



Alliance pour des communautés en santé
Faisons avancer l'équité en santé en Ontario

Maisons de santé de quartier– Le modèle en étoile

Introduction

Cet exemple montre le fonctionnement d'un modèle en étoile («hub and spoke»), soit celui des maisons de santé de quartier, qui permet de fournir en équipe des soins de santé primaires complets, axés sur l'amélioration de l'accessibilité, du rattachement, de la santé de la population et de l'équité en matière de santé. Le modèle se compose d'un carrefour (organisation de soins de santé primaires qui offre des soins en équipe) et de points d'accès (des prestataires de soins primaires et des groupes qui ne font pas directement partie d'une équipe, mais qui y ont accès). Dans ce modèle collaboratif, les prestataires de soins primaires et les équipes interprofessionnelles unissent leurs efforts pour répondre aux besoins locaux des communautés qu'ils servent. Ce document présente un modèle illustrant les maisons de santé de quartier, également connues sous le nom de «maison de santé de quartier», et met en évidence les éléments qui la composent et les enseignements tirés depuis sa création.

Le concept : la maison de santé de quartier

Le modèle de la maison de santé de quartier est profondément ancré dans l'équité en matière de santé. Il veille à ce que chaque personne soit rattachée aux soins primaires et puisse avoir accès sans entrave à une équipe interprofessionnelle de soins primaires. Il cherche à lier les pratiques de soins primaires entre les différents «quartiers», tout en fonctionnant comme un système de soins intégré, sans perturber les organisations indépendantes. Si ce modèle est déployé dans l'ensemble de l'Ontario, il facilitera l'accroissement des taux de rattachement et la diminution du nombre de personnes sur la liste d'attente d'Accès soins.

Éléments fondamentaux

Soins de santé primaires interprofessionnels et collaboratifs

Le carrefour de ce modèle, l'organisation qui offre des soins en équipe, fournit des soins primaires continus et des ressources sociales et communautaires adaptées aux besoins des personnes qui rencontrent des obstacles quant à l'accès aux soins. Il est responsable de la promotion de la santé et des soins préventifs, ainsi que des ressources sociales et communautaires. Il est l'entité centrale de coordination avec les points d'accès, soit tous les

prestataires de soins primaires de la communauté, qui ont accès aux services et aux ressources offerts par le carrefour, assurant ainsi une coordination et une continuité des soins. Essentiellement, le carrefour est un guichet unique où les personnes peuvent être examinées, assistées et évaluées pour tous leurs besoins en matière de soins, qu'il s'agisse de soins primaires, de ressources interprofessionnelles ou de programmes de santé publique. Selon la complexité de leur état de santé et de leurs besoins en matière de soins, les patients peuvent continuer à bénéficier du suivi du carrefour ou être redirigés vers l'un des points d'accès. Lorsque les patients sont correctement rattachés et liés au type de soins appropriés, une relation durable qui favorise la stabilité et la continuité des soins est établie.

Ce modèle met l'accent sur le renforcement des capacités de soins primaires et l'amélioration de l'accès à des soins primaires interprofessionnels en équipe. Il permet de partager les ressources entre les partenaires, tout en garantissant la coordination et la continuité des soins. Tous les besoins des patients ne nécessitent pas forcément une consultation chez leur prestataire de soins primaires et peuvent en fait être mieux pris en charge par un autre membre de l'équipe. Ce modèle assure des liens entre les ressources interprofessionnelles adéquates et les soins primaires. De cette façon, les patients reçoivent des soins appropriés de la bonne personne, tout en maintenant un contact étroit avec leur prestataire. En résumé, ce modèle vise à accroître la capacité du système de rattacher les patients aux soins primaires, à offrir des soins complets en équipe, et à alléger la charge administrative. Tous les médecins et groupes participants ont signé des protocoles d'entente qui décrivent les attentes et le nombre accru de personnes qu'ils rattacheront.

