



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

Vision d'une maison de santé

Introduction

Depuis plus de 50 ans, les centres de santé communautaire (CSC) de l'Ontario font la prestation de soins de santé primaires complets selon les principes communs décrits dans le [Modèle de santé et de bien-être](#). À l'instar d'une maison de quartier, nos organisations membres vont au-delà de leurs portes pour améliorer la vie des gens dans leurs communautés. Bien qu'elle ait débuté avec les CSC, cette approche est aujourd'hui incarnée par des organisations sous l'ombrelle de multiples modèles de soins de santé primaires, qui forment ensemble l'Alliance pour des communautés en santé.

Le présent document décrit une vision des soins de santé primaires fondée sur le Modèle de santé et de bien-être, qui est ancré dans nos principes. Si elle est réalisée, cette vision améliorera la santé et le bien-être des personnes en Ontario.

Notre vision : une maison de santé de proximité

L'Alliance pour des communautés en santé soutient vivement la vision de «maisons de santé» établies dans les quartiers. Ces établissements serviront des personnes issues de régions géographiques données ou de populations prioritaires, comme les francophones, les Autochtones, les Noirs, les personnes 2ELGBTQ+, ou les collectivités rurales, éloignées et Nord. Dans notre vision, chaque personne aura un accès sans obstacle à une équipe interprofessionnelle de soins primaires.

Nous envisageons de confier aux communautés la gouvernance et la prise décisionnelle pour leur maison de santé. Les membres des communautés ne seront pas seulement à la tête des conseils d'administration, mais participeront étroitement à la conception des organisations pour garantir que les services sont adaptés et redevables aux personnes qui les reçoivent.

Dans notre vision, les soins de santé primaires seront solidaires et collaboratifs. Ils favoriseront la santé de la population et seront fondés sur l'équité en matière de santé. L'ensemble de la communauté sera inclus dans cette maison de quartier, et non seulement les patients qui franchissent les portes de la clinique. En prenant appui sur les modèles d'équipe existants, et en en créant de nouveaux si nécessaire, nous ouvrons la porte à une collaboration étroite des équipes interprofessionnelles, où chaque prestataire travaille dans le cadre de son champ de pratique. Les personnes auront ainsi l'assurance de recevoir des soins intégrés lorsqu'elles en ont besoin.

Les réseaux de soins primaires seront essentiels à la conception collaborative et à la supervision des maisons de santé. En participant à cette démarche, les prestataires de soins primaires peuvent contribuer à l'élaboration d'une approche adaptée aux besoins de leurs clients. Nous avons la conviction que cela permettra de renforcer les soins de santé primaires complets, et d'établir une base solide pour notre système de santé.

Les piliers de la maison de santé

Nous proposons un modèle de proximité qui garantit que chacun dispose d'une maison de santé. Chaque maison de santé sera composée d'un carrefour (organisation de soins de santé primaires prodigués par une équipe) et de points d'accès (prestataires de soins de santé primaires et groupes qui ne font pas directement partie d'une équipe, mais qui y ont accès). Dans ce modèle collaboratif en étoile, les prestataires de soins primaires et les équipes interprofessionnelles travailleront ensemble pour répondre aux besoins locaux. Chaque carrefour travaillera avec le réseau de soins primaires de sa région pour concevoir des services qui répondent aux besoins des médecins et de la communauté.

La maison de santé reposera sur les piliers suivants :

1. Des soins de santé primaires interprofessionnels et collaboratifs

Dans la mesure du possible, chaque carrefour sera une organisation interprofessionnelle existante de soins de santé primaires. Il fournira, en plus des soins primaires, un éventail de services de santé interprofessionnels prodigués en équipe. Le carrefour sera composé de médecins et de personnel infirmier praticien qui se concentreront sur les membres de la communauté ayant les besoins les plus complexes sur le plan social et médical. L'équipe interprofessionnelle, quant à elle, aidera ces patients et ceux des autres prestataires de soins de santé primaires de la communauté. Tous les prestataires de soins primaires de la communauté auront accès à l'équipe interprofessionnelle du carrefour, ce qui garantira la coordination et la continuité des soins.

L'utilisation en tant que carrefours des CSC existants et d'organisations similaires aux CSC, pour qui le travail d'équipe est central, permettra aux maisons de santé de s'appuyer sur un modèle solide existant avec une direction autonome et responsable, des structures de gouvernance communautaire et un soutien administratif. Les organisations membres de l'Alliance possèdent une vaste expérience de création de partenariats, de collaboration et d'obtention de fonds pour soutenir les programmes de santé publique de leurs communautés, tels que la [promotion de la santé et la prévention des maladies](#), qui ne sont généralement pas offerts dans d'autres milieux de soins primaires.

