

Équipes Santé de l'Ontario

Évaluation centrale

Comblent l'écart entre la mise en œuvre du programme et la conception du système :
explorer la manière dont les exécutants et les parties prenantes du système
abordent le développement du
Équipes Santé de l'Ontario

Gayathri E. Embuldeniya
Paul Wankah Nji
Walter P. Wodchis

Février 2024

© Réseau de performance du système de santé, 2024

Cette publication peut être reproduite en tout ou en partie à des fins non commerciales uniquement, à condition que le contenu original, ou une partie de celui-ci, ne soit modifié d'aucune façon sans l'autorisation écrite expresse du HSPN. Pour obtenir cette autorisation, veuillez contacter hspn@utoronto.ca.

Les opinions, résultats et conclusions inclus dans ce rapport sont ceux des auteurs et sont indépendants des sources de financement.

À propos de nous

Le Réseau sur la performance du système de santé (RSPS) est un réseau collaboratif de chercheurs, de chercheurs invités, de boursiers postdoctoraux, d'étudiants diplômés et de chercheurs qui collaborent avec les dirigeants et les décideurs du système de santé afin d'améliorer la gestion et la performance de notre système. S'appuyant sur l'expérience reconnue de l'Ontario en matière de mesure de la performance, fruit de l'initiative novatrice Hospital Report Research Collaborative de 1998, le RSPS a été créé en 2009 et s'est forgé une solide réputation en matière de mesure, de recherche, d'évaluation et d'amélioration de la performance en Ontario, grâce à son expertise dans de multiples domaines de la performance du système de santé, notamment les points de vue des patients, des prestataires de soins, de la santé de la population et des coûts. Le RSPS est financé par le ministère de la Santé de l'Ontario.

Coordonnées

Réseau de performance du système de santé
155, rue College, bureau 425
Toronto (Ontario) M5T 3M6
Téléphone : +1 (416) 946-5023
Courriel : hspn@utoronto.ca

Affiliations des auteurs

Gayathri E. Embuldeniya, PhD – HSPN, Université de Toronto
Paul Wankah Nji, M.D., Ph.D. – HSPN, Université de Toronto
Walter P. Wodchis, Ph. D. – HSPN, Université de Toronto; Institut pour une meilleure santé, Trillium Health Partners; et ICES

Soutien financier

Cette recherche a été financée par une subvention 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 publication ou la préparation du rapport.

Citation suggérée

Embuldeniya GE, Wankah Nji P et Wodchis WP. Évaluation centrale des équipes Santé Ontario – Comblent l'écart entre la mise en œuvre des programmes et la conception du système : Exploration de la façon dont les responsables de la mise en œuvre et les intervenants du système abordent le développement des équipes Santé Ontario. Toronto (Ontario) : Réseau sur la performance du système de santé. 2024.

Table des matières

INTRODUCTION.....	4
MÉTHODES.....	4
RÉSULTATS.....	5
1. Définir l'orientation et les leviers pour mettre en œuvre le changement.....	5
Perspectives de l'OHT.....	5
Perspectives du système.....	6
2. Normalisation dans un contexte d'hétérogénéité	9
Perspectives de l'OHT	9
Une perspective autochtone	10
Perspectives systémiques	10
3. Responsabilité du financement	12
Perspectives de l'OHT	12
Perspectives du système.....	12
Perspectives alternatives.....	13
4. Rôles et relations	14
Perspectives OHT	14
Perspectives système	15
DISCUSSION	17
RECOMMANDATIONS POUR LES SUPPORTS SYSTÈME	18
RÉFÉRENCES.....	20

Introduction

Le ministère de la Santé de l'Ontario (MSO) a lancé en 2019 une nouvelle initiative de soins intégrés, les Équipes Santé Ontario (ÉSO), dans le but de réformer la prestation des soins de santé. À maturité, cette initiative impliquerait une collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux de tous les secteurs pour offrir des soins coordonnés, cliniquement et financièrement responsables, avec la participation des patients, des familles et des aidants. Un environnement à faibles contraintes était en place durant cette phase initiale, afin de tenir compte des priorités et de l'expérimentation locales. Par conséquent, si les ÉSO pouvaient définir les populations de patients dont elles prévoyaient être responsables lors de la première phase de leur mise en œuvre, leur objectif ultime était la gestion de la santé de la population : chaque Ontarien serait membre d'une ÉSO qui lui fournirait des soins coordonnés et transparents tout au long du continuum hôpital-communauté, du berceau au tombeau.

Le Réseau pour la performance du système de santé (RSPS) a été financé par le ministère de la Santé de l'Ontario (MSO) pour mener une évaluation indépendante et centralisée des ÉSO. Cette évaluation a comporté une phase formative (2019 – Français 2020) s'est concentré sur la compréhension des expériences des participants lors du développement précoce des ÉSO1 et sur une phase d'évaluation développementale (ED) (2021-2022) qui a étudié et guidé le développement de six ÉSO2. Si ces travaux ont mis en lumière les défis internes et locaux auxquels de nombreuses ÉSO étaient confrontées (de la prépondérance des médecins exerçant seuls dans certaines régions au manque de confiance envers d'autres), ils ont également révélé qu'un défi clé commun à toutes les ÉSO était, en fait, de nature externe : l'anxiété liée au système et à l'environnement politique dans lesquels elles évoluaient.

Alors que les ÉSO s'orientaient vers une intégration à une nouvelle échelle, les structures systémiques nécessaires pour soutenir ce changement étaient elles-mêmes en pleine transformation. En 2019, la première cohorte de 29 ÉSO a été annoncée.

(Il existe maintenant 58 ÉSO dans la province)4 – Le gouvernement provincial a annoncé une transformation structurelle importante du système de santé. Les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS, autorités régionales responsables des services de santé d'une population géographiquement définie) et d'autres établissements de santé clés seraient regroupés sous une nouvelle « super agence », Santé Ontario (SO), qui serait chargée de superviser la planification et la prestation des soins de santé du système de santé.56

Au fil du temps, le ministère de l'Hygiène de l'Ontario a développé de manière organique une structure « corporative » et « régionale » conçue pour coordonner et fournir des soutiens centraux et locaux. Parallèlement, la responsabilité des soins à domicile et en milieu communautaire a été transférée aux Services de soutien aux soins à domicile et en milieu communautaire (SSSCMC)7, jusqu'à ce que ces services soient progressivement transférés aux ÉSO elles-mêmes. Des politiques et des orientations clés relatives aux ÉSO ont également été élaborées pendant cette période. Cela comprenait la modernisation de la réglementation de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS) afin de faciliter le partage des données des patients au sein des ÉSO. La mise en œuvre et le soutien de l'intégration des soins de santé ont donc été entrepris dans un contexte en pleine évolution, tant par les ÉSO que par les intervenants du système.

Cette phase de recherche évaluative s'est donc concentrée sur l'identification des préoccupations des parties prenantes de l'OHT concernant le système et le contexte politique et sur la compréhension de la manière dont les parties prenantes du système ont répondu à ces préoccupations et sur leurs propres préoccupations.

Méthodes

Nous avons mené 18 entretiens semi-structurés d'une durée de 18 heures auprès de participants du système et des équipes de santé en santé (ÉSS) de novembre 2022 à février 2023. Réflétant notre attention portée au contexte systémique et politique, six entretiens ont été menés auprès de participants aux ÉSS, dix auprès d'acteurs du système et deux auprès de participants dont les positions dépassaient les frontières entre l'ÉSS et le système. Les participants aux ÉSS étaient en grande partie des dirigeants clés de leurs ÉSS, tandis que les participants au système représentaient divers services, niveaux et domaines d'expertise, tant au sein de l'ÉSS que du ministère de la Santé. Aucun de ces entretiens n'a été mené.

Les participants au système étaient tous nommés politiquement ; tous étaient des professionnels de carrière et des bureaucrates travaillant à différents niveaux du système de santé.

