

Contexte

RISE a co-conçu avec les équipes Santé Ontario (ESO) un processus visant à élaborer des profils des pairs portant sur les priorités des ESO. La première série de profils des pairs est présentée à l'encadré 1, et pourrait être appelée à évoluer.

Un profil des pairs décrit les expériences et les leçons tirées par les membres du groupe des 12 ESO initiales (I-12), ainsi que par d'autres ESO ayant des perspectives particulièrement riches à partager sur une priorité donnée. Il offre également à l'ensemble des ESO l'occasion d'apprendre de leurs pairs et de collaborer à l'élaboration de ressources utiles pouvant être utilisées par toutes les équipes.

Ce profil des pairs porte sur la mise en œuvre de parcours cliniques intégrés à l'aide d'une approche de gestion de la santé de la population. Il est complété par : 1) un enregistrement de la séance de partage et d'apprentissage entre pairs, au cours de laquelle les diapositives sur lesquelles repose ce profil ont été présentées par les ESO et RISE, puis discutées avec les participants (voir encadré 2) ; 2) les diapositives en [format PDF](#) ; et 3) les diapositives développées spécifiquement par RISE, disponibles en [format PowerPoint](#) modifiable. Les lecteurs sont invités à écouter l'enregistrement ou les « chapitres » pertinents, et à adapter et utiliser la présentation PowerPoint selon leurs besoins.

Les ESO présentées ont été sélectionnées en fonction de leur volonté de se positionner comme porteuses d'expériences et de leçons à partager. La sélection visait également à assurer une couverture équilibrée entre les 12 ESO initiales (I-12), les différentes régions, ainsi que des avis de Santé Ontario. Les quatre ESO présentées sont :

- ESO de Couchiching
- ESO de Frontenac, Lennox et Addington (FLA)
- ESO de Mississauga
- ESO Bien-être Nipissing.

Des détails supplémentaires sur chaque ESO (leur région, la taille de leur population attribuée et les personnes ayant contribué à ce profil) sont présentés au schéma 1.

Profil des pairs

Document d'information 35 de RISE: Mettre en œuvre des parcours cliniques intégrés en s'appuyant sur une approche de gestion de la santé de la population

Encadré 1: Couverture des priorités des ESO

Ce document RISE porte sur une priorité clinique des équipes Santé Ontario (ESO) — la mise en œuvre de parcours cliniques intégrés (PCI) à l'aide d'une approche de gestion de la santé de la population — et s'inscrit dans une série des profils de pairs. Les prochains profils porteront sur des priorités liées au renforcement des soins primaires, plus précisément : 1) la mise en place d'un Réseau de soins primaires (RSP) ; et 2) l'amélioration de l'accès aux soins primaires et de l'inscription des patients.

Encadré 2: Enregistrement complémentaire

Ce document RISE est accompagné d'un [enregistrement d'une séance de partage et d'apprentissage entre pairs](#), au cours de laquelle les quatre ESO ont partagé leur « parcours à ce jour ». Ces récits sont encadrés par une présentation de RISE sur les principaux cadres et concepts utilisés dans ce profil des pairs, ainsi qu'une présentation de RISE sur les expériences transversales et les leçons tirées en lien avec : 1) leur parcours ; 2) les étapes de la gestion de la santé de la population ; 3) en lien avec les éléments constitutifs des ESO ; 4) en lien avec les obstacles et les facteurs facilitants ; et 5) les points de vue du Nord. L'enregistrement se conclut par : 1) les réactions des participants à la séance ; et 2) un aperçu des ressources disponibles et des prochaines étapes. Nous vous encourageons à écouter cet enregistrement, en tout ou en partie.

« Chapitre » dans l'enregistrement	Repère	Lien direct
Mise en contexte de la séance	0:00	Contexte
« Parcours à ce jour » des ESO présentées	16:25	Parcours à ce jour
• ESO de Couchiching	• 16:50	• COHT
• ESO de Frontenac, Lennox & Addington	• 23:53	• FLAHT
• ESO de Mississauga	• 29:25	• MOHT
• ESO Bien-être Nipissing	• 35:02	• NWOHT
Expériences et leçons tirées du point de vue de RISE	42:40	RISE
Réactions des participants	1:06:11	Participants
Conclusion, ressources et prochaines étapes	1:22:08	Conclusion

Veuillez noter que l'enregistrement mentionne l'ordre et le calendrier des prochaines séances de partage et d'apprentissage entre pairs. Toutefois, certains de ces éléments ont été modifiés depuis la date de l'enregistrement.

Schéma 1: ESO présentées



ESO de Couchiching
(Région centrale; 68 440)
• Sandy Dupuis
• Thomas Jilek



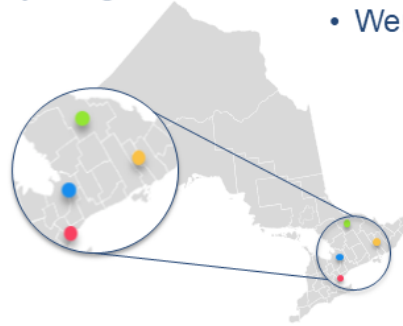
ESO de Frontenac, Lennox
& Addington (FLA)
(Région de l'Est; 221 796)
• Dendra Hillier
• Aws Almufleh
• Mike Fitzpatrick
• Ali Somers
• Kim Morrison