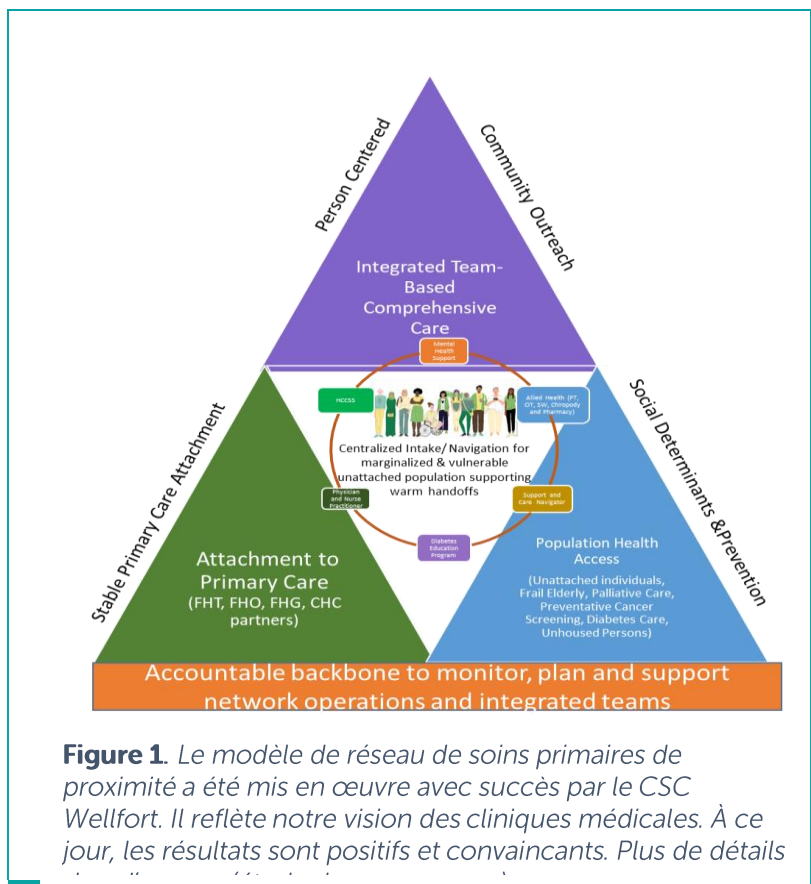
Les points d'accès seront les prestataires de soins primaires au sein du réseau de soins primaires. Chaque prestataire de soins primaires doit avoir le sentiment de faire partie d'une équipe, quel que soit son emplacement géographique. La communication et la coordination des soins mettront à profit l'innovation déjà démontrée par de nombreux membres de l'Alliance dans des projets, tels que TeamCare (soins dispensés en équipe) et Neighbourhood Primary



Care Networks (réseaux de soins primaires de proximité). Pour plus de détails, consultez la figure 1.

Chaque réseau de soins primaires devrait idéalement comprendre un CSC (ou une organisation similaire axée sur l'équité) ainsi qu'une organisation autochtone de soins de santé primaires qui fourniront des soins primaires continus ainsi que des ressources sociales et communautaires adaptées aux besoins des personnes qui font face à des obstacles à l'accès aux soins. Ces organisations seraient les agents moteurs de la promotion de la santé et des soins préventifs dans le réseau, ainsi que du soutien social et communautaire, comme la prescription sociale. Cela permettrait la création d'un «quartier de la santé».

Outre le personnel infirmier praticien et les médecins de famille, l'équipe du carrefour sera composée de personnel infirmier, de pharmaciens, de diététistes, de travailleurs sociaux, d'agents de liaison/navigateurs de système, de promoteurs santé et de travailleurs de santé communautaire/ambassadeurs de la communauté. Les équipes des carrefours coordonneront les soins et fourniront un soutien administratif. La composition de ces équipes dépendra des besoins de la communauté. Dans certains cas, du personnel supplémentaire sera nécessaire pour assurer une prestation de services et de soins adéquate.



Chaque équipe aura accès à des ressources administratives et à des données, ainsi qu'à un accompagnement (coach) en amélioration de la qualité ou à un facilitateur de pratique pour assurer une amélioration continue et un soutien à la mise en œuvre.