Nos axes de recherche ont été guidés par les connaissances systémiques recueillies lors de la phase d'évaluation des besoins et validées lors d'un symposium en personne réunissant les ESO ayant participé à l'évaluation des besoins en santé en septembre 2022, puis d'un webinaire auquel ont participé un large éventail de représentants des ESO en octobre 2022. Les participants aux entretiens avec les ESO ont été invités à réfléchir spécifiquement aux rencontres, préoccupations et réussites liées au système lors du développement de l'ESO. Les participants au système ont été invités à commenter les réflexions des ESO et à partager leurs propres préoccupations et réussites concernant le contexte politique et systémique. Les réflexions des deux participants ayant franchi les frontières entre l'ESO et le système sont présentées au sein du groupe avec lequel elles s'alignent le mieux, et séparément, lorsque leurs points de vue diffèrent sensiblement des deux. Les entretiens ont été menés par trois chercheurs. Ils ont ensuite été retranscrits, codés thématiquement et analysés de manière itérative.

RÉSULTATS

L'OHT et les participants au système ont identifié des lacunes, des responsabilités et des solutions liées au système dans quatre domaines :

1) définir l'orientation et les leviers pour mettre en œuvre le changement, 2) tenir compte des priorités locales tout en encourageant la normalisation, 3) le rôle et la responsabilité du financement, et 4) les rôles et les relations liés au système.

Les points de vue des participants au système et à la formation en santé mentale sont présentés conjointement et permettent de comprendre comment les différents acteurs, situés dans des lieux différents, ont priorisé et donné du sens aux différents aspects de la conception et de la mise en œuvre de la formation en santé mentale. Les citations qui introduisent les sections expriment les points de vue collectifs et synthétiques des participants, plutôt que ceux d'un individu en particulier.

1. Définir la direction et les leviers pour mettre en œuvre le changement

Perspectives de l'OHT

« Nous manquons de direction et de leviers pour mettre en œuvre le changement. »

Le sentiment d'absence de direction et d'incapacité à mettre en œuvre des changements significatifs s'est fait sentir dans divers domaines, affectant les progrès en matière de gouvernance, de soins à domicile, d'avènement du numérique, de mesure de la performance et de soins primaires. Les progrès en matière de gouvernance ont été particulièrement freinés : « Sans orientation ministérielle en matière de gouvernance, pourquoi nous précipitons-nous ? » (P7), ont demandé les participants des ÉSO. Ils craignaient de consacrer trop d'énergie et de ressources à une action non encore approuvée, pour se voir ensuite contraints de repartir à zéro. En novembre 2022, le ministère de la Santé a répondu à cette critique récurrente en appelant les ÉSO à constituer des sociétés à but non lucratif afin de leur permettre d'exercer leur responsabilité clinique et financière .

. Cependant, cette approche a également été considérée comme manquant du niveau de spécificité requis pour la rendre plus efficace. exploitable :

...ils [le ministère de la Santé] ont dit : « Chaque OHT décide de son propre modèle de gouvernance. » Et vous savez quoi ? C'est le chaos. [...] Ils pensent maintenant avoir trouvé une solution : la constitution en société. [...]

C'est comme dire : « Oui, il te faut une maison. » Super. Combien de chambres ? Combien de salles de bain ?

Combien d'étages ? Quelle taille ? Quelle petitesse ? Qu'y a-t-il dedans ? Qu'y a-t-il pas ? C'est une coquille. (P15)

De même, les nombreuses initiatives numériques rendues possibles par les possibilités de financement annoncées par l'OH ont été perçues comme des tests de changement qui risquaient de créer le chaos et de gaspiller des ressources, car de nombreux OHT « investiraient dans des outils et des solutions numériques qui ne feraient pas partie de la stratégie provinciale plus large » (P6).

Les ÉSO étaient également incertaines quant à l'avenir des soins à domicile et en milieu communautaire (SDC) sous l'égide des ÉSO. Elles attendaient des directives sur tous les sujets, de la destination des contrats et de leur attribution à la gestion des processus de navigation (P10). « Ne pas savoir à quoi ressemblerait la LPRPS » les a « menottés » et les a « placés dans une situation extrêmement difficile », a déclaré un participant, soulignant que le secteur des SDC était souvent exclu des partenariats fondateurs et des tables de décision (P6). Par conséquent, bien que les SDC aient été présents à certaines tables de planification des ÉSO pour des projets spécifiques, ils ne pouvaient pas être plus impliqués dans la refonte des soins.

La mesure de la performance était un autre point qui a déconcerté les ÉSO : beaucoup ne comprenaient pas bien ce qui devait être mesuré et quels outils étaient les plus appropriés. Les données populationnelles (incluant des données sur les ANS, les visites aux urgences et les visites préventives, regroupées pour la première fois au même endroit) fournies par l'OH pour guider la mise en œuvre étaient également déroutantes ; « Je ne pense pas que le groupe ait compris comment les utiliser », a déclaré un participant à l'OH (P10). Un autre a évoqué la difficulté de devoir déterminer ce qu'il fallait mesurer avant d'avoir une idée claire de ses propres priorités, en l'absence de directives externes :

« Sans cette pièce maîtresse [...], beaucoup des premières difficultés [...] consistaient simplement à comprendre les questions que nous devons nous poser. » (P6)

De nombreux participants des ÉSO s'inquiétaient également des contraintes imposées aux soins primaires par certains modèles de rémunération des médecins. Ils trouvaient difficile de recruter des médecins indépendants rémunérés à l'acte, peu motivés à s'engager, contrairement à leurs homologues rémunérés par capitation et salariés, qui travaillaient déjà en équipe ou dans des centres de santé communautaires. Un participant souhaitait que le ministère de la Santé encourage l'intégration des médecins indépendants et des organisations de santé familiale (OSF) au sein des ÉSF :

... si vous aviez des OSF rattachées à une équipe de santé familiale, pensez au pouvoir que représenterait le recrutement de résidents ? [...] vous voyez plus de patients et vous amenez plus d'apprenants à devenir des professionnels de soins primaires. [...] pensez à leur pouvoir si vos équipes de santé familiale sont rattachées aux hôpitaux ? (P7)

Le manque perçu d'incitation systémique a obligé les OHT à développer des incitations au niveau local.

Cela a pris des formes telles que la formation du personnel, l'aide à l'amélioration de la qualité, le partage de ressources et l'octroi d'allocations pour la participation aux réunions. Malgré cela, mobiliser les médecins de premier recours – au-delà des quelques personnes dévouées qui dirigeaient ou participaient à des groupes de travail, des initiatives sur le terrain et des tables régionales – était un défi constant pour de nombreuses ÉSO. Parmi les défis figurait un manque perçu de pertinence et de valeur, exacerbé par une colère persistante face aux réductions unilatérales des honoraires historiques et le cynisme que l'initiative des ÉSO rencontrerait le même succès douteux que les initiatives précédentes comme les Maillons santé. C'est la raison pour laquelle l'Association médicale de l'Ontario (AMO), tout en soutenant l'intégration elle-même, n'avait pas encore officiellement approuvé les ÉSO : « Nous sommes très attachés à l'intégration, mais les ÉSO sont une affaire gouvernementale, et nous nous méfions un peu de lui » (p. 15).

Perspectives du système

« Notre compréhension des soutiens disponibles et de notre vision de l'état final nous aide à atténuer nos inquiétudes. »

Si de nombreux acteurs du système partageaient les inquiétudes de leurs homologues de l'OHT, ils avaient également une meilleure compréhension des soutiens systémiques actuels et prévus, car c'est eux qui en dirigeaient la conception. Cela a contribué à apaiser certaines de leurs inquiétudes. Les participants au système, par exemple, connaissaient une plateforme de veille stratégique récemment lancée, permettant aux données d'attribution en temps réel d'éclairer la prise de décision de l'OHT. sur quelles populations se concentrer, avec qui collaborer et où les patients doivent-ils se rendre pour se faire soigner ? (P9). Ils étaient au courant des infrastructures prévues pour permettre une attribution plus prévisible des enveloppes budgétaires et

équitablement, et des efforts déployés pour suivre les demandes adressées aux ÉSO afin d'atténuer la « confusion générale » résultant du fait que différents groupes les contactent séparément (P8). Ils ont parlé d'un comité de liaison des ÉSO formé pour co-concevoir un cadre de mobilisation et définir les attentes quant à la façon dont la communication devrait se dérouler avec les ÉSO (P8). Ils avaient également une connaissance approfondie de la disponibilité et du potentiel des comités et groupes de travail provinciaux où les intervenants des ÉSO pouvaient se réunir mensuellement, recevoir des mises à jour et contribuer à la conception des initiatives (P1).