ESO de Mississauga
(Région centrale; 941 174)
• Lindsay Wingham-Smith

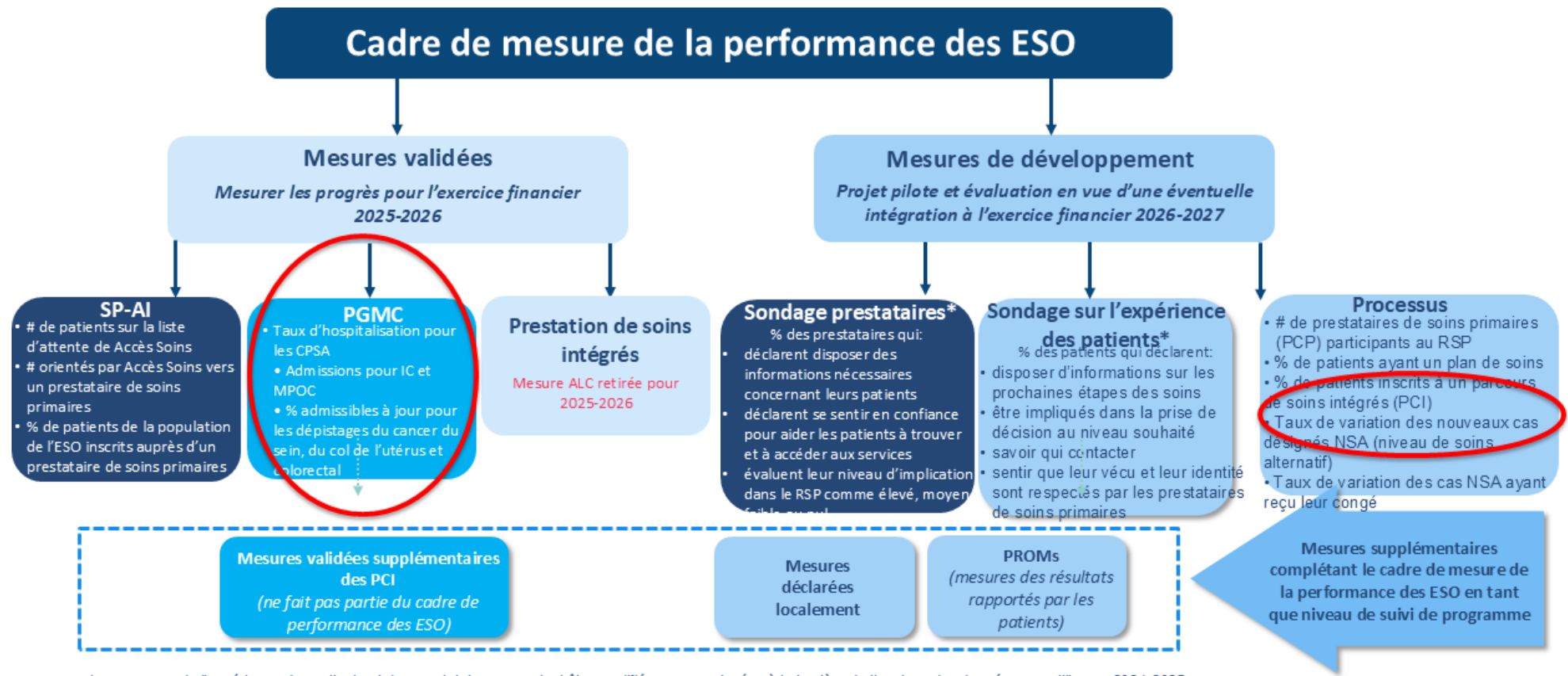


ESO Bien-être Nipissing
(Région du Nord-Est; 99 096)
• Jon Kwok
• Wendy Smith



Certaines mesures du cadre de performance des ESO portent directement sur les parcours cliniques intégrés, tandis que d'autres viennent le compléter en servant de mécanisme de suivi du programme. Ces mesures sont présentées dans la partie inférieure gauche et la partie inférieure droite du schéma 2.

Schéma 2 : Survol de la mesure et de l'évaluation des parcours cliniques intégrés [Source : Santé Ontario]



*Les mesures de l'expérience des patients et des prestataires pourraient être modifiées ou remplacées à la lumière de l'analyse des données recueillies en 2024-2025

Légende des abréviations

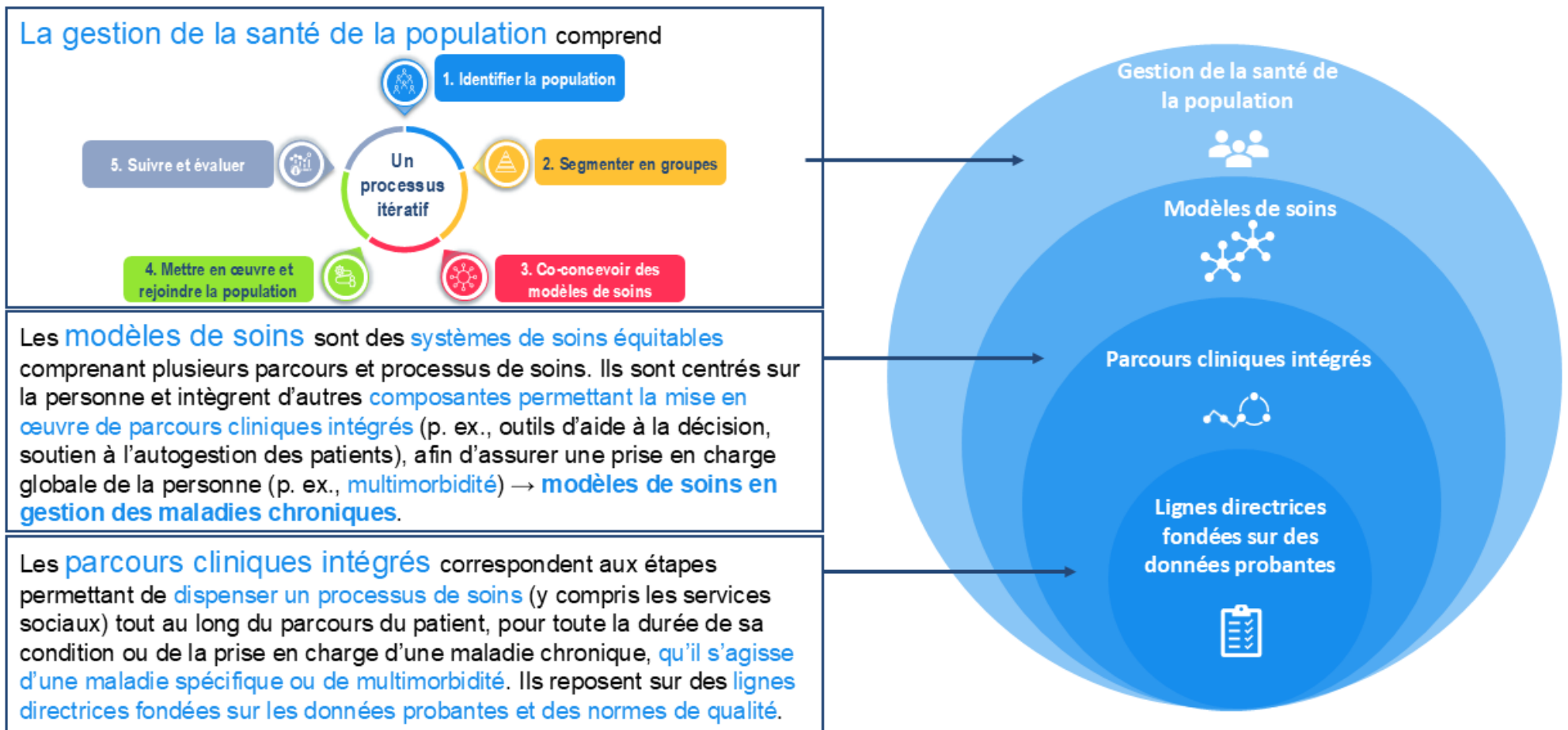
- NSA = niveau de soins alternatif
- CPSA = conditions propices aux soins ambulatoires
- PGMC = prévention et gestion des maladies chroniques
- MPOC = maladie pulmonaire obstructive chronique
- AS = Accès Soins
- IC = insuffisance cardiaque
- SP-AI = accès aux soins primaires et inscription des patients
- RSP = réseau de soins primaires
- CSP = clinicien en soins primaires
- PROMs = mesures des résultats rapportés par les patients