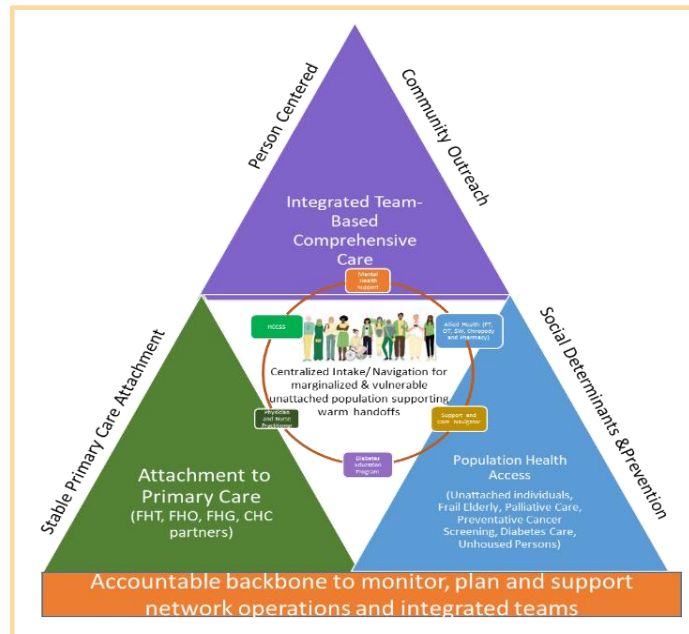


Figure 1: Le modèle de maison de santé de quartier (en anglais).

Gouvernance et engagement communautaires

L'organisation qui agit comme carrefour est gérée par la communauté (voir le [document de l'Alliance sur la gouvernance communautaire](#)). La communauté joue donc un rôle actif dans la prise de décisions et la redevabilité. Une gouvernance communautaire véritable ne se résume pas à un conseil d'administration composé de membres de la communauté. Au contraire, la voix de la communauté doit être au cœur des décisions prises dans l'ensemble de l'organisation. Cela garantit que les organisations orientent et adaptent leurs services pour répondre aux besoins actuels et changeants de la population en matière de santé.



Une approche axée sur la population et des données solides

Les maisons de santé de quartier adoptent une approche axée sur la population en se dotant d'une solide infrastructure de données, qui inclut la collecte de données auprès de toutes les équipes interprofessionnelles et de tous les prestataires. Des données sociodémographiques et raciales sont recueillies pour tous les patients, en plus de détails sur chaque interaction avec le personnel et les prestataires. Ces informations sont enregistrées dans un dossier médical électronique (DME).

L'un des principaux éléments facilitant le fonctionnement du carrefour est la mise en place d'une procédure d'admission centralisée. Celle-ci comprend notamment un point de contact unique, une évaluation initiale, une planification personnalisée des soins et une orientation vers les soins primaires. Cette procédure permet une évaluation commune à laquelle tous les partenaires de soins primaires ont adhéré. Cela permet de maintenir une compréhension cohérente des besoins de la population en matière de soins primaires et de procéder à une segmentation de la population à l'aide de données standardisées. Une communication et un partage d'informations plus efficaces entre les prestataires sont également favorisés. Idéalement, le carrefour sera le dépositaire des informations sur la santé pour la région afin de faciliter l'admission à partir de la liste d'Accès soins. À une échelle plus vaste, les évaluations basées sur la santé de la population servent également à déterminer les besoins en matière de soins des populations non rattachées au réseau de proximité et à demander l'augmentation du nombre de membres de l'équipe de soins interprofessionnelle.

L'accent sur l'équité et les déterminants de la santé

Le modèle de maison de santé de quartier s'inspire du [Modèle de santé et de bien-être](#), un modèle global de soins primaires qui met l'accent sur l'équité en santé et sur l'amélioration de la santé de la population pour promouvoir la santé et le bien-être des personnes et des communautés marginalisées. À ce titre, les organisations qui offrent des soins en équipe agissent sur les déterminants cliniques et sociaux et offrent un accès facile aux ressources de soins primaires pour les patients non rattachés, marginalisés et ayant des besoins complexes. L'élaboration de profils de patients est l'une des méthodes utilisées pour comprendre les populations marginalisées qui sont ciblées et les difficultés qu'elles rencontrent pour obtenir des soins.

Redevabilité et efficacité

Le carrefour s'occupe de la formation et du perfectionnement professionnel, de la supervision des normes, des politiques et des pratiques, y compris la documentation des soins prodigués. Il gère également les systèmes de dossiers médicaux électroniques, la technologie et l'infrastructure informatique. De plus, il offre un soutien administratif pour la collecte de données et la compréhension des mesures de rattachement et d'accès. Ces services administratifs sont essentiels et sont assurés par le carrefour. L'harmonisation de ces politiques contribue à l'efficacité des procédures et améliore la redevabilité. En tant que détenteur central des fonds, le carrefour peut gérer les activités de rapport et collaborer avec le réseau de soins primaires pour analyser l'affectation des ressources. Il fournit des données de reddition de comptes aux bailleurs de fonds et aux communautés. Les mécanismes de reddition de comptes



incluent des rapports de référence et des indicateurs de performance, qui sont rendus publics. Ceux-ci favorisent la transparence, la supervision et des comparaisons significatives avec des organisations similaires afin d'éclairer les améliorations. Des accompagnateurs en amélioration de la qualité sont mis à contribution pour faciliter l'amélioration et les actions continues.