Certains ont évoqué les travaux entrepris à l'échelle provinciale pour regrouper plusieurs systèmes de données en un seul dépôt, créer des plateformes, des réseaux et une meilleure connaissance du système, améliorer l'accès à des services élargis et favoriser un sentiment d'appartenance chez les médecins actuellement cloisonnés dans leurs propres modèles de rémunération. En effet, les participants au système se sont montrés très conscients de la nécessité de « créer une analyse de rentabilisation pour que les prestataires de services de santé s'engagent réellement dans ce travail » (P1) et étaient au courant des efforts systémiques déployés pour susciter l'intérêt des médecins pour le modèle des ÉSO. Ils ont souligné les orientations fournies dans le cadre de la stratégie « Droit d'abord au numérique pour la santé » du ministère de la Santé, l'élaboration d'une approche régionale pour la prise de rendez-vous en ligne et la mobilisation de partenaires régionaux de prestation de services pour faciliter la gestion du changement et réduire les coûts. fardeau administratif pour les OHT.

Il a été reconnu qu'une récente annonce du ministère de la Santé sur la gouvernance engendrerait de multiples axes de travail pour les ÉSO et nécessiterait généralement une analyse approfondie. Cependant, alors que les ÉSO s'inquiétaient de la mise en œuvre de ces directives, les participants du système travaillaient en coulisses pour faire progresser la mise en œuvre :

« Le ministère et l'OHT prévoient soutenir l'apport d'expertise juridique à l'échelle provinciale afin de contribuer à l'élaboration de directives, de modèles et d'outils qui aideront les équipes à aborder cette activité de manière plus cohérente », a déclaré un participant (P8) – une information qui aurait été bien accueillie par les ÉSO.

« Les OHT doivent d'abord consacrer du temps à l'apprentissage et au renforcement des capacités »

Bien que les participants au système aient une bonne compréhension des soutiens disponibles, ils craignaient que leurs homologues des ÉSO ne les comprennent pas. Cette lacune a été observée dans tous les domaines, des soins à domicile et de l'analyse des données démographiques aux partenariats collaboratifs et au financement. Les participants au système savaient que le HCCSS offrait une vaste gamme de services, de l'accueil, du triage, de la navigation dans les services et de la coordination des soins à la mise à jour de Healthline et à la sous-traitance de services à des organismes de prestation de soins à domicile agréés. Il s'agissait d'un « organisme colossal » qui « fournit très bien de nombreux services de manière très complexe et alambiquée », comme l'a souligné un participant (P12). Les participants au système craignaient que l'infrastructure nécessaire pour prendre en charge de manière fluide plus de 700 000 visites par jour « soit invisible pour les ÉSO » (P5). Les ÉSO pourraient peut-être comprendre ce qu'elles font. et qui ils ont servi en attendant des éclaircissements sur l'avenir du HCC, a suggéré un participant.

Les participants au système craignaient également que les ÉSO ne comprennent pas comment centrer les soins primaires – pierre angulaire du modèle d'ÉSO9 – sans exclure d'autres secteurs, ce qui se traduit par des demandes de financement infructueuses élaborées en vase clos. Cela pourrait se produire lorsque les soins primaires dictent la prise de décision, le secteur des soins de courte durée craignant d'être perçu comme prenant le dessus, tandis que d'autres secteurs, comme les SLD, sont mis à l'écart. « Maintenant, tout tourne autour des soins primaires [...] nous sommes allés un peu trop loin », a déclaré un participant qui souhaitait réintégrer les spécialistes en soins de courte durée (P15).

Il y avait également un sentiment général que certaines équipes de santé en santé (ESS) méconnaissaient le fonctionnement du financement, tant pour la soumission de demandes de financement réussies que pour la gestion future des fonds destinés aux partenaires. Un participant a décrit comment il avait aidé une ESS à comprendre comment aborder les demandes de financement :

... vous avez des prestataires qui ne connaissent pas très bien le système. [...] Alors ils disaient : « Bon, si on reçoit une lettre de financement, on ne peut faire que ce qui y est exactement. On attend que le ministre fasse une demande, puis on répond. » J'ai donc dit non, non, il nous faut un plan [conforme aux directives du ministère de la Santé et de l'Ontario qui éclairent les propositions de financement]. (P10)

Un autre participant s'inquiétait du fait que, dans un futur où les ÉSO devraient « collaborer et administrer des ressources limitées » pour réaliser des économies, elles ne disposeraient pas des compétences nécessaires pour administrer le financement des partenaires (P9). Il a expliqué comment les communautés de pratique, qui fourniraient aux ÉSO des compétences en gestion financière et en gestion des risques, pourraient contribuer à atténuer ce problème. Les intervenants du système étaient également plus préoccupés que leurs homologues des ÉSO par le fait que les ÉSO ne comprenaient pas vraiment comment analyser les ensembles de données démographiques ni exploiter l'expertise en mesure de la performance dont ils disposent.

En fait, l'un des principaux avantages de l'approche initiale à règles simplifiées et du rythme d'accompagnement pour les quelques participants du système qui s'y sentaient à l'aise était le temps qu'elle offrait pour développer les capacités, les relations et les connaissances. Une approche initiale axée sur les directives aurait tempéré l'enthousiasme et la participation, ce qui inquiétait un participant du système. « Se réunir autour d'une table et déterminer comment on va travailler ensemble est un élément important de la formation d'une équipe, plutôt que de se contenter d'une feuille d'instructions... » (P16). Un autre participant a déclaré que le succès même du modèle OHT dépendait de cette « évolution plus lente » :

C'est probablement perçu comme un obstacle gouvernemental. [...] Mais] vous essayez de faire avancer les choses. [...] Transférer tous les leviers aux ÉSO ne servira à rien. Cela revient à recréer la cinquantaine de RLIS. Alors, comment créer des différences culturelles en matière d'intégration et de soins intégrés de gestion de la santé de la population qui perdureront ? [...] En tant que fonctionnaire, je suis très à l'aise dans ce genre de contexte. Et je sais que les personnes en première ligne de la planification et de la prestation de services disent : « Vous venez de me décrire un cauchemar, car vous ne m'apportez aucune précision. » Je comprends. Mais [...] il n'y a pas de raccourci en disant simplement : « Je te donne ceci [...] et cela fera que tout le reste se produira. » (P5)

« Notre incapacité à indiquer aux OHT comment atteindre l'état final nous préoccupe, mais cela échappe à notre contrôle. »

La majorité des participants au système ont toutefois validé et compris le souhait des participants à l'OHT d'avoir davantage de structure et d'orientation. Leur incapacité à les guider les inquiétait autant que les participants à l'OHT. Les exigences imposées aux OHT équivalaient à « s'attendre à ce qu'ils gravissent une montagne sans équipement, sans encadrement et potentiellement sans financement », a déclaré un participant au système (P1). L'approche « choisissez votre propre aventure » a entraîné l'absence de « fil conducteur pour pouvoir déployer et démontrer son impact », a déclaré un autre (P9). Ils estimaient que le « quoi » (une vision claire de l'objectif final de l'OHT) avait été formulé, mais pas le « comment y parvenir », ce qui a entraîné une

Un environnement « un peu Far West » (P14). Comment les actifs publics et privés seraient-ils intégrés, par exemple ? Un soutien juridique et un financement de base seraient-ils disponibles pour soutenir cette intégration ? Comment les spécialistes gèreraient-ils la complexité de la prise en charge de zones géographiques régionales plutôt que de la population attribuée à une seule ÉSO ? (P12). Ils étaient également conscients que la diversité des modèles de rémunération des médecins et les restrictions de facturation compliquaient la participation aux réunions en général, et l'engagement des praticiens indépendants en particulier. Comme l'a fait remarquer un participant au système, « il est très difficile d'exiger la "participation des soins primaires" sans disposer des mécanismes et du système nécessaires pour y parvenir » (P12).