2. Gouvernance et engagement de la communauté

Chaque organisation d'un carrefour sera gouvernée par la communauté (voir le [document sur la gouvernance communautaire de l'Alliance](#)). La communauté aura ainsi une voix dans la prise de décision et la redevabilité. Une gouvernance communautaire efficace ne se limite pas à un conseil d'administration composé de membres de la communauté; la voix de la communauté doit être au centre de la prise décisionnelle dans l'ensemble de l'organisation. Ce sont l'engagement et la gouvernance communautaires qui permettent aux organisations d'orienter



et d'adapter leurs services pour répondre aux besoins immédiats et évolutifs de la population en matière de santé.

3. Approche axée sur la population

Les maisons de santé adopteront une approche axée sur la population. Elles seront le centre des soins pour les personnes tout au long de leur vie. Les données sociodémographiques et raciales individuelles, ainsi que les données pour l'ensemble des communautés, seront continuellement recueillies et utilisées pour guider la prestation de services et la planification des programmes adaptés, ainsi que pour permettre une mesure stratifiée des résultats et une amélioration continue.

Cette démarche assurera l'accessibilité de soins de santé primaires complets et fondés sur l'équité en matière de santé pour tous. Les soins seront centrés sur la prévention des maladies et la promotion de la santé, et aborderont de nombreux déterminants de la santé. Elle sera mise en pratique grâce à des mesures et des partenariats intersectoriels. La sensibilisation et l'engagement de la communauté permettront de comprendre les besoins locaux et les solutions nécessaires.

4. Des données solides

Les maisons de santé s'appuieront sur une infrastructure de données solide qui comprendra la collecte de données auprès de l'ensemble des équipes interprofessionnelles et des prestataires. Des données sociodémographiques et raciales seront recueillies pour tous les patients, ainsi que les détails de chaque interaction avec le prestataire et le personnel, qui seront enregistrés dans un dossier médical électronique (DME). Toutes ces données seront reliées aux données administratives du système et utilisées à des fins de redevabilité, d'amélioration et de planification. L'Alliance dispose d'un [cadre](#) solide pour ce travail, qui devrait être utilisé par toutes les équipes.

Tous les systèmes devraient être compatibles et permettre à tout prestataire de soins de santé d'accéder aux informations sur les soins prodigués à ses patients, quel que soit l'endroit où ces soins ont été prodigués. Une partie des données des DME doit être extraite et mise à la disposition de Santé Ontario, de l'ICES, de l'Institut canadien d'information sur la santé et du ministère de la Santé afin de faciliter la planification du système.

Ces données favoriseront une culture d'apprentissage et d'amélioration, concrétisée par des tableaux de bord, des rapports d'analyse comparative et d'autres rapports adaptés qui guideront les mesures à prendre. Tous les prestataires et toutes les équipes pourront participer à cette culture. Les mesures des expériences et des résultats déclarés par les patients seront recueillies et utilisées pour améliorer les soins et orienter la planification des programmes. Les données seront stratifiées en fonction de l'équité afin de cerner les disparités en matière de santé, de sorte que les services puissent être adaptés pour y remédier. La facilitation des pratiques et le soutien à l'amélioration de la qualité seront offerts dans tous les domaines.

Les données de proximité et l'engagement de la communauté éclaireront la planification des programmes et des services. La segmentation de la population permettra d'assurer une



approche proactive en ce qui concerne la prestation de services dans la communauté, incluant la promotion de la santé et la prévention des maladies.

5. L'équité et les déterminants de la santé : les priorités

Nous pensons que le carrefour et la maison de santé en général devraient jouer un rôle important dans la promotion de l'équité en santé en abordant les déterminants sociaux et structurels de la santé. Les soins de santé primaires complets traitent des nombreux aspects qui ont un impact significatif sur la santé d'une personne, comme le revenu, l'éducation, le logement, le racisme et l'accès à des soins de santé de qualité. Les carrefours de santé s'efforceront de joindre les populations qui, en raison de leur situation sociale, pourraient faire face à des obstacles aux soins, et intégreront de manière transparente les services sociaux et communautaires aux soins cliniques. Les agents de liaison, les promoteurs santé, les agents de santé communautaire et d'autres intervenants participeront à cette démarche. Les services seront planifiés en partenariat avec les membres de la communauté et adaptés aux besoins locaux. La prescription sociale sera accessible à toute personne en Ontario, et chaque carrefour donnera accès à un agent de liaison ou à un navigateur de système.

