

Aperçu

Les Équipes Santé Ontario (ÉSO) devront adopter une approche différente de celle à laquelle sont habitués les partenaires des ÉSO en matière de gouvernance. Le gouvernement de l'Ontario a :

- 1) conservé la gouvernance volontaire indépendante des organismes de santé, qui est le trait distinctif de ce système depuis ses débuts;
- 2) établi, en vertu de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, une obligation pour les « systèmes intégrés de prestation de soins » (c.-à-d. les ÉSO) d'intégrer les soins qui sont actuellement offerts par divers organismes dans divers secteurs;
- 3) laissé la « mécanique » de l'intégration des services à la discrétion des communautés locales, y compris les détails de la gouvernance collaborative.

La gouvernance collaborative est un mode de gouvernance en vertu duquel les leaders des organismes de différents secteurs participent à un processus décisionnel collectif qui est délibéré, qui est axé sur l'atteinte d'un consensus et qui concourt à la réalisation d'un objectif commun (le quadruple objectif dans le cas des ÉSO).

Pour que la gouvernance collaborative puisse être autodéterminée et adaptée aux besoins, les membres du conseil de chaque partenaire d'une ÉSO ainsi que les premiers dirigeants (ou directeurs généraux) sous leur autorité et le personnel de soutien devront :

- 1) comprendre l'obligation envers un système local intégré au service du patient;
- 2) établir les étapes prioritaires vers une gouvernance collaborative pendant la première année;
- 3) envisager à quoi ressemblera cette gouvernance collaborative lorsque les ÉSO seront à maturité.

Il n'est pas nécessaire pour le moment de faire des choix relativement à quoi ressembleront les ÉSO à maturité, mais le fait de savoir qu'il existe plusieurs possibilités à cet égard peut clarifier ce que réserve l'avenir pour chaque partenaire d'une ÉSO. Les deux ressources utilisées pour préparer ce document d'information de RISE contiennent plus de renseignements sur les aspects légaux de la gouvernance collaborative (voir les deux premiers liens de la section « Principales ressources »).

Obligation envers un système local intégré au service du patient

L'article 30 de la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés* stipule ce qui suit : « L'Agence [c.-à-d. Santé Ontario] et chaque fournisseur de services de santé [c.-à-d. les partenaires actuels et éventuels d'une ÉSO] et système intégré de prestation de soins [c.-à-d. chaque ÉSO] recensent séparément et conjointement des occasions d'intégrer les services du système de santé afin de fournir des services appropriés, coordonnés, efficaces et efficients ». Bien que le conseil de chaque organisme devra continuer à agir au mieux des intérêts de ce dernier et des personnes auxquelles il offre des services (c.-à-d. s'acquitter de son obligation fiduciaire), la définition de ces intérêts (remplir la mission de l'organisme, concrétiser sa vision, adhérer à ses valeurs, s'acquitter de ses responsabilités) peut donc avoir une plus grande portée que par le passé. C'est particulièrement le cas pour les organismes qui souhaitent devenir les

Encadré 1 : Couverture des éléments constitutifs des ÉSO et pertinence pour les sections du formulaire de demande complet pour les ÉSO

Le présent document d'information de RISE porte sur l'**élément constitutif n° 6** :

- 1) population de patients déterminée
- 2) services pris en charge
- 3) collaboration avec les patients et mobilisation communautaire
- 4) soins aux patients et expérience
- 5) santé numérique
- 6) leadership, responsabilisation et gouvernance**
 - o **gouvernance collaborative (domaine 46)**
- 7) structure de financement et d'encouragement
- 8) mesure du rendement, amélioration de la qualité et apprentissage continu

Il concerne la **section 4** (Comment votre équipe travaillera-t-elle ensemble?) et dans une moindre mesure à la **section 6** (plan de mise en œuvre et analyse des risques) du [formulaire de demande complet des ÉSO](#).

partenaires d'une ÉSO qui offre des soins intégrés dans plusieurs secteurs, par exemple des soins à domicile et de proximité, des soins primaires, des soins spécialisés, des soins de réadaptation et des soins à long terme.

Pour tomber sous la portée élargie de la définition de ces intérêts supérieurs, ces organismes voudront élaborer conjointement une vision qui s'applique à tous les partenaires d'une ÉSO locale, par exemple la vision d'un système de santé à apprentissage rapide qui vise à atteindre le quadruple objectif d'amélioration des expériences de soins et des résultats de santé à des coûts raisonnables par habitant et comportant des expériences positives pour les professionnels. Chaque organisme voudra orienter sa vision, du moins en partie, en tenant compte de ses contributions spécifiques au système de santé local (ou un modèle de prestation de services en particulier) et s'assurer que ses valeurs comprennent l'établissement et le maintien de relations de confiance avec les autres partenaires de l'ÉSO locale. Les organismes voudront aussi fixer conjointement les responsabilités de tous les partenaires de l'ÉSO locale.