Les participants au système ont évoqué le temps, les efforts et la volonté politique nécessaires aux décisions stratégiques. L'intégration des prestataires de services de santé en milieu hospitalier (SSHC) dans les cabinets de soins primaires, où ils pourraient soutenir une population plus large, « a pris beaucoup de temps et est très politique » (P1), a déclaré un participant. Un autre a souligné qu'il faudrait résoudre la question de la rémunération différente des prestataires de services selon les contextes pour un même service, mais « d'un point de vue politique, nous ne sommes peut-être pas encore prêts à en discuter en raison de la situation financière actuelle » (P11). Un autre encore a souligné que les ÉSO devraient se concentrer sur la définition de leur proposition de valeur plutôt que d'attendre des mesures incitatives sous forme de modifications de la rémunération des médecins, car c'est « un levier très difficile à actionner » (P16). Ils étaient à la fois préoccupés et pragmatiques quant à leur incapacité à fournir la feuille de route que les ÉSO réclamaient :

Nous n'avons pas encore engagé toutes les étapes vers la vision de maturité [...] c'est ce qui m'empêche de dormir. [...] Et notre incapacité à être très transparents à ce sujet est prévisible [...] si vous définissez chaque étape du processus, vers une vision très mature, il y a des décisions politiques très difficiles à prendre, des choses très importantes à faire avancer. [C'est en partie à cause...] de la politique, mais c'est un sujet très vaste et difficile [et] je ne sais pas si cela est déjà rassurant de franchir ces étapes (p. 16).

Malgré leur position au sein du système, les participants se sentaient limités par divers facteurs indépendants de leur volonté. Parmi ces facteurs figuraient les cycles d'élaboration des politiques et les créneaux horaires propices à leur prise de décision, leur capacité à ne contribuer qu'à certaines parties des documents politiques et leur obligation de respecter les points de discussion du gouvernement lorsqu'ils abordaient les questions relatives aux ÉSO (P17). Comblant le vide laissé par les huit piliers et clarifier la manière dont les ÉSO devaient gérer les dispositifs de mise en œuvre mis en place étaient considérés comme des « décisions que le gouvernement doit prendre » :

... c'est au gouvernement de décider s'il souhaite modifier la structure des soins à domicile. Et c'est à lui de décider s'il maintient la sous-traitance. [...] Je considère que mon rôle est de gérer les décisions prises et d'en tirer le meilleur parti. (p. 17)

La reconnaissance des limites de leur capacité à mettre en œuvre le changement n'a pas empêché les participants de craindre que l'incapacité des décisions politiques à suivre le rythme du développement des OHT ne fasse obstacle à la réalisation de la promesse des OHT :

Ce qui me tient éveillé la nuit, c'est [...] la prise de conscience des OHT en général, qu'ils n'atteindront pas un stade de maturité, et qu'un autre gouvernement va arriver et dire : « Ouais, ça a échoué. » Une autre chose que nous avons essayée et échouée. [...] Les gens [...] sont dedans [...] Et c'est presque comme si nous, les décideurs politiques, faisons obstacle. (P11)

2. Normalisation dans un contexte d'hétérogénéité

Les OHT étaient préoccupés par la pertinence des indicateurs de performance normalisés dans leurs contextes locaux. De plus, les équipes de santé en milieu rural et celles qui comptent des partenaires majoritairement autochtones étaient plus généralement préoccupées par la capacité d'un modèle provincial à tenir compte de leurs besoins.

Perspectives de l'OHT

« Certaines attentes n'ont pas de sens dans notre contexte local. »

Si la majorité des ÉSO ont déploré le manque de précision, comme indiqué précédemment, les orientations, lorsqu'elles étaient fournies, n'étaient pas unanimement bien accueillies. De nombreux ÉSO ont été surpris par les mesures du Plan collaboratif d'amélioration de la qualité (PCAQ) (destinées à améliorer les résultats en matière de santé de la population) annoncées par le ministère de la Santé après l'élaboration de leurs plans de mise en œuvre, les obligeant à développer de nouvelles initiatives ou à intégrer ces mesures de manière créative aux plans existants. Le choix de mesures spécifiques a été mal compris et des questions ont été soulevées quant à leur pertinence au contexte local.

... Certaines d'entre elles [mesures cQIP] étaient probablement axées sur les hôpitaux. Par exemple, les mesures NSA, etc. [...] Je ne comprenais pas pourquoi ils s'attaquaient [aux mammographies en particulier]. Pourquoi

Nous allons de nouveau envoyer des lettres alors qu'Action Cancer Ontario le fait déjà? [...] Je suis simplement surpris qu'ils n'aient pas été plus précis en disant : « Voici ce qui se trouve dans votre zone de desserte sur lequel vous devriez vous concentrer » (P7).

Les participants aux soins primaires, en particulier, avaient le sentiment qu'ils étaient évalués en fonction de la performance du système de soins actifs, que le simple fait de commander des mammographies et des tests Pap – des procédures qui nécessitaient d'appuyer sur un bouton mécanique, avec des retards indépendants de leur volonté – n'avait pas grand-chose à voir avec le travail réel d'amélioration de la santé de la population.

Une perspective autochtone

Une équipe de gestion de l'Ontario composée principalement de partenaires autochtones s'inquiétait également de la manière dont des directives rigides en matière de gouvernance pourraient contrecarrer les priorités locales :

... nous sommes profondément ancrés dans les enseignements de nos Sept Grands-Pères. Et cela engendre un consensus.
[...] Nous savions que nos principes de leadership devaient être fortement axés sur les Autochtones. Cela ne se fera donc pas par le biais d'un modèle provincial. (P2)

Cette OHT a également dû faire face à son incapacité à partager des données au-delà de la frontière provinciale où de nombreux résidents ont demandé des soins, en plus de répondre aux exigences des Premières Nations en matière de souveraineté et de confidentialité des données.

Il était également difficile pour les ÉSO de tirer pleinement parti des travaux réalisés dans les centres urbains, qui utilisaient des codes postaux attribués à des zones géographiques plus petites, pour comprendre leurs populations, alors que ces communautés étaient hétérogènes et réparties sur une zone géographique partageant un code postal. Cela a conduit à un appel à une « formule différente de gestion de la santé des populations, tenant compte de ces variations et différences ».
(P2).

Perspectives du système

« Trouver un équilibre entre la standardisation et l'hétérogénéité contextuelle est une priorité absolue. »

Les participants au système étaient heureux de voir les choses évoluer lentement, passant d'un espace où chacun peut choisir sa propre aventure à un espace un peu plus réglementé (P8). Ils savaient que les ÉSO pouvaient varier considérablement en taille, certaines étant responsables de populations dix fois plus importantes que d'autres. Ils savaient que les ÉSO rurales et autochtones, en particulier, n'avaient pas le même accès aux ressources humaines en santé (RHS) et à la gamme de services de santé dont bénéficiaient leurs homologues urbaines, et qu'elles étaient incapables d'embaucher des professionnels de la santé clés, ce qui nuisait à leur capacité d'offrir des soins conformes aux meilleures pratiques. Les participants au système ont évoqué la nécessité de « fixer des paramètres » tout en tenant compte de la « saveur locale » (P9). C'était un terrain inconnu – comment répondre aux ÉSO qui leur demandaient si un organisme sans but lucratif était vraiment la seule voie à suivre, se demandaient-ils ? Pourrait-on le remplacer par une relation contractuelle efficace ? Comment cela serait-il évalué ? Essentiellement, « pouvons-nous soutenir ceux qui souhaitent faire les choses un peu différemment en raison des différences géographiques, des différences de capacités et des différences culturelles ? » (P11).

Essentiellement, ils se demandaient comment équilibrer la standardisation avec l'hétérogénéité contextuelle :

... nous souhaitons que les équipes santé en santé adoptent une approche de gestion des soins de santé primaires. Cela signifie, par défaut, qu'il y a une dimension locale, une spécificité propre à leur population. Mais en même temps, il n'y aura jamais de disparité provinciale.

Les priorités du système de santé. Je pense donc que cette tension persiste, et les ÉSO sont au cœur de ce conflit. Nous devons trouver un moyen de la gérer. (P16)

Dans le même temps, on craignait qu'un manque de normalisation ne compromette l'équité, laissant certaines populations de patients sans accès au même type et à la même gamme de services que ceux offerts aux autres.

Un participant au système a estimé que la création d'attentes standardisées concernant la taille des ESO dès le départ aurait pu être utile, au lieu de « refiler la tâche aux ESO pour qu'ils se chargent de la gestion locale » (P9). Un autre participant a fait remarquer que le succès des ESO pourrait dépendre des orientations politiques futures, compte tenu des différences démographiques importantes entre les ESO :

En fin de compte, si nous voulons réussir, nous devons dire : « Vous allez avoir une clinique de santé mentale, vous allez avoir une clinique de soins chroniques complexes, [etc...] et voici les programmes et services que vous devez offrir comme ensemble de services pour votre ESO. » (P1)

Certains participants au système craignaient que la petite taille de certaines ÉSO ne les empêche de réaliser des gains d'efficacité, nécessitant à terme des partenariats plus larges et éventuellement de nouvelles fusions. Le choix qui se présentait aux participants au système semblait être : « être plus flexible dans les normes relatives aux exigences » ou « envisager des modèles couvrant plusieurs ÉSO » afin de garantir à tous un niveau de soins intégrés similaire (P9).