Légende des couleurs

- Le rouge indique un axe principal
- Le jaune indique un axe secondaire

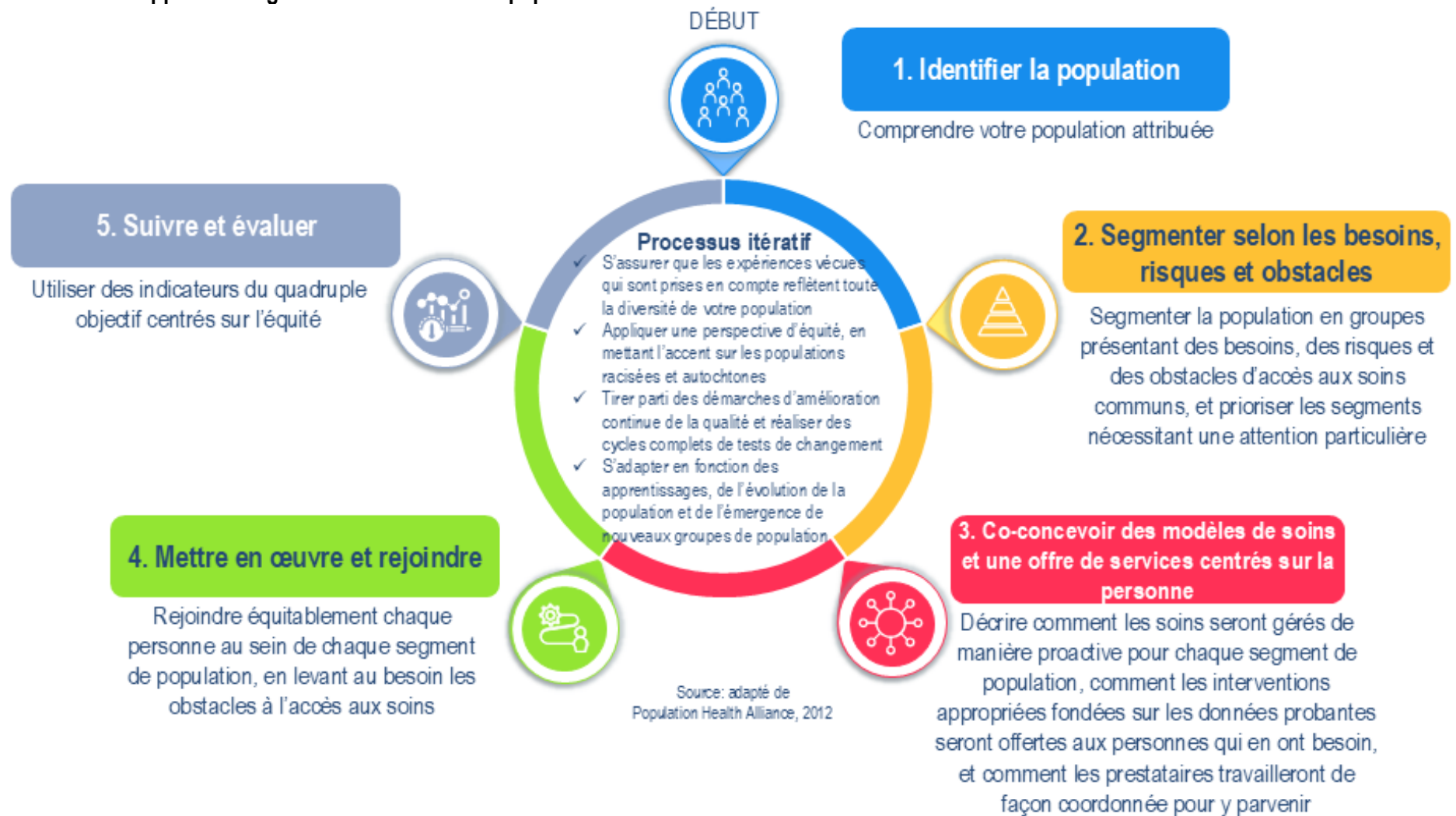
Les parcours cliniques intégrés s'appuient sur les normes de qualité de Santé Ontario et d'autres lignes directrices. Ils peuvent être opérationnalisés dans des modèles de soins en prévention et gestion des maladies chroniques (PGMC), ainsi que dans une approche plus large de gestion de la santé de la population, comme illustré au schéma 3.

Schéma 3 : Articulation des parcours cliniques intégrés avec les lignes directrices fondées sur les données probantes, les modèles de soins et l'approche de gestion de la santé de la population



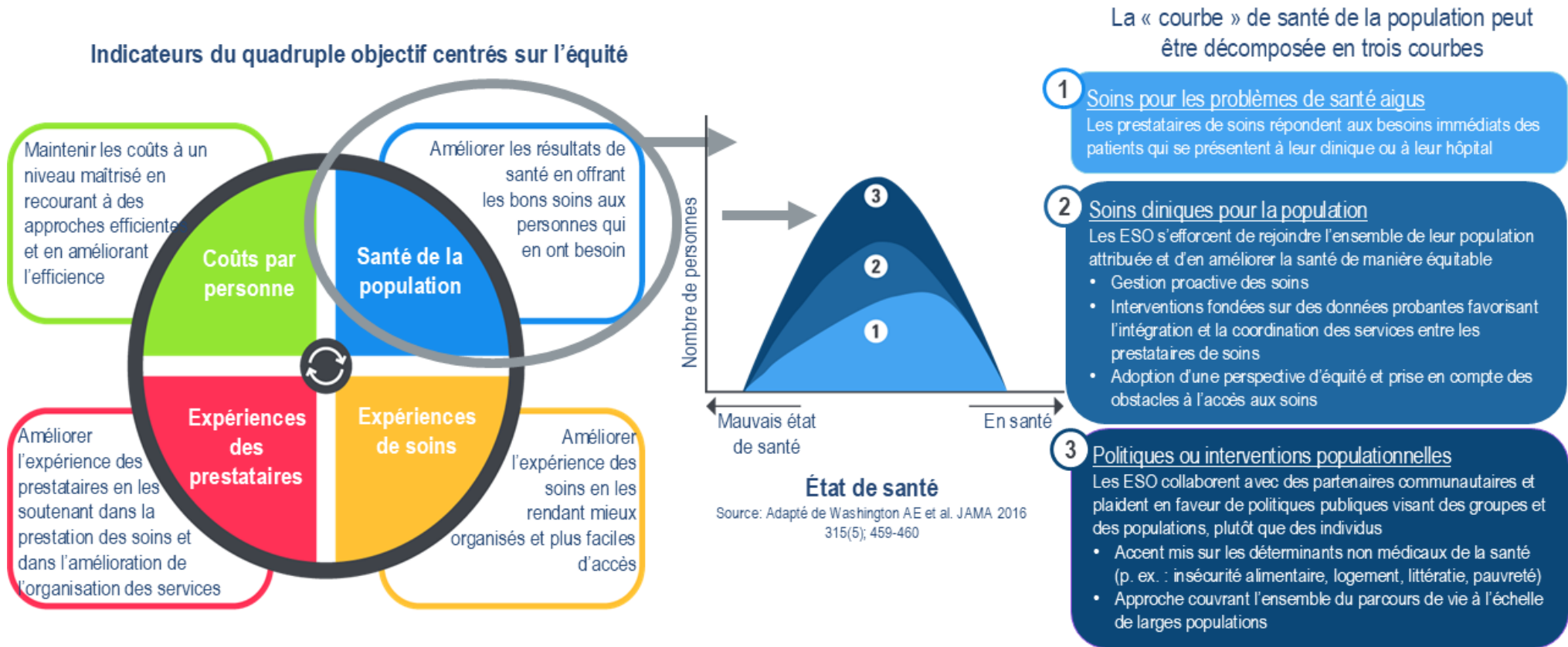
La gestion de la santé de la population est une approche itérative en cinq étapes visant à améliorer les soins cliniques pour une population, comme illustré au schéma 4.

