir des liens avec des groupes provinciaux et nationaux. Un travail similaire a été réalisé en ce qui concerne l'engagement des patients. Cette ÉSO a fait des représentants des patients et des familles les responsables de sa candidature à l'ÉSO et a d'emblée préféré intégrer les représentants dans ses différents comités plutôt que de les placer au sein d'un CCPF distinct. Au fil du temps, un réseau de patients, de familles et de partenaires de soins s'est constitué pour soutenir les projets et contribuer aux activités de l'ÉSO. Les principes d'engagement, les formes, les valeurs, les rôles et les responsabilités ont été élaborés en collaboration par le groupe.

L'approche réfléchie de l'équipe pour le développement de l'ÉSO s'est étendue à la manière dont elle a abordé les priorités numériques et identifié les besoins prioritaires de la population. Le groupe numérique a mis au point un processus permettant d'évaluer l'intérêt pour la myriade d'opportunités de financement numérique qui se présentaient à lui et de les classer par ordre de priorité. Des groupes de travail plus petits ont été constitués pour élaborer des propositions conformes aux priorités stratégiques tout en démontrant un soutien clinique, exécutif et financier. L'ÉSO a également décidé qu'il lui fallait bien comprendre ses populations de patients avant de reconcevoir les soins. Dirigé par des médecins de première ligne, le groupe ÉSBI a mené des recherches sur le terrain pour comprendre qui vivait dans des résidences spécifiques et quels étaient leurs besoins, tandis que le groupe SLD a mené des recherches

similaires pour comprendre les besoins des résidents, des membres de leur famille et du personnel et a compilé une banque de données sur les meilleures pratiques. Ils espéraient que cela faciliterait la prise de décision, permettrait la conclusion d'un accord de participation solide entre les partenaires et, à terme, contribuerait à l'élaboration d'une politique plus large.

Malgré les avantages que lui confèrent ses partenariats de longue date et sa familiarité avec les initiatives d'intégration, cette ÉSO a également été confronté à des défis. Il s'agit notamment de l'intégration d'une zone géographique voisine sans accès immédiat au financement nécessaire pour faciliter cette intégration, du défi que représente l'intégration de nouvelles mesures de rétablissement du système dans des domaines prioritaires déjà conçus et pertinents au niveau local, et de la difficulté de développer une vision à long terme de l'ÉSO avec un financement à court terme. Ce dernier point était particulièrement préoccupant pour le personnel qui constituait le pilier de cette ÉSO, tandis que les possibilités de financement limitées et des dates d'échéance courtes des demandes ont eu une incidence sur la capacité à planifier à long terme. Confrontée à la nécessité de mettre en œuvre une vision à long terme de la santé de la population avec des budgets à court terme et des priorités politiques changeantes, l'ÉSO s'est engagée dans l'art du possible.