« Les indicateurs d'amélioration de la qualité étaient censés signaler des attentes, et non des jugements. »

Bien que l'OHT et les participants au système partagent une préoccupation plus large concernant l'équilibre entre la normalisation et les besoins locaux, les participants au système ont une vision plus positive des cQIP normalisés que leurs homologues de l'OHT. Un participant a évoqué ces mesures comme une étape importante de l'évolution : les ÉSO ont d'abord été invitées à identifier ce qui était important pour elles du point de vue de la mise en œuvre, puis un plan collaboratif d'amélioration de la qualité a été mis en place. Grâce au financement futur, ce plan évoluerait vers la mesure de la performance, et c'est alors que l'on pourrait se demander si les éléments mesurés étaient pertinents.

Malgré les critiques sur la pertinence locale des cQIP, l'évolution vers la normalisation a été perçue comme « une opportunité pour nous de dire quelque chose collectivement » (P11).

De plus, les participants au système ont souligné que les cQIP n'étaient pas destinés à susciter chez les ESO une anxiété liée au jugement et à la comparaison. Ils étaient plutôt censés être « un vecteur de discussion sur les idées de changement » (P8). un levier pour encourager les partenariats et la responsabilisation :

... les indicateurs étaient un moyen de commencer à signaler nos attentes envers les équipes de santé en santé (OHT) [...] nous ne nous attendions pas à ce qu'une OHT dispose de tous les leviers pour impulser les changements. Pourtant, elle en possède certains. Les membres doivent s'interroger et se dire : « Oh, c'est une priorité du système. Je fais partie de ceux qui peuvent réellement l'influencer. Est-ce que je fais ma part ? » C'est donc un exercice de signalement vraiment important, à mon avis, et un moyen de donner aux OHT un levier sur les partenaires en leur disant : « Nous sommes responsables de cela. Que faisons-nous ? » [...] Nous avons donc été ravis de pouvoir commencer à signaler cela. (P5)

3. Responsabilité du financement

Perspectives de l'OHT

« Nous avons besoin d'un financement adéquat et durable pour faire la différence »

Le manque de financement durable était un problème fréquemment évoqué par les ÉSO. À leur création, les ÉSO ont reçu 375 000 \$ pour financer les ressources humaines, la mesure de la performance et le développement des soins numériques¹⁰. De plus, ils recevaient des financements au titre des accords de paiement de transfert (TPA) et des financements par projet, s'ils réussissaient les nombreuses opportunités de financement annoncées par l'OHT. Ces appels, décrits comme « le fléau de notre existence lorsqu'ils sont traités en deux semaines » (P10), finançaient généralement des initiatives informatiques à durée limitée et nécessitaient l'élaboration rapide de propositions et d'analyses de rentabilité, laissant peu de temps à une collaboration inclusive.

Les équipes de santé ont constaté que les fonds mis à leur disposition étaient insuffisants pour répondre à leurs besoins, notamment en matière de gestion de projet et d'aide à la décision. Elles avaient besoin d'aide pour comprendre les données qui leur étaient fournies et hiérarchiser leurs besoins. Certaines ont complété leur financement en demandant à leurs partenaires de contribuer à un fonds commun. Le financement à court terme a particulièrement mis à l'épreuve la capacité des équipes de santé à planifier à long terme et a suscité des inquiétudes quant à la rétention des ressources humaines :

J'ai l'impression que les personnes que j'ai embauchées sont comme des licornes qui se réveillent chaque matin et consacrent leur vie entière à faire progresser ce modèle et à collaborer avec nos partenaires. Elles ont développé une relation de confiance. Et je suis terrifiée à l'idée qu'elles partent, ne sachant pas si elles auront un emploi en août. (P4)

Dans un premier temps, le financement n'a pas pu être reporté sur les années suivantes, ce qui a conduit certains à une négociation créative des TPA.

Le manque d'intégration entre les sources de financement sectorielles constituait une complication supplémentaire. Les budgets du logement et de la santé étaient cloisonnés, ce qui remettait en question la volonté des ÉSO d'intervenir dans ce domaine. En effet, les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les communautés dans les réserves et les municipalités disposaient tous d'enveloppes budgétaires distinctes provenant de sources différentes, ce qui risquait de créer une concurrence et des conflits. De plus, les médecins travaillant selon différents modèles étaient financés différemment, les modèles récompensant les soins en fonction du volume, en contradiction avec la priorité accordée aux soins préventifs par le modèle des ÉSO.

Perspectives du système

« Les OHT s'intéressent aux soins fondés sur la valeur ; ils doivent eux-mêmes générer de la valeur. »

Certains participants du système ont fait preuve d'empathie face aux difficultés de financement des ÉSO. « Nous comprenons parfaitement », a déclaré l'un d'eux, expliquant que la sporadicité des financements était liée à ses liens avec la politique (P8). Cependant, si les participants des ÉSO ont souligné la difficulté d'accomplir leur tâche avec les fonds disponibles, les participants du système ont surtout tenu à rappeler à leurs homologues des ÉSO que « les ÉSO trouvent leur origine dans les soins axés sur la valeur [...] et que l'un des objectifs du quadruple objectif est la valeur » (P16). La véritable durabilité, pensaient-ils, se réalisait lorsque les fonds n'étaient pas fournis de l'extérieur, mais plutôt générés de l'intérieur. Les ÉSO créaient de la valeur, espéraient-ils, grâce à l'intégration, à la réduction des doublons, à la mise en commun des fonds et à l'adoption d'une approche de gestion de la santé de la population. « Les bonnes ÉSO [...] ont des partenaires qui apportent un soutien en nature important », a-t-il ajouté.

Un participant a déclaré que, même si un financement de mise en œuvre précoce fourni par le ministère de la Santé était nécessaire, ce n'était « pas une solution permanente » :

...les équipes doivent extraire de la valeur du système. [...] Nous devons probablement y parvenir de certaines manières. Mais je pense que certaines équipes affirment que cela en vaut tellement la peine que même si le ministère cessait de nous financer, nous trouverions toujours un moyen de poursuivre ce travail. J'apprécie beaucoup cette attitude. Je pense qu'on la retrouve chez les équipes les plus solides qui croient vraiment au modèle. (P16)

Comme l'ont expliqué les participants, en évitant l'hospitalisation des patients, les ÉSO pourraient transférer les fonds actuellement bloqués dans le secteur des soins aigus vers d'autres secteurs offrant des soins à des tarifs plus avantageux, tout en libérant des fonds pour les réinvestir ailleurs. À terme, les économies réalisées par les ÉSO seraient également conservées et réinvesties plutôt que récupérées par le ministère de la Santé. Cependant, une injection initiale et durable de fonds opérationnels pourrait être nécessaire pour aider les ÉSO à atteindre ce stade, créant ainsi un paradoxe, comme l'a souligné un participant. De plus, la capacité des ÉSO à maîtriser leur propre financement de cette manière n'était pas encore acquise. Comme l'a souligné un participant, « toute la chaîne de valeur est rompue, car il ne s'agit pas d'un écosystème fermé. [...] On n'est pas récompensé pour ce qui est juste » (P1). Cependant, la directive récemment émise visant à créer des sociétés à but non lucratif avec des partenaires de soutien opérationnel désignés chargés des fonctions administratives a été considérée comme une première étape pour permettre aux ÉSO de contrôler leur propre financement, ce qui réduirait leur dépendance au financement du ministère de la Santé. Comme l'a souligné un participant :

... cette notion de partenaire de soutien opérationnel reflète le manque de volonté du gouvernement de se retrouver avec 54 [...] lignes budgétaires. [...] Je pense que nous observons et devrions anticiper la tendance à trouver des ressources au sein du système. [...] Malheureusement, au cours des deux derniers mandats gouvernementaux, les demandes de financement monétaire n'ont pas suscité d'intérêt. (P8)

Perspectives alternatives

« Mettre l'accent sur l'intégration, pas sur le financement »