Schéma 4 : L'approche de gestion de la santé de la population



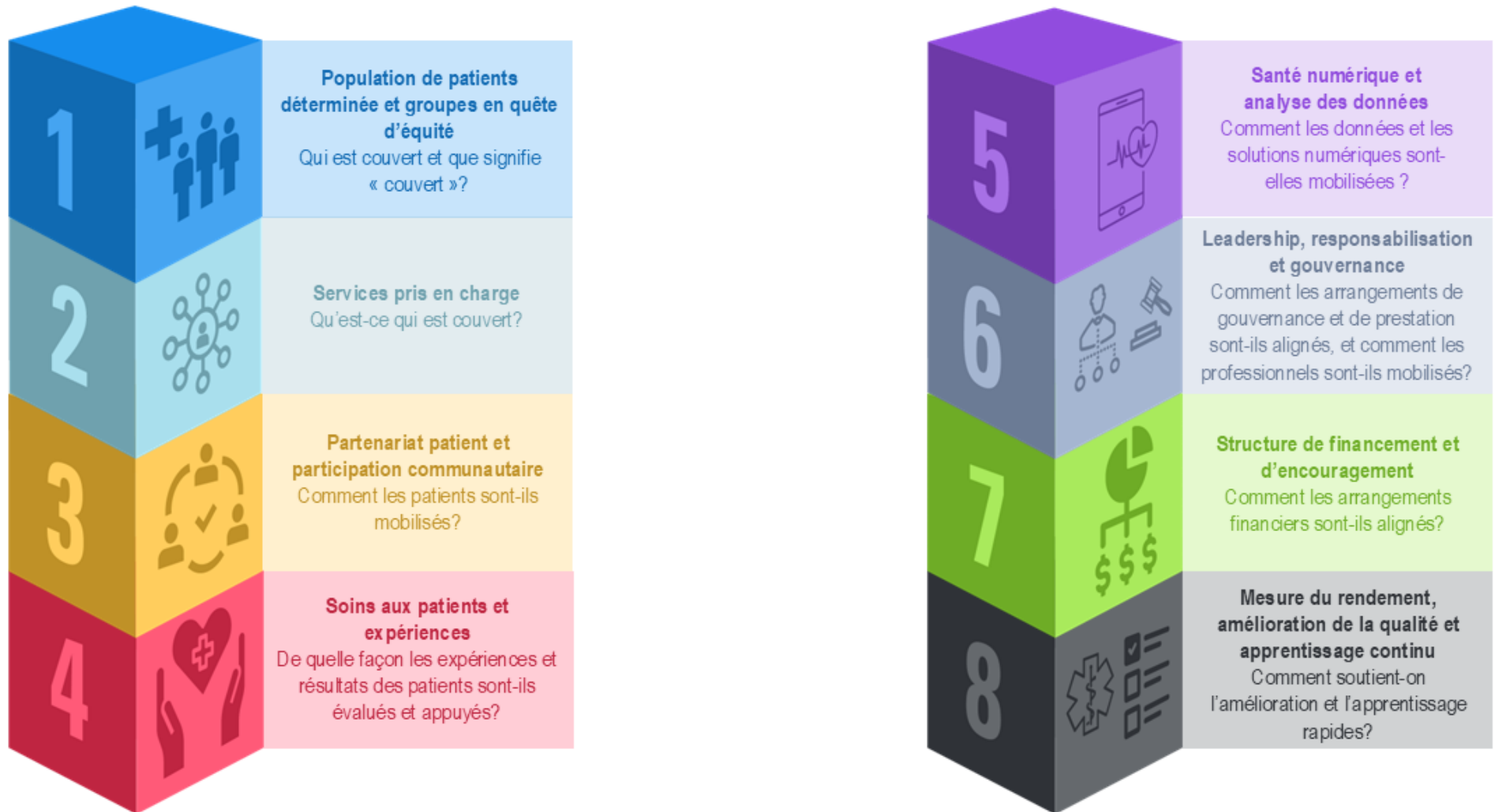
La gestion de la santé de la population constitue l'une des trois approches permettant de déplacer et de resserrer la courbe de santé populationnelle, comme illustré au schéma 5.

Schéma 5 : Trois façons de déplacer la courbe de santé populationnelle



Les initiatives visant à mettre en œuvre des parcours cliniques intégrés à l'aide d'une approche de gestion de la santé de la population peuvent à la fois tirer parti des éléments constitutifs des ESO, présentées au schéma 6, et servir de levier pour créer ou renforcer certains de ces éléments constitutifs.

Schéma 6 : Principaux éléments constitutifs des ESO



Bien que nous revenions à la prévention et à la gestion des maladies chroniques dans un prochain profil de pairs, il est important de noter qu'il existe des liens entre les éléments constitutifs des ESO et les éléments de la plupart des modèles de prévention et de gestion des maladies chroniques, comme illustré au schéma 7. Nous utilisons ici la terminologie propre au modèle de soins des maladies chroniques d'Ed Wagner.

Schéma 7 : Liens entre les éléments constitutifs des ESO et le modèle de prévention et de gestion des maladies chroniques (PGMC)

Éléments constitutifs des ESO	Éléments du modèle PGMC
1) Population de patients déterminée et groupes en quête d'équité	
2) Services pris en charge	
3) Partenariat patient et participation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien à l'autogestion
4) Soins aux patients et expériences	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du système de prestation des soins
5) Santé numérique et analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Aide à la décision pour les prestataires • Systèmes d'information cliniques
6) Leadership, responsabilisation et gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> • Système de santé • Action communautaire, milieux favorables et politiques publiques favorables à la santé
7) Structure de financement et d'encouragement	
8) Mesure du rendement, amélioration de la qualité et apprentissage continu	

« Parcours à ce jour » des ESO présentées

RISE a demandé à chaque ESO de présenter son « parcours à ce jour » dans ses efforts visant à mettre en œuvre des parcours cliniques intégrés à l'aide d'une approche de gestion de la santé de la population. Vous pouvez écouter les enregistrements de chacun de ces « parcours » en cliquant sur un lien dans l'encadré 2, ainsi qu'accéder aux diapositives en format PDF. Nous vous invitons à découvrir ces parcours à travers les témoignages des ESO.

RISE a synthétisé les faits saillants de ces parcours à partir des présentations de chaque équipe lors de la séance de partage et d'apprentissage entre pairs et des entrevues réalisées avec chacune des ESO avant la séance. Ces faits saillants sont présentés aux schémas 8 à 11.

Schéma 8 : ESO de Couchiching — faits saillants du point de vue de RISE

- Parcours
 - Fondation : clinique communautaire existante en insuffisance cardiaque servant de modèle
 - Résultat à court terme : élargissement à la MPOC et mobilisation des soins primaires avec des « responsables » dédiés (infirmière praticienne et médecin de famille)
 - Objectif à long terme : transition progressive vers un modèle de prévention et de gestion des maladies chroniques
- Expériences en lien avec les étapes de la gestion de la santé de la population
 - Étape 3 : modélisation d'une clinique existante en insuffisance cardiaque et co-conception avec des partenaires communautaires
- Expériences en lien avec les éléments constitutifs des ESO
 - Élément constitutif (EC) no 3 : a) mobilisation d'un conseil consultatif des patients et des familles tout au long du processus, y compris pour la révision finale de la cartographie des processus ; b) entrevues réalisées auprès de patients ayant des expériences vécues à partager
 - EC no 4 : travaux futurs sur les mesures des expériences rapportées par les patients et les mesures des résultats rapportés par les patients (phase 1)
 - EC no 5 : a) le personnel du pôle des maladies chroniques utilise le même système TELUS que plus de 50 % des prestataires de soins primaires ; b) collaboration avec le responsable de la protection des renseignements personnels de l'OSMH pour accélérer l'accès à CERNER (DME) pour le personnel clé du pôle
 - EC no 6 : infirmière praticienne responsable de l'insuffisance cardiaque et médecin de famille responsable de la MPOC
- Expériences en lien avec les **facteurs facilitants (et les obstacles)**
 - Engagement : équipe de projet de 10 à 12 personnes, avec un facilitateur, des rencontres régulières et une approche ouverte et inclusive, ainsi qu'un événement de réflexion à venir
 - Engagement auprès des peuples autochtones : le coordonnateur régional en sécurisation culturelle autochtone a contribué à la formation du personnel et a agi comme intermédiaire auprès des groupes autochtones de la région
 - Colocalisation : la présence d'une clinique d'insuffisance cardiaque dans un bâtiment de l'équipe de santé familiale a généré un certain élan en matière de colocalisation
 - **Dossiers médicaux électroniques (DME) : l'absence de DME partagés et de solution de messagerie instantanée pour les prestataires communautaires (p. ex., paramédecine communautaire) demeure un défi**