La justice sociale sera intégrée au mandat de chaque carrefour. Les carrefours s'engageront à fournir un accès équitable à des soins de santé de qualité à toutes les personnes, indépendamment de leur statut socioéconomique, de leur race, de leur origine ethnique, de leur genre ou d'autres facteurs sociaux, et ils s'attaqueront activement aux causes sous-jacentes des inégalités en matière de santé.

Toutes les organisations et équipes de soins primaires au sein d'une maison de santé recevront une formation de base sur l'équité qui sera offerte par le carrefour. Cette formation permettra aux membres du personnel de mieux comprendre la sécurité culturelle autochtone, la lutte contre le racisme envers les Noirs, le soutien à la santé des personnes 2ELGBTQ+ et la prestation de soins tenant compte des traumatismes.

6. Redevabilité et efficacité

Les carrefours fourniront des mesures de responsabilisation aux bailleurs de fonds et aux communautés. Ces mécanismes comprennent des analyses comparatives et des mesures de rendement, qui seront rendues publiques. Ils favoriseront la transparence, la surveillance et des comparaisons concrètes avec des organisations homologues, ce qui contribuera à l'amélioration.

L'accréditation obligatoire garantira que l'organisation se conforme aux normes de qualité, de sécurité et de soins centrés sur le patient. Elle comprendra des évaluations de l'engagement communautaire, de la gouvernance et des activités d'amélioration, et mettra en évidence l'innovation. La plupart des membres de l'Alliance sont actuellement agréés par le Centre canadien de l'agrément (CCA). Tout comme d'autres organismes d'agrément, le CCA examine les normes, les meilleures pratiques, la sécurité et les politiques. Il inclut aussi des modules sur la gouvernance communautaire, l'équité en santé et l'innovation.



Conclusion

L'Alliance croit fermement aux soins de santé primaires complets ancrés dans les communautés. Nous sommes enthousiastes à l'idée de la mise sur pied de ce modèle de maison de santé qui s'efforcera d'assurer l'accès à un médecin attitré et à des soins pour toutes les personnes en Ontario. En adoptant un modèle en étoile fondé sur le travail d'équipe, nous améliorerons la santé et le bien-être. Nous donnerons à tous un accès à des soins de qualité, qui tiennent compte de la globalité de la personne, c'est-à-dire de sa santé physique, mentale et sociale.

C'est une vision audacieuse, mais nous savons que les membres de l'Alliance sont prêts à relever le défi. Il existe des preuves solides de leur capacité à fournir des soins de santé primaires complets de haute qualité, dirigés par la communauté, qui font progresser l'équité en santé et améliorent la santé de la population.

Annexe : Réseau de soins primaires de proximité (Primary Care Neighbourhood Network)

Introduction

Des modèles de soins primaires de proximité en équipe ont été mis en place dans de nombreux CSC de l'Ontario. Plus de 25 organisations ont mis en place avec succès le modèle TeamCare de soins de santé dispensés en équipe qui a permis la collaboration avec des prestataires de soins primaires qui n'avaient pas accès à des équipes auparavant. Cette approche très fructueuse est illustrée par un réseau de soins primaires de proximité qui a récemment vu le jour grâce au financement alloué pour l'expansion des équipes de soins primaires interprofessionnelles.

Le réseau de soins primaires de proximité (figure 2) est un modèle en étoile dans lequel le CSC Wellfort est le carrefour. En peu de temps, ce CSC a noué des partenariats avec plusieurs équipes de santé familiale (ESF) et organisations de santé familiale (OSF) pour renforcer la capacité de fournir des soins primaires et améliorer l'accessibilité aux équipes interprofessionnelles. Par une approche de santé de la population, des soins centrés sur la personne sont offerts aux personnes qui habitent à Brampton et à Mississauga. Cette approche assure que chaque personne reçoive les soins nécessaires, au bon moment. Grâce à d'autres partenariats et collaborations, les expériences et les ressources communes sont mises à profit pour optimiser les résultats et l'expérience des patients.