Les deux participants, qui avaient une expérience des ÉSO et des contextes politiques, se situaient en marge de ces deux univers. Le financement ne comblerait pas le manque de connaissances et de capacités de certaines ÉSO, ni ne remplacerait le besoin de soutien systémique, ont-ils suggéré. Certaines ÉSO ne savaient pas comment exploiter les ressources à leur disposition, qu'il s'agisse de coaches, d'experts en mesure de la performance ou de données démographiques. Leur concentration sur leurs communautés locales se faisait au détriment d'une « compréhension approfondie du système et de son financement » (P10). Le passage à un modèle de type Organisation de soins responsables (OSR), avec ses risques financiers, constituait un niveau de complexité supplémentaire :

... ce n'est pas toujours une question d'argent. Et en Ontario, nous n'avons jamais connu cela auparavant : il y a un partage des gains, mais aussi des pertes. Donc, si vous n'êtes pas performant, vous transférez de l'argent d'un endroit à un autre. Vous ne vous contentez pas de plaider auprès du gouvernement en disant : « J'ai besoin de plus d'argent. » [...] nous avons aussi besoin d'une structure supérieure, comme une régie régionale de la santé, qui est prête à casser des œufs sur ce dossier. (P10)

Prioriser le financement, ont-ils suggéré, ne fonctionnerait pas non plus pour les OHT, car ils n'avaient pas de populations géographiques définies, ce qui rendait difficile la création de modèles précis ajustés au risque.

La solution, a suggéré un participant, serait de supprimer le financement de l'équation et de se concentrer plutôt sur l'identification des lacunes en matière d'intégration et de fournir des conseils sur la manière de les combler.

...supprimer l'argent et se concentrer sur l'intégration. [...] Le gouvernement pense que tout est une question d'argent. Il devrait se concentrer sur l'intégration, puis investir là où l'intégration ne se fait pas. [...] De même, avec les prestataires de soins de santé de tous les secteurs, chaque conversation commence par deux mots : Plus de financement. [Au lieu de...] que cherchons-nous à réaliser ? Quelles sont les étapes nécessaires pour y parvenir ? Et où pouvons-nous investir dans ces étapes pour réaliser le changement ? [...] Manquez-vous d'équipement ? Manquez-vous de lits dans votre hôpital ? Les soins à domicile manquent-ils de coordination ? (p. 15)

De plus, contrairement aux unités de soutien à la mise en service clinique du Royaume-Uni, il y avait un manque de gestion du changement tangible soutenant l'intégration :

... ils interviennent et participent à un groupe de mise en service clinique. « Voici comment envoyer les commandes. Voici comment gérer vos finances. Voici comment gérer vos RH. Voici comment organiser vos communications. Nous n'avons pas d'équipe de soutien en santé et sécurité au travail. Il devrait y avoir une direction ministérielle qui vous expliquerait ce que vous devez faire. [...] Voici comment vous définissez les besoins en fonction du parcours de votre région. Et voici comment nous vous donnerons accès aux fonds dont vous avez besoin. (P15)

4. Rôles et relations

Perspectives de l'OHT

« Nous sommes confus quant aux rôles au niveau du système et incertains quant à leur valeur »

Les participants des ÉSO ont assisté à des réunions non seulement dans leurs propres ÉSO, mais aussi à celles organisées par les ÉSO, en plus des nombreux webinaires, réunions, ateliers et communautés de pratique organisés par le ministère de la Santé, l'OH et des organismes de soutien tels que RISE (Rapid-Improvement Support and Exchange), HSPN et ADVANCE (Accountability, shareD leadership and goVernANCE). Les rôles et les liens entre ces différentes parties prenantes manquaient souvent de clarté. Cela était particulièrement préoccupant en ce qui concerne l'OH, qui, comme l'a souligné un participant, comptait « trop de tables », chacune s'occupant de secteurs, de programmes, de projets et d'ÉSO spécifiques (P10). Ces tables abordaient souvent les mêmes tâches que les ÉSO, mais à l'échelle régionale ou provinciale. Cependant, la communication et la liaison entre elles étaient souvent limitées :

... J'ai demandé au responsable de la santé et de la sécurité au travail de venir à l'équipe de santé et de faire une présentation. Et quand il est venu, ce fut la pagaille, bien sûr, car tout le monde disait : « Quoi ! Tout ce travail est en cours ! Quel est notre rôle ? Si c'est votre rôle de développer tous ces parcours et tout ça, que diable faisons-nous ici ? (P10)

Ce participant craignait que « la multiplicité des responsabilités ne soit pas synonyme de responsabilité ». En fait, « Je ne comprends pas vraiment le rôle de l'OH » (P7) était un refrain fréquent parmi les ÉSO. Cette confusion était exacerbée par une communication inégale entre l'OH et les ÉSO :

La moitié du temps où je contacte Santé Ontario, je n'obtiens aucune réponse. C'est vraiment pénible pour moi, car c'est de là que je viens et j'ai des relations avec ces gens. Je pense que c'est simplement parce que personne n'a plus de réponses. (P4)

Face à ce vide perçu, les équipes de santé en santé ont sollicité l'aide d'autres équipes de santé en santé. Cela a amené les participants à se demander « Comment prendre ce que vous avez appris et l'extrapoler réellement à tous les autres OHT » de manière systématique (P7)?

Un « gestionnaire des relations » en santé et sécurité au travail avait en fait été affecté aux ESO, un rôle censé servir d'intermédiaire entre la santé et les ESO. Cependant, certains ESO trouvaient ce rôle superflu. « On a l'impression qu'ils écoutent nos plaintes, et puis ça ne mène à rien », a déclaré un participant d'une ESO (P4). « Ne me demandez même pas leur nom », a ajouté un autre, « on est livrés à nous-mêmes » (P7). Un autre participant d'une ESO ne comprenait pas pourquoi le processus transparent de signalement direct au médecin-hygiéniste était désormais passé à un processus impliquant « une multitude de personnes avec des titres prestigieux » (P2). Il lui semblait que son gestionnaire des relations se contentait de relayer les courriels que le participant avait déjà reçus et de traduire les messages des réunions du médecin-hygiéniste et des fournisseurs de soutien auxquelles un membre désigné de l'ESO assistait de toute façon : « Je peux lire mes propres courriels [...], nous n'avons besoin de personne pour traduire pour nous » (P2). La santé et sécurité au travail semblait être une recreation des RLISS – la structure même que la province avait récemment démantelée :

Nous avons supprimé les RLISS et maintenant, nous avons créé Santé Ontario. Pourquoi les avoir supprimés alors ? [...] Je ne comprends pas l'utilité des strates. [...] Donnez-leur le rôle de directeur exécutif de Santé Ontario, et nous retournerons à nos bureaux. [...] On dirait que certains postes sont financés par Santé Ontario grâce à notre financement. Si nous n'en avons pas besoin, cet argent peut être dépensé ailleurs. (P2)

Dans ce contexte, un participant, qui a franchi le clivage système-ÉSO, a semblé pouvoir faire la différence. Il a pu expliquer aux participants de l'ÉSO que « l'ÉSO n'est pas un ennemi [...], ce ne sont pas seulement vos bailleurs de fonds et vos administrateurs de performance, c'est votre partenaire dans la planification » (P10). L'ÉSO a donc été invité aux réunions de cette ÉSO, malgré une relation ténue par le passé. Ils espéraient que cela leur permettrait non seulement de contribuer au développement de l'ÉSO, mais aussi de mieux comprendre les défis de l'ÉSO, comme celui de réunir plusieurs prestataires pour collaborer et approuver des propositions dans des délais courts.

Perspectives du système

« Nous comprenons nos rôles et devons faire preuve de patience face à l'évolution en cours »

Les participants au système étaient beaucoup plus tolérants à l'incertitude liée aux rôles dans le paysage systémique que leurs homologues des ÉSO. Selon les participants, l'OH était une nouveauté ; elle avait été introduite en même temps que les ÉSO et avait nécessité la fusion de 22 organismes. Les fonctions opérationnelles du ministère seraient transférées à l'organisme nouvellement créé, qui avait également pour tâche d'effectuer une grande partie du travail autrefois effectué par les 14 RLISS, tout en développant l'expertise régionale et une coordination harmonieuse entre les régions. De plus, les régions d'OH étaient encore plus récentes que les ÉSO elles-mêmes, ont indiqué les participants, car elles ne faisaient pas partie de la conception initiale des ÉSO/OH. La situation était donc « en pleine évolution » (P11), et il était inévitable que

« Cela entraîne des difficultés de croissance » (P8). Les participants ont souhaité que chacun « prenne une grande inspiration, reconnaisse qu'il s'agit d'un chemin vers la maturité et se montre solidaire afin que nous puissions co-construire l'avenir ensemble » (P5).