Schéma 9 : ESO de Frontenac, Lennox et Addington (FLA) — faits saillants du point de vue de RISE

- Parcours
 - Fondation : communauté intégrée de prestataires de soins primaires et de spécialistes partageant la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque et de MPOC ; recours au modèle Best Care pour soutenir certains prestataires de soins primaires
 - Résultat à court terme : a) mise en œuvre de 12 parcours de soins et d'un processus accéléré d'approbation pour les parcours futurs ; b) réunions périodiques d'un conseil soins primaires/spécialistes pour renforcer la collaboration et combler les lacunes en soins
 - Objectif à long terme : transition progressive vers un système de PGMC
- Expériences en lien avec les étapes de la gestion de la santé de la population
 - Étape 1 : identification de 18 000 patients atteints d'insuffisance cardiaque et de MPOC (à partir des données de Santé Ontario)
 - Étape 3 : utilisation ciblée du modèle BestCare
- Expériences en lien avec les éléments constitutifs des ESO
 - Élément constitutif (EC) no 1 : forte concordance entre la population attribuée et le territoire de desserte
 - EC no 3 : participation active de deux personnes ayant des expériences vécues
 - EC no 5 : utilisation des données de soins primaires issues de POPLAR
 - EC no 6 : « voix unifiée » des soins primaires, mobilisation d'un partenaire hospitalier de soins tertiaires et de leaders cliniques des deux côtés, prêts à mobiliser leurs collègues de manière proactive
- Expériences en lien avec les **facteurs facilitants (et les obstacles)**
 - Engagement : leaders cliniques prêts à mobiliser proactivement leurs collègues
 - Engagement auprès des peuples autochtones : collaboration avec le conseil de santé autochtone local
 - Financement : le financement du projet phare en soins à domicile a permis d'accélérer la surveillance à distance des patients et la mobilisation des services paramédicaux
 - **Dossiers médicaux électroniques (DME) : utilisation de plusieurs DME en soins primaires, ce qui complique les travaux d'analyse des données**

Schéma 10 : ESO de Mississauga — faits saillants du point de vue de RISE

- Parcours
 - Fondation : accent sur les patients non-inscrits, engagement envers la gestion de la santé de la population et investissements plus larges en gestion du changement
 - Résultat à court terme : élaboration d'un guide pratique pour l'ajout de nouveaux PCI et pour une transformation plus large
 - Objectif à long terme : transition progressive vers un système de PGMC
- Expériences en lien avec les étapes de la gestion de la santé de la population
- Globalement : alignement explicite des travaux sur les PCI avec une approche de gestion de la santé de la population
 - Étape 2 : réalisation d'une segmentation formelle de la population
- Expériences en lien avec les éléments constitutifs des ESO
 - Élément constitutif (EC) no 1 : accent sur les patients non inscrits
 - EC no 3 : séances de co-conception avec la participation de représentants du conseil consultatif des patients et des familles, et attention particulière à la création d'environnements propices à l'engagement
 - EC no 4 : développement de mécanismes de soutien à l'autogestion dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre des mesures rapportées par les patients
 - EC no 8 : investissement important en gestion du changement, qui soutiendra l'ensemble des travaux à venir, notamment en clarifiant la valeur ajoutée de la participation à des projets complexes
- Expériences en lien avec les **facteurs facilitants (et les obstacles)**
 - **Financement : le financement pour l'expansion des équipes de soins primaires et d'autres financements de Santé Ontario ont créé un élan, notamment pour un accent sur les patients non-inscrits**
 - **Partage des données : l'incapacité de repérer les personnes « non inscrites » constitue un obstacle majeur**

Schéma 11 : ESO Bien-être Nipissing — faits saillants du point de vue de RISE

- Parcours
 - Fondation : modèle BestCare pour l'insuffisance cardiaque
 - Résultat à court terme : le pôle est une clinique ambulatoire hospitalière (NBRHC) (offrant des soins secondaires) et les points de services sont des programmes ancrés dans les soins primaires
 - Objectif à long terme : modèle en réseau (avec pôle central et points de services) pour les maladies chroniques
- Expériences en lien avec les étapes de la gestion de la santé de la population
 - Étape 1 : 3 100 patients ayant un diagnostic d'insuffisance cardiaque ; 600 non-inscrits
 - Étape 4 : amélioration documentée de la qualité de vie (score au questionnaire *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*) et réduction des hospitalisations, des visites à l'urgence et des consultations non planifiées en soins primaires
- Expériences en lien avec les éléments constitutifs des ESO
 - Élément constitutif (EC) no 6 : leadership clinique et contribution d'un inhalothérapeute ayant permis de faire progresser les travaux
- Expériences en lien avec les **facteurs facilitants (et les obstacles)**
 - **Financement : les résultats sont meilleurs lorsque le financement intégré est dirigé vers l'ESO ou un partenaire communautaire, et lorsque la région peut collaborer pour assurer un financement durable d'initiatives pouvant bénéficier à l'ensemble des ESO de la région**

Expériences et leçons tirées du point de vue de RISE

RISE a également synthétisé certains faits saillants tirés des témoignages des ESO en lien avec 1) leur parcours et 2) les expériences relatives aux étapes de gestion de la santé de la population. Ces éléments sont présentés aux schémas 12 et 13.