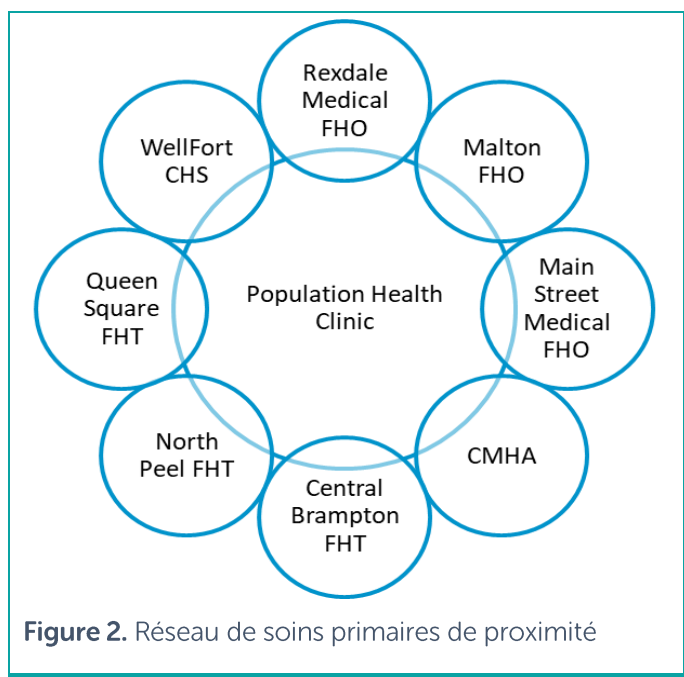


Le réseau de soins primaires de proximité comprend le CSC, des ESF, des OSF et des organisations fournissant des soins en matière de santé mentale et de toxicomanie. La clinique de santé de la population accueille les membres d'une équipe interprofessionnelle nouvellement financée : personnel infirmier praticien, podologues, physiothérapeutes, diététistes, personnel infirmier praticien, agents de promotion de la santé, conseillers et coordinateur de l'accueil. Les organisations de soins primaires ont en commun certains membres de l'équipe interprofessionnelle dans le cadre de ce modèle dans leurs sites potentiels.

Les patients qui reçoivent des soins à la clinique de santé de la population sont liés à des prestataires de soins primaires par une procédure de triage en fonction de la complexité sociale et clinique, de l'orientation du prestataire (population prioritaire), des préférences du patient (genre, langue), de la répartition équitable des patients entre les prestataires et de la disponibilité.

Aperçu du modèle

1. Augmentation des ressources du système partagées par les équipes interprofessionnelles
 - Accroître la capacité du système à attirer un prestataire de soins primaires aux patients (au sein du carrefour/CSC ou des organisations partenaires) par des partenariats et l'accès aux soins interprofessionnels.
 - Partage des ressources et de l'expertise concernant les programmes entre les différentes pratiques.
2. Nouvelle clinique de santé de la population pour les personnes sans prestataire attiré.
 - Clinique intégrée à la communauté, axée sur les programmes de santé de la population et l'accès aux ressources interprofessionnelles.
3. Création d'un service d'accueil centralisé et de navigation
 - Ressource systémique pour faciliter l'accès aux soins primaires pour les patients sans médecin de famille, marginalisés ou ayant des besoins complexes.
 - Offre un point de contact unique, une évaluation initiale, une planification personnalisée des soins et une orientation vers les soins primaires.
 - Prescription sociale.
 - Évaluation fondée sur la santé de la population afin de déterminer les besoins en soins de la population sans prestataire attiré dans le réseau de proximité.



4. Soutien de base accru pour permettre la mise en œuvre du modèle et servir les patients ayant les besoins les plus complexes.
 - Investissement dans l'infrastructure pour faire du CSC Wellfort une entité centrale de coordination pour l'administration, les ressources humaines, les finances, la gestion du rendement, les technologies de l'information, la gestion des données et l'amélioration de la qualité.

Résultats préliminaires

Ce modèle a été mis sur pied à l'automne 2024. En quelques mois, la clinique de santé de la population était opérationnelle et les prestataires de soins primaires travaillaient ensemble. L'embauche et l'intégration de membres de l'équipe interprofessionnelle se poursuivent. Tous les médecins des OSF ont entièrement adhéré à ce modèle.

En trois mois, des prestataires ont été attirés à plus de 3600 patients, qui ont maintenant un meilleur accès aux membres de l'équipe interprofessionnelle. Un lien de confiance s'est établi dans le réseau et les ressources sont mises en commun. Des parcours de soins sont en cours d'élaboration et d'autres partenariats sont en cours de création (notamment avec le réseau local de soins primaires, Accès soins, les centres de soins d'urgence, les services d'urgence et l'équipe Santé Ontario locale).

Ce modèle et d'autres modèles de soins en équipe dans l'ensemble de l'Ontario reflètent notre vision de la maison de santé. Les membres de l'Alliance sont bien placés pour mettre en œuvre et élargir ce modèle de proximité qu'est la maison de santé.