Étapes principales de la mise en œuvre du modèle de maison de santé de quartier

Détermination des besoins non satisfaits

Après avoir choisi une région (ou une population), il est crucial de comprendre et de relever les besoins insatisfaits de la communauté. Cette opération consiste à recueillir des renseignements auprès de diverses sources, comme la santé publique, les [profils de l'équipe de santé de l'Ontario](#), et les groupes de discussion communautaires sur :

- le taux de personnes orphelines;
- les ressources offertes en matière de soins primaires (p. ex., proportion de praticiens de soins primaires exerçant seuls, nombre de médecins de famille par 100000 habitants);
- les informations sociodémographiques de la communauté (p. ex., origine ethnique, revenu, niveau d'éducation);
- la prévalence des comorbidités moyennes à élevées;
- la prévalence des diagnostics de santé mentale;
- d'autres données pertinentes.

Obtenir l'adhésion des partenaires

Le succès du modèle de santé de quartier repose sur l'adhésion entière des partenaires en soins primaires de la communauté. Pour y arriver, on peut présenter des études démontrant que les liens formels entre les ressources interprofessionnelles et les soins primaires accroissent l'offre de consultations en soins primaires, et qu'ils pourraient répondre aux besoins des patients. Par exemple, en renforçant l'accessibilité aux services sociaux, le réseau pourrait dégager environ 500 consultations de soins primaires pour répondre à d'autres besoins.

De plus, il convient de souligner que ce modèle reconnaît l'importance du rattachement et facilite le transfert des patients entre les prestataires de soins de santé primaires et les organisations de la communauté, pour que les personnes aient accès aux soins les plus appropriés. Considérons un patient qui a reçu des soins du carrefour pour gérer des problèmes de santé et de services sociaux complexes. Avec le temps, ce patient peut se stabiliser et ne plus avoir besoin d'une aide aussi intensive. Dans ce modèle, le carrefour a la possibilité de transférer ce patient vers un partenaire de soins primaires de proximité, *c'est-à-dire l'un des points d'accès*. De la même manière, un prestataire de soins de santé primaires ou l'un des points d'accès peut contacter le carrefour et y demander le transfert d'un patient dont les besoins deviennent plus complexes.



Instaurer la confiance pour créer une vision commune

Pour bâtir des liens durables avec les partenaires, il est crucial de prévoir un espace pour des échanges constructifs sur les besoins de la communauté en matière de santé ainsi que sur la volonté de chaque entité de s'engager dans une démarche innovante. Tous les partenaires doivent comprendre que l'adoption de ce modèle ne signifie pas une prise de contrôle, mais plutôt un pas vers une collaboration plus étroite et une mise en œuvre effective des soins intégrés.

Pour instaurer la confiance entre les partenaires, le carrefour peut mettre à profit son expertise en matière d'activités et de gouvernance clinique et sa compréhension de la communauté pour créer un cadre favorable à la collaboration. Les partenaires pourront ainsi se rencontrer, bénéficier d'un soutien et avoir confiance dans le fonctionnement de ce modèle. Une fois la confiance établie, les partenaires peuvent se réunir pour concevoir un modèle (voir l'exemple de la figure 1) qui soit à la fois novateur, efficace et rentable. Ce modèle devrait tirer parti des atouts de chaque organisation, sans prévoir d'intégration majeure, et mettre l'accent sur la satisfaction des besoins de la communauté.

Un carrefour présentement en fonction évalue et mesure le succès de la collaboration. Jusqu'à présent, les équipes ont démontré une plus grande confiance, une volonté accrue de travailler ensemble et une vision commune.

Impact et étapes suivantes

La mise en œuvre de ce modèle a rapidement donné des résultats concrets et positifs, notamment une vision commune, une confiance accrue et une collaboration renforcée, ainsi que le rattachement de milliers de nouvelles personnes aux soins primaires. Lorsque les prestataires de soins primaires travaillent ensemble et partagent leurs ressources, les patients ont plus de chances d'être rattachés aux soins primaires et d'avoir accès aux membres d'une équipe interprofessionnelle.