Schéma 12: Expériences liées aux parcours

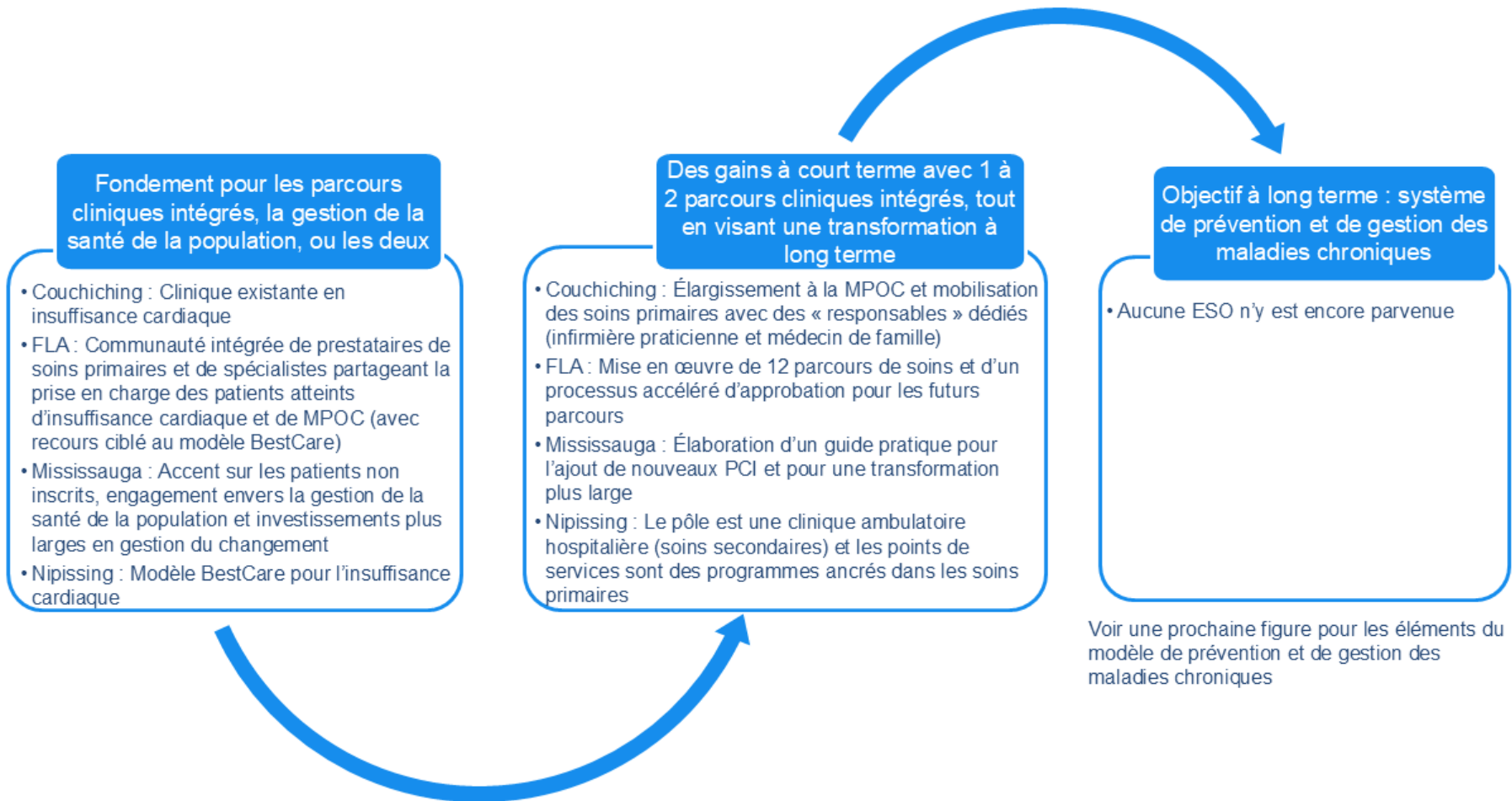


Schéma 13: Expériences en lien avec les étapes de gestion de la santé de la population

Étapes	Expériences
Général	<ul style="list-style-type: none"> Mississauga : Alignement plus explicite des travaux sur les parcours cliniques intégrés avec une approche de gestion de la santé de la population
1. Identifier la population	<ul style="list-style-type: none"> Frontenac, Lennox et Addington (FLA) : Identification de 18 000 patients atteints d'insuffisance cardiaque ou de MPOC Nipissing : Identification de 3 100 patients atteints d'insuffisance cardiaque, dont 600 sans médecin de famille
2. Segmenter en groupes	<ul style="list-style-type: none"> Mississauga : Réalisation d'une segmentation formelle de la population
3. Co-concevoir des modèles de soins	<ul style="list-style-type: none"> Couchiching : Utilisation d'une clinique communautaire existante en insuffisance cardiaque comme modèle FLA et Nipissing : Recours au modèle BestCare
4. Mettre en œuvre et rejoindre la population	
5. Suivre et évaluer	<ul style="list-style-type: none"> Nipissing : Améliorations documentées de la qualité de vie (score KCCQ), ainsi que des diminutions des hospitalisations, des visites à l'urgence et des consultations non planifiées en soins primaires

S'appuyant sur leur vaste expérience auprès des ESO ainsi qu'avec des équipes au Canada et aux États-Unis, les coachs de RISE ont identifié certains enjeux pouvant survenir en l'absence d'une approche de gestion de la santé de la population :

- Une approche fragmentée, caractérisée par une multiplication de « projets » peu ou mal interconnectés
- Une prise de décision peu appuyée sur les données, reposant davantage sur les opinions d'experts ou des partenaires pour identifier les lacunes du système local
- Des améliorations limitées à certaines sous-populations ciblées par des projets, sans impact significatif sur l'ensemble de la population
- Des allocations budgétaires orientées vers des gains à court terme, au détriment d'investissements structurants favorisant une transformation durable et intégrée du système.

Ils ont également mis en évidence des concepts clés de transformation pour bâtir un système de prévention et de gestion des maladies chroniques :

- Les soins primaires sont au cœur du système et leur mobilisation dès le départ est essentielle
- Les professionnels des soins primaires occupent un rôle central au sein des équipes de leadership; les autres partenaires communautaires y participent également, tout en reconnaissant le rôle pivot des soins primaires
- Les données sont indispensables pour soutenir la gestion de la santé de la population, tant à l'échelle du système (suivi des résultats) qu'au niveau local (prestation des soins), notamment via des tableaux de bord et des registres en soins primaires
- Les lignes directrices fondées sur les données probantes sont intégrées aux systèmes d'information, de manière à rendre leur application quasi incontournable dans la pratique clinique
- Les systèmes de référence standardisés peuvent être indépendants des maladies et reposent sur des ententes formelles entre les organisations
- Les patients bénéficient d'un certain niveau de soutien à l'autogestion, quel que soit leur point d'entrée dans le système; cela inclut l'éducation, mais aussi des interventions comportementales fondées sur les données probantes visant à renforcer leur capacité à gérer leur condition
- Les ressources communautaires (notamment celles issues des organismes communautaires) sont facilement accessibles pour agir sur les déterminants sociaux de la santé
- L'équité est assurée tant dans l'accès aux soins que dans la qualité des services offerts

- Les consultations sont planifiées (particulièrement en soins primaires) plutôt que réactives, ce qui implique que les professionnels disposent des bonnes informations au bon moment, que les patients comprennent le déroulement et les objectifs des visites, et que celles-ci fassent l'objet d'une planification conjointe (mise à l'ordre du jour).

Les coachs de RISE ont observé que la majorité des équipes se trouvent à des stades précoces de développement. Les questions portent donc principalement sur la compréhension des besoins (p. ex. : données mobilisées, outils de sondage utilisés, structure des parcours, etc.), ainsi que sur les stratégies pour mobiliser les soins primaires et déterminer un point de départ pour amorcer les améliorations tout au long de leur parcours. Ils ont également constaté que la plupart des équipes utilisent seulement certaines composantes de l'approche de gestion de la santé de la population, et ce, de manière partielle. Plusieurs équipes ont tendance à se heurter à des difficultés lors de la co-conception des modèles de soins (étape 3). En particulier, elles cherchent à transformer l'ensemble du parcours simultanément, ce qui rend difficile le choix d'un point de départ pour les améliorations ou la mobilisation de volontaires pour tester des changements (notamment en soins primaires).

À partir de ces constats, les coachs de RISE ont élaboré une série de questions visant à favoriser une application plus complète de l'approche de gestion de la santé de la population. Ces questions sont présentées au schéma 14.