Sans surprise, les participants au système avaient également une meilleure compréhension des rôles du système et de la collaboration entre le ministère de la Santé, le ministère de l'Éducation, les régions et les équipes de santé. Le ministère était le bailleur de fonds et le

les décideurs politiques, ont-ils déclaré, tandis que les OH étaient les opérateurs, opérationnalisant les TPA, les données et les parcours cliniques. Un participant a expliqué la relation comme suit :

... le Ministère établit la politique. OH Corporate dit : « D'accord, voici comment nous allons déployer ce programme dans la province. » Et les Régions répondent : « D'accord, voici ce que vous devez savoir pour le déployer dans cette région avec ces personnes. » (P12)

Les régions d'OH ont également « uniformisé les services » et fourni « un aperçu des lacunes », agissant comme « service de navigation » pour aider les équipes d'OH à déterminer avec qui elles devaient s'associer pour prodiguer des soins (P9). Les équipes d'OH trop petites pour offrir des services cardiaques spécialisés ou disposer de leur propre endocrinologue pourraient être orientées vers des partenaires régionaux. Certains participants ont également évoqué le rôle d'OH dans ses efforts de « défense » et d'« influence » en « rappelant à nos partenaires ministériels qu'un financement continu sera nécessaire pour maintenir ces équipes » (P8).

Bien qu'ils aient mieux compris la portée et l'interdépendance de leurs rôles, de nombreux participants au système étaient conscients que les ESO trouvaient la nouvelle structure de santé au travail complexe et difficile à appréhender. « Est-ce important de savoir qui s'en charge ? », a demandé un participant au système, tant que les ESO savent que « s'ils ont besoin d'une intervention, ils peuvent s'adresser à l'un d'entre nous et nous essaierons de trouver une solution ? » Pourtant, ils ont eux aussi reconnu qu'« il viendra un temps où nous devrons clarifier et définir des rôles spécifiques » (P11).

« La valeur des partenaires du système n'est pas pleinement reconnue »

Bien que les participants au système aient largement adopté une vision plus tolérante du système en transition, quelques-uns ont convenu que la structure, l'efficacité et la transparence pourraient être améliorées et que les ressources pourraient être mieux alignées pour soutenir la transformation de première ligne :

OH construit sa structure à l'envers, nous sommes trop lourds. [...] il faut des corps et des équipes sur le terrain qui travaillent avec les prestataires parce que c'est là que la magie opère. [...]

Mais regardez nos équipes d'entreprise chez Ohio. Waouh ! On dirait qu'on a des équipes qui s'entraident. [...] Vous remarquerez que nous ne partageons pas non plus les mêmes structures organisationnelles. (P12)

Pourtant, ils pensaient simultanément que les OHT ne comprenaient pas la valeur de l'OH et de ses régions.

Les participants étaient conscients des tensions entre certaines équipes Santé Ontario et les régions d'OH en particulier. Le discours sur la nécessité d'une transition des RLISS vers OH et ses régions (« les RLISS étaient le gros du système et devaient être supprimés ») avait donné lieu à une lutte de pouvoir. Comme l'a souligné un participant, « à une certaine époque, les équipes Santé Ontario disaient : "Nous allons remplacer les RLISS. Vous n'avez pas besoin des RLISS. Nous serons les RLISS" »

(P12). Les participants au système ont estimé que cela résultait d'une compréhension incomplète du rôle et potentiel des régions OH.

Cette divergence de compréhension était visible dans les attitudes divergentes des ESO et des participants du système à l'égard du rôle de gestionnaire des relations. Les participants du système semblaient ignorer l'ampleur du sentiment de redondance de leurs homologues des ESO à l'égard de ce rôle : « Je suis sûr que les ESO estiment que nous sommes bien plus actifs que n'importe quel RLISS », a déclaré un participant du système. « Nous sommes sur le terrain et travaillons avec eux ; s'ils ont besoin de quelque chose, ils peuvent s'adresser à nous » (P3). Selon les participants du système, le travail des gestionnaires des relations comprenait le soutien des propositions de financement, la collecte de commentaires des ESO, la diffusion de messages clés tels que les possibilités de financement pour les ESO, l'accompagnement des organisations individuelles face aux difficultés et la collaboration avec les organisations qui n'étaient pas encore officiellement membres des ESO. Un aspect essentiel de ce rôle

Il s'agissait de combler les lacunes en matière de communication et de transfert des connaissances entre le ministère de la Santé et les équipes de santé en santé. Les récentes directives du ministère de la Santé sur les « prochaines étapes » ont suscité de nombreuses questions de la part des équipes de santé en santé, par exemple : étaient-elles censées s'attaquer à toutes les pathologies identifiées en même temps ? Devaient-elles solliciter des conseils juridiques sur la constitution en société ? Un chargé de clientèle pourrait apaiser les inquiétudes en informant les équipes de santé en santé, par exemple :

certaines équipes aux pratiques de pointe avaient déjà été identifiées comme sites pilotes pour les parcours, avec l'intention de les diffuser et de les faire évoluer dans le temps :

...car ce centre OHT n'était ni un site pilote ni un site de projet pilote pour l'un ou l'autre des deux parcours déjà déployés ; ils l'entendent simplement différemment. Ils ne savent pas que, d'accord, c'est déjà en cours. (P12)

En effet, les relations avec les intervenants du système n'étaient pas uniformes d'une équipe de santé à l'autre. OH a collaboré plus étroitement avec certains d'entre eux – ceux sélectionnés pour mettre en œuvre des modèles prometteurs de soins à domicile, par exemple – ce qui a conduit à un rapprochement entre les intervenants du système et certains d'entre eux.

OH Corporate, quant à elle, était consciente de l'hostilité des équipes de santé envers les régions OH et se sentait prise entre deux feux. Certaines équipes de santé considéraient OH Corporate comme une tactique d'escalade, ce qui plaçait un participant basé à OH Corporate dans une situation très délicate, l'accusant d'avoir un mandat qu'il ne ressentait pas (P17). Or, un participant d'OH Corporate a perçu à la fois les régions OH et les équipes de santé.

en tant que clients, et je pensais que l'hostilité de l'OHT était déplacée :

... dans un état idéal, ils considèrent leurs homologues régionaux de l'OH comme des sources d'expertise régionale, des alliés pour accéder à l'OH, et comme une source d'information et de médiation très positive entre les OHT. Je sais que ce n'est pas ainsi que les OHT perçoivent l'OH. Mais [...] les OHT ont peut-être des attentes irréalistes quant au niveau d'administration et de contrôle qu'ils pourraient exercer à l'échelle actuelle. (P17)

Certes, considérer les régions OH comme des « alliés », et encore moins comme des moteurs d'efficacité, était loin d'être dans l'esprit de la plupart des participants à l'OHT.

Discussion

Les participants de l'OHT ont exprimé quatre préoccupations particulières au sujet du système : a) l'incapacité d'aller de l'avant avec confiance dans la mise en œuvre du programme compte tenu des incertitudes dans un environnement système qui était lui-même encore en construction, b) la perception d'un alignement imparfait entre les besoins locaux et les priorités provinciales, particulièrement en ce qui concerne la mesure du rendement, c) la nécessité d'un financement adéquat et durable afin de faire une différence à long terme, et d) la confusion quant aux rôles et aux relations au niveau du système.

Les participants au niveau du système connaissaient assez bien nombre de ces préoccupations ; elles leur avaient été communiquées par les intervenants du soutien au système et exprimées par les participants de l'OHT eux-mêmes lors de multiples réunions et colloques au cours des deux dernières années. Cependant, en partie en raison de leur association avec le gouvernement, les participants au système n'ont pas pu partager librement leurs réponses à ces préoccupations.