Schéma 14 : Questions visant à favoriser une application plus complète de l'approche de gestion de la santé de la population

Étapes	Exemples de questions posées par les coachs RISE pour favoriser une application plus complète de l'approche de gestion de la santé de la population
1. Identifier la population	<ul style="list-style-type: none"> • Comment avez-vous amorcé la démarche? • Quelles données avez-vous utilisées pour prioriser l'insuffisance cardiaque ou la MPOC (ou pour cibler vos populations prioritaires)? • Qui, au sein de l'équipe, a réalisé les analyses de données (le cas échéant)?
2. Segmenter en groupes	<ul style="list-style-type: none"> • Comment avez-vous initialement abordé la segmentation (p. ex. : expertise des partenaires communautaires, littérature scientifique ou clinique)? • Comment avez-vous réfléchi au continuum des besoins (p. ex. : certaines équipes ont mis en place des mécanismes de gradation des soins et défini les soins requis pour chaque segment)? • Quelles données avez-vous analysées pour comprendre les besoins de votre population (p. ex. : données hospitalières, des centres de santé communautaires, des soins primaires, etc.)? • Comment avez-vous pris en compte les perspectives des patients et des professionnels? • Comment avez-vous analysé les inégalités (p. ex. : inclusion de questions sur les déterminants sociaux de la santé dans les sondages)? • Comment avez-vous examiné l'utilisation des services et quels constats en avez-vous tirés (p. ex. : abondance de services pour les patients très malades, mais insuffisance de services pour l'évaluation)? • Comment avez-vous choisi un premier segment prioritaire pour amorcer les travaux?
3. Co-concevoir des modèles de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Comment avez-vous lié vos améliorations aux besoins identifiés? Avez-vous également établi des liens avec d'autres priorités des ESO (p. ex. : santé mentale et dépendances, intégration du dépistage de la dépression)? • Quels concepts fondés sur les données probantes avez-vous utilisés pour orienter l'identification des pistes de changement (p. ex. : normes de qualité)? • Comment avez-vous mobilisé les soins primaires (dans la co-conception et les phases de test)? • Comment avez-vous déterminé quelles améliorations tester en priorité? • Qu'avez-vous appris de vos tests et comment avez-vous ajusté vos approches en fonction de ces apprentissages?

Étapes	Exemples de questions posées par les coachs RISE pour favoriser une application plus complète de l'approche de gestion de la santé de la population
	<ul style="list-style-type: none"> De manière générale, est-ce que vous cherchiez à améliorer des modèles de soins existants ou à en créer de nouveaux? Comment avez-vous mobilisé les autres partenaires communautaires (p. ex. : soins à domicile, soins communautaires, soins spécialisés, santé publique) pour faire évoluer leurs façons de faire?
4. Mettre en œuvre et rejoindre la population	<ul style="list-style-type: none"> Comment envisagez-vous la diffusion et la mise à l'échelle de soins durables? Comment abordez-vous l'augmentation de la portée (p. ex. : rejoindre les personnes sans accès à un médecin de famille)? Quels obstacles à la diffusion avez-vous rencontrés et comment les avez-vous surmontés?
5. Suivre et évaluer	<ul style="list-style-type: none"> Comment mesurez-vous les améliorations? Quels résultats initiaux pouvez-vous partager? Qui est responsable du suivi et de l'évaluation (p. ex. : équipe de soutien de l'ESO, responsabilité partagée entre les principaux partenaires du réseau)?
Général	<ul style="list-style-type: none"> Quelles sont vos prochaines étapes? Avec le recul, avez-vous omis certaines étapes clés et serait-il pertinent d'y revenir? Les bonnes personnes sont-elles autour de la table (y compris de la région locale de Santé Ontario)? Qui pourrait manquer?

RISE a également synthétisé certains faits saillants tirés des récits des ESO en lien avec : 1) les expériences relatives aux éléments constitutifs des ESO ; 2) les expériences en matière d'obstacles et de facteurs facilitants ; et 3) les points de vue selon une perspective du Nord. Ces éléments sont présentés aux schémas 15 à 17.

Schéma 15 : Expériences en lien avec les éléments constitutifs des ESO

Éléments constitutifs des ESO	Expériences
1. Population de patients déterminée et groupes en quête d'équité	<ul style="list-style-type: none"> Frontenac, Lennox et Addington : Forte concordance entre la population attribuée et le territoire de desserte Mississauga : Accent sur les patients non-inscrits
2. Services pris en charge	
3. Partenariat patient et participation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Frontenac, Lennox et Addington : Deux personnes ayant des expériences vécues particulièrement engagées, l'une vivant avec une insuffisance cardiaque et impliquée dans ces travaux, et l'autre issue du conseil consultatif des patients et des familles, impliquée dans les travaux sur la MPOC ; participation à la co-conception d'un guide de discussion avec les patients Mississauga : Présence de représentants du conseil consultatif des patients et des familles à toutes les tables de planification et attention soutenue à la création d'environnements propices à l'engagement
4. Soins aux patients et expériences	<ul style="list-style-type: none"> Mississauga : Priorisation du soutien à l'autogestion

Éléments constitutifs des ESO	Expériences
5. Santé numérique et analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Couchiching : L'accès accordé à cinq membres du personnel communautaire au DME hospitalier (CERNER) a été très facilitant Frontenac, Lennox et Addington : Utilisation des données de soins primaires du réseau POPLAR (Primary care Ontario Practice-based Learning and Research), lui-même relié au Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires
6. Leadership, responsabilisation et gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> Couchiching : Infirmière praticienne responsable de l'insuffisance cardiaque et médecin de famille responsable de la MPOC Frontenac, Lennox et Addington : « Voix unifiée » des soins primaires, mobilisation d'un partenaire hospitalier de soins tertiaires et de leaders cliniques des deux milieux, prêts à mobiliser leurs collègues de manière proactive Nipissing : Leadership clinique et contribution d'un inhalothérapeute ayant permis de faire progresser les travaux
7. Structure de financement et d'encouragement	
8. Mesure du rendement, amélioration de la qualité et apprentissage continu	<ul style="list-style-type: none"> Mississauga : Investissement important en gestion du changement, qui soutiendra l'ensemble des travaux à venir, notamment en clarifiant la valeur ajoutée de la participation à des projets complexes

Schéma 16: Expériences en lien avec les facteurs facilitants (en vert) et les obstacles (en rouge)







	<p>Engagement</p> <ul style="list-style-type: none"> Couchiching : Équipe de projet de 10 à 12 personnes, avec un facilitateur, des rencontres régulières et une approche ouverte, ainsi qu'un événement de réflexion à venir FLA : Des leaders cliniques prêts à mobiliser proactivement leurs collègues
	<p>Engagement auprès des peuples autochtones</p> <ul style="list-style-type: none"> Couchiching : Le coordonnateur régional en sécurisation culturelle autochtone a contribué à la formation du personnel et a agi comme intermédiaire auprès des groupes autochtones de la région FLA : Collaboration avec le conseil de santé autochtone local
	<p>Financement</p> <ul style="list-style-type: none"> FLA : Le financement du projet phare en soins à domicile a permis d'accélérer la surveillance à distance des patients et la mobilisation des services paramédicaux Mississauga : Le financement pour l'expansion des équipes de soins primaires et d'autres financements de Santé Ontario ont créé un élan, notamment pour un accent sur les patients non inscrits Nipissing : Les retombées sont meilleures lorsque le financement intégré est dirigé vers l'ESO ou un partenaire communautaire, et lorsque la région peut collaborer pour assurer un financement durable d'initiatives pouvant bénéficier à l'ensemble des ESO de la région
	<p>Regroupement sur un même site</p> <ul style="list-style-type: none"> Couchiching : La présence d'une clinique d'insuffisance cardiaque dans un bâtiment d'équipe de santé familiale a généré un certain élan en matière de colocalisation
	<p>Dossiers médicaux électroniques (DME)</p> <ul style="list-style-type: none"> Couchiching : L'absence d'une solution de messagerie instantanée pour la paramédecine communautaire demeure un défi FLA : L'utilisation de plusieurs DME en soins primaires complique les travaux d'analyse des données
	<p>Partage des données</p> <ul style="list-style-type: none"> Mississauga : L'incapacité de repérer les personnes « non inscrites » constitue un obstacle majeur (bien que cela soit en cours d'amélioration grâce aux améliorations apportées aux données d'Accès Soins)

Schéma 17: Expériences du point de vue du Nord



- Disponibilité, accessibilité et exhaustivité limitées des données populationnelles pertinentes [EC no 1, EC no 5, EC no 8]
- Manque de flexibilité et de temps (gabarits, reddition de comptes) pour co-concevoir des parcours intégrant les perspectives des peuples et communautés autochtones [EC no 3, EC no 6, EC no 7] — p. ex. : les déplacements à l'intérieur d'une ESO ou entre ESO voisines nécessitent des vols



- Pénuries chroniques et importantes de ressources en personnel de santé — difficulté à gérer des priorités multiples et concurrentes, notamment la mise en œuvre d'initiatives de changement et l'offre d'un soutien complet à l'autogestion [EC no 4, EC no 6]
- La mesure de la performance est centrée sur des indicateurs hospitaliers ou spécialisés, peu susceptibles d'être influencés par les initiatives de transformation des parcours cliniques intégrés [EC no 8]



- Possibilités d'arrimage avec des initiatives locales et régionales (p. ex. : mise en œuvre de Meditech Expanse) [EC no 5]
- Le soutien à des approches à la fois locales et régionales (p. ex. : réseau régional de services spécialisés, North East Collaborative) nécessite du temps supplémentaire et des stratégies de mobilisation adaptées [EC no 3, EC no 6], mais pourrait permettre une utilisation plus efficace des ressources

Ressources et prochaines étapes

Les ESO présentées, le ministère de la Santé, Santé Ontario, RISE et d'autres partenaires proposent des ressources visant à soutenir la mise en œuvre des parcours cliniques intégrés. Celles-ci sont présentées aux schémas 18 à 20.

Schéma 18: Ressources des ESO présentées

ESO	Ressources	Valeur ajoutée des ressources clés
Couchiching	<ul style="list-style-type: none"> Cartographie des processus pour l'état futur, incluant des descriptions de rôles <ul style="list-style-type: none"> ECP = partenaire de soins essentiel OCO = Organisme ontarien de soutien aux proches aidants 	<ul style="list-style-type: none"> Comprend les descriptions des rôles pour le personnel impliqué dans les parcours cliniques intégrés
FLA	<ul style="list-style-type: none"> Flux de travail : 1) insuffisance cardiaque, 2) MPOC Diapositives pour la mobilisation clinique (25 juillet 2024) 	<ul style="list-style-type: none"> Illustre les flux de travail pour deux conditions Ressource pour mobiliser les médecins de famille et les spécialistes
Mississauga	<ul style="list-style-type: none"> Diapositives présentant l'approche (disponibles sur demande) Guide pratique (disponible sur demande) Outil « Comprendre notre communauté » 	<ul style="list-style-type: none"> Illustre l'approche liée aux travaux sur les parcours cliniques intégrés Étapes concrètes pour faire progresser les travaux sur les parcours cliniques intégrés Exemple d'outil de données
Bien-être Nipissing	<ul style="list-style-type: none"> État actuel et état futur : 1) insuffisance cardiaque, 2) MPOC 	<ul style="list-style-type: none"> Comparaison entre l'état actuel et l'état futur

Schéma 19: Ressources du ministère de la Santé et de Santé Ontario

Type	Ressources	Description ou considérations
Normes de qualité	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance cardiaque (2022) Document d'accompagnement sur l'insuffisance cardiaque Modèle en réseau « hub–spoke–node » pour l'insuffisance cardiaque et document détaillé MPOC (2023) Document d'accompagnement sur le MPOC Ulcères du pied diabétique (2017) Prédiabète et diabète de type 2 (2021) 	<ul style="list-style-type: none"> Norme de qualité de Santé Ontario sur l'insuffisance cardiaque Résumé en deux pages de la norme de qualité sur l'insuffisance cardiaque Description d'un modèle de soins largement utilisé en Ontario Norme de qualité de Santé Ontario sur la MPOC Résumé en deux pages de la norme de qualité sur la MPOC Lignes directrices pour une condition fréquemment associée Lignes directrices pour une condition fréquemment associée
Communautés de pratique	<ul style="list-style-type: none"> Espace partagé des ESO (une communauté pour chacune des thématiques : insuffisance cardiaque, MPOC et préservation des membres inférieurs ; dossier sur la santé autochtone au sein de la communauté de pratique « préservation des membres inférieurs » ; trousse de mise en œuvre pour la MPOC) 	<ul style="list-style-type: none"> Occasions de dialogue sur les parcours, ainsi qu'un ensemble de ressources

Soins pour les maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir et gérer les maladies chroniques : le cadre de l'Ontario (2007) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre publié de longue date, mais toujours pertinent, pour la prévention et la gestion des maladies chroniques
Équité	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme(2023) • Cadre des déterminants sociaux de la santé et guide des ressources (2025) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre d'équité à utiliser dans les travaux sur les PCI • Cadre et guide qui situent l'équité dans une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé

Schéma 20: Ressources produites par RISE et d'autres partenaires

Organisation	Ressources	Valeur ajoutée des ressources clés
RISE	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositives illustrant la mise en œuvre des PCI à l'aide d'une approche de gestion de la santé de la population <ul style="list-style-type: none"> ○ Recommandations sur les fonctionnalités numériques en GSP ○ Exemple de cas d'usage (diabète) pour les fonctionnalités numériques • Document d'information de RISE sur la gestion de la santé de la population 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressource pour soutenir la mise en œuvre des parcours cliniques intégrés à l'aide d'une approche de gestion de la santé de la population • Informations supplémentaires sur l'approche de gestion de la santé de la population
Société cardiovasculaire du Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Ligne directrice sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (2017) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ligne directrice sur l'insuffisance cardiaque provenant d'une société savante
Evidence2Practice Ontario	<ul style="list-style-type: none"> • Outils numériques pour l'insuffisance cardiaque, la MPOC et le diabète 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiative visant à rendre les normes de qualité de Santé Ontario accessibles et utilisables dans les DME largement utilisés
HeartLife Foundation	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre de politiques en matière d'insuffisance cardiaque 	<ul style="list-style-type: none"> • Description d'un cadre utilisé par certaines organisations en Ontario
PHM Coalition	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport sur les outils numériques pour soutenir la gestion de la santé de la population 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des outils numériques disponibles pour soutenir la gestion de la santé de la population

RISE invite les lecteurs à formuler des commentaires sur ce document et à proposer des ressources complémentaires. RISE procédera à sa mise à jour au fur et à mesure que de nouvelles ressources seront disponibles. Merci d'acheminer vos commentaires et suggestions à l'adresse suivante : rise@mcmaster.ca.

Lavis JN, Moat KA, Reid R, Hindmarsh M, McGeoch L, Wood B. Document d'information 35 de RISE : mettre en œuvre des parcours cliniques intégrés à l'aide d'une approche de gestion de la santé de la population. Hamilton : McMaster Health Forum; 2025.

RISE élabore à la fois ses propres ressources (comme ce document RISE) pour soutenir l'apprentissage et l'amélioration rapides, et propose également une « porte d'entrée » structurée vers des ressources produites par d'autres partenaires et par le ministère. RISE est financé par une subvention du ministère de la Santé de l'Ontario versée au McMaster Health Forum. Les opinions, résultats et conclusions présentés sont ceux de RISE et sont indépendants du ministère et de Santé Ontario. Le contenu ne constitue pas une approbation du ministère ou de Santé Ontario, et ne doit pas être interprété comme tel.

ISSN: 2562-7759 (en ligne)



Ce document est publié sous licence [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).