Les ÉSO étaient donc beaucoup moins au courant de la façon dont les participants du système abordaient ces préoccupations, et s'ils en avaient eux-mêmes. En réponse aux préoccupations des ÉSO mentionnées ci-dessus, les participants du système souhaitaient que les ÉSO sachent que a) bien qu'ils comprenaient la nécessité d'une orientation procédurale, celle-ci était hors de leur contrôle et qu'en attendant, les ÉSO devaient elles-mêmes acquérir de nombreuses connaissances et compétences, b) l'équilibre entre les priorités locales et provinciales était une priorité, c) les ÉSO devaient se concentrer sur la génération de financement interne grâce aux économies réalisées grâce à la prestation de soins axés sur la valeur, et d) la confusion concernant les rôles et les relations était due à la transformation en cours et pouvait être atténuée avec de la patience et une compréhension de la valeur des rôles et des structures à l'échelle du système.

Les participants de l'équipe de santé en santé et du système de santé partageaient tous deux un manque de compréhension mutuelle. La plupart d'entre eux n'ont pas envisagé la transformation en cours sous l'angle du système de santé ; leur attention s'est portée sur

Les priorités locales se faisaient souvent au détriment de la compréhension de celles du système de santé. Les participants aux ÉSO avaient tendance à se considérer comme distincts du système, voire parfois en concurrence avec certaines parties de celui-ci. Cette situation était exacerbée par le manque de communication et de traduction de la part des acteurs du système. À quelques exceptions près, les participants aux ÉSO manquaient de compréhension des limites de leurs propres capacités et connaissances. Parallèlement, les participants du système n'étaient pas conscients de l'importance de la communication et de la traduction. Ils semblaient ignorer que les motivations derrière les mesures de performance choisies avaient été mal comprises et que cela ne suffisait pas aux seuls acteurs du système.

(aux côtés de certaines ÉSO) de connaître les plans d'avenir et de clarifier leurs rôles. Le fait que les ÉSO ne soient pas au courant de ces éléments était important, car cela nuisait à la confiance de ces équipes dans la mise en œuvre de la vision des ÉSO. Les participants au système s'attendaient à ce que les ÉSO comprennent l'importance de cerner et de combler les lacunes en matière de connaissances et de générer de la valeur en interne, sans réitérer explicitement ce besoin et orienter le travail nécessaire pour y parvenir. Enfin, s'ils comprenaient l'importance de démontrer la valeur des ÉSO aux médecins, ils ne comprenaient pas la nécessité de démontrer la valeur de Santé Ontario – et des régions d'OH en particulier – aux ÉSO.

Recommandations pour les supports système

Les recommandations qui suivent visent à combler les lacunes en matière de communication, de traduction et de démonstration de valeur, mises en évidence lors des entretiens. Elles ciblent les parties prenantes du système, car celles axées sur les ÉSO ont été longuement abordées ailleurs².

1. Établir la confiance grâce à la communication et à la transparence avec les OHT.
 - a. Partager les conceptions et initiatives en cours et (si possible) prévues pour atténuer les inquiétudes des OHT concernant l'absence de plan au niveau du système et comme rappel de la vision de l'état final.
 - b. Établir des relations équitables avec tous les OHT autant que possible, afin que ceux qui ne sont pas des sites pilotes pour diverses initiatives ne se sentent pas laissés pour compte.
 - c. Ne présumez pas que les équipes de santé en santé ont la même compréhension de la logique de planification du système que les parties prenantes. Partagez les motivations, les espoirs et les défis des parties prenantes avec les équipes de santé en santé, lorsque cela est possible, et collaborez avec elles pour les négocier et les concrétiser ensemble.
2. Établir des attentes claires sur ce que le système attend des OHT et ce que les OHT peuvent attendre du système.
 - a. Réitérer l'attente de création de valeur et travailler en étroite collaboration avec les OHT pour les aider réaliser cet objectif.
 - b. Clarifier l'objectif et l'évolution prévue des indicateurs d'amélioration de la qualité afin d'atténuer les inquiétudes des OHT quant à leur incapacité actuelle à montrer une amélioration significative sur certains indicateurs.
3. Démontrer la valeur des structures, des soutiens et des rôles au niveau du système
 - a. Clarifier les rôles, les capacités et les limites fonctionnelles de l'OH Corporate et des régions de l'OH en ce qui concerne les OHT, afin d'atténuer la confusion concernant les responsabilités (par exemple, le rôle joué dans la fourniture de conseils ou le rassemblement des prestataires pour faire progresser les parcours de soins intégrés).
 - b. Clarifier les capacités et les limites fonctionnelles des rôles au niveau du système que les OHT rencontrent souvent, pour aider les OHT à comprendre leur objectif et leur potentiel, et à gérer les attentes. (Par exemple, les gestionnaires des relations).
 - c. Encourager l'intégration de la santé et de la sécurité au travail aux tables de santé et de sécurité au travail de manière significative et systématique.
4. Travailler avec les OHT pour identifier et combler les lacunes en matière de connaissances et de capacités.
 - a. Travailler en étroite collaboration avec les OHT d'une manière adaptée et approuvée par le système pour identifier et combler les lacunes en matière de connaissances et les besoins de renforcement des capacités, que ce soit en ce qui concerne les partenariats ou les capacités de mesure du rendement.

- b. Surveiller les besoins des OHT en tenant compte des facteurs contextuels qui affectent le renforcement des capacités (p. ex. (EHO autochtones ou rurales), dans le cadre d'une approche axée sur l'équité.
- 5. Établir ou approuver des soutiens individuels et communs sur lesquels les OHT peuvent s'appuyer.
 - a. Établir de nouveaux supports ou approuver les supports existants pour fournir aux OHT des compétences et des ressources partagées pour le leadership et la mise en œuvre de première ligne (par exemple dans des domaines tels que la gouvernance, l'évaluation des performances, les données, etc.) sur lesquelles ils peuvent systématiquement s'appuyer en toute confiance, sachant qu'ils ont l'approbation du système et une applicabilité inter-OHT.

Références

1. Embuldeniya GE, Everall-Day A, Sibbald SL, Gutberg J, Nessa NS, Hall RE WW. Évaluation formative : Les premières expériences de développement d'un nouveau modèle de prestation de soins. 2020. https://hspn.ca/wp-content/uploads/2020/08/Insights-from-Case-Studies-of-the-Early-Experience-of-Developing-OHTs_FWS.pdf
2. Mckellar K, Embuldeniya GE, Commisso E, Hall RE, Wodchis WP. Évaluation centrale des équipes Santé de l'Ontario Évaluation du développement : L'évolution des équipes Santé de l'Ontario.; 2023.
3. Ministère de la Santé. Mise à jour sur les soins connectés – 25 novembre 2019. Publié en 2019. Consulté le 4 avril 2023. https://www.health.gov.on.ca/fr/news/connectedcare/2019/CC_20191125.aspx
4. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Devenez membre d'une équipe Santé Ontario – Professionnels de la santé – MSSLD. Consulté le 4 avril 2023. https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/connectedcare/oht/default.aspx?utm_source=Connected+Mises+à+jour+de+soins&utm_campaign=9f63bb0ee2-CAMPAGNE_EMAIL_CC_15102019_FR_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_bb924cd748-9f63bb0ee2-23077757
5. Ministère de la Santé. L'Ontario franchit une nouvelle étape vers l'intégration du système de santé. Publié en 2019. Consulté le 1er février 2021. <https://news.ontario.ca/fr/release/54585/ontario-prend-les-prochaines-etapes-pour-integrer-le-systeme-de-soins-de-sante>
6. Ministère de la Santé. Agence de la santé de l'Ontario. Publié en 2019. Consulté le 2 février 2021. <https://www.ontario.ca/page/ontario-health-agency>
7. Ministère de la Santé. Série de consultations virtuelles des équipes Santé Ontario - Cadre de mesure du rendement des ESO. Publié en 2021. Consulté le 4 avril 2023. https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/connectedcare/oht/docs/OHT_Performance_Framework_Webinaire.pdf
8. Ministère de la Santé. Équipes Santé Ontario. Publié en 2022. Consulté le 4 avril 2023. https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/connectedcare/oht/docs/OHT_path_forward.pdf
9. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Équipes Santé Ontario : Guide à l'intention des fournisseurs et des organismes de soins de santé ; 2019. https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/connectedcare/oht/docs/guidance_doc_fr.pdf
10. Ministère de la Santé. L'Ontario annonce la création de cinq nouvelles équipes Santé Ontario | Salle de presse de l'Ontario. Consulté le 4 avril 2023. <https://news.ontario.ca/fr/release/57724/ontario-annonce-cinq-nouvelles-equipes-de-sante-ontario>