Étapes vers une gouvernance collaborative pendant la première année

Pendant la phase de candidature pour devenir une ÉSO et la phase de mise en œuvre de la première année, les conseils ainsi que les premiers dirigeants et le personnel de soutien pourront se concentrer sur ces trois étapes de la gouvernance collaborative :

- 1) établir une entente écrite qui tient compte des exigences décrites dans le document d'orientation sur les ÉSO du Ministère, notamment :
 - a) la prise de décision;
 - b) la résolution de conflits;
 - c) la gestion du rendement;
 - d) l'échange de renseignements (en particulier avant qu'une ÉSO soit légalement reconnue comme un dépositaire de données);
 - e) l'affectation des ressources;
- 2) prendre des décisions (à l'échelle du conseil d'administration) qui facilitent l'apprentissage et l'amélioration rapides pour contribuer aux efforts de l'ÉSO visant à concevoir chacun de ses huit éléments constitutifs et mettre à contribution ces éléments constitutifs pour atteindre les cibles liées aux expériences en matière de soins et aux résultats de santé pour leurs populations prioritaires de l'année 1;
- 3) établir des processus auxquels adhèrent les différents conseils (et les différents organismes en général) et qui permettent d'établir un climat de confiance entre les partenaires, par exemple des journées de réflexion pour les membres des conseils ou d'autres approches contribuant à une compréhension commune de ce que les organismes tentent de réaliser ensemble.

Dans le cadre de ces étapes, les conseils ainsi que leurs premiers dirigeants et le personnel de soutien doivent prendre conscience qu'il est important que les patients participent au modèle de gouvernance collaborative, que les médecins et les autres dirigeants cliniques doivent aussi participer à ce modèle ou occuper des postes de leadership au sein de l'ÉSO et que les premiers dirigeants doivent assumer la responsabilité de l'intégration.

Possibles « états de maturité » de cette gouvernance collaborative

Le modèle de gouvernance collaborative d'une ÉSO évoluera sans doute au fil des années à mesure que la confiance se renforcera, si de nouveaux membres s'y joignent ou si les exigences de responsabilité collective s'accroissent. Le document d'orientation sur les ÉSO du Ministère indique que le modèle doit permettre l'établissement de ce qui suit :

- 1) une marque centrale pour l'ÉSO;
- 2) un plan stratégique pour l'ÉSO;
- 3) l'offre d'un continuum complet de soins;
- 4) un cadre de responsabilisation clinique et financière unique (faisant l'objet d'une gestion et d'un contrôle financiers solides).

De nombreux modèles de gouvernance collaborative pourraient répondre à ces exigences. Les modèles 1 à 3 ci-dessous tiennent compte d'un accroissement de l'interdépendance et permettent sans doute d'obtenir plus facilement un cadre de responsabilisation clinique et financière unique :

- 1) des modalités de coopération (p. ex. des ententes de collaboration et des plans conjoints) qui comprennent :
 - a) un organisme décisionnel conjoint qui encadre les services conjoints;
 - b) le transfert de fonds d'une organisation vers d'autres organisations;
 - c) possiblement des membres qui siègent à plus d'un conseil ou des dirigeants principaux partagés par plusieurs organisations;
- 2) une alliance organisationnelle qui comprend :
 - a) un conseil pouvant prendre la forme d'un comité directeur mixte (formé à partir des comités directeurs des différents conseils, lesquels ont le pouvoir de lier leur propre conseil, mais sans toutefois enlever tous les pouvoirs aux différents conseils), de conseils symétriques ou de conseils se réunissant comme s'il s'agissait d'un seul conseil;
 - b) un processus décisionnel partagé, y compris un plan stratégique commun (pour les services pris en charge) et une gestion partagée des ressources (communes);
 - c) le transfert de fonds d'une organisation vers d'autres organisations;
 - d) normalement une gestion commune (c.-à-d. une seule équipe de gestion);
 - e) peut-être un employeur commun;
- 3) une personne morale (c.-à-d. un regroupement d'organismes dont les atouts sont transférés à un organisme existant ou nouveau), qui comprend un conseil d'administration, un bénéficiaire du financement, une équipe de gestion et un employeur, même si des sites ou des programmes distincts pourraient utiliser des sous-marques (p. ex. cabinet de soins primaires ou site hospitalier);
- 4) une combinaison des modèles 1 à 3, qui pourrait comprendre une structure de gouvernance avec un conseil responsable qui encadre les autres organisations, dont certaines :
 - a) ont un comité de direction ou un conseil d'administration conjoint;
 - b) sont des personnes morales en propriété exclusive;
 - c) sont encadrées et financées en vertu d'un contrat, comme une entente de collaboration (p. ex. avec une administration municipale locale qui offre des services d'hébergement ou d'autres services sociaux, ou une personne morale qui offre des services dans une région plus vaste, la province ou le pays).

De plus amples renseignements peuvent être fournis pour chacun de ces modèles, mais l'intention ici est de souligner uniquement les points essentiels.

Comme pour les étapes de la première année, tous les modèles de gouvernance collaborative ayant atteints leur maturité doivent faire intervenir utilement une diversité de parties intéressées :

- 1) patients, familles et aidants;
- 2) médecins et autres dirigeants cliniques, dont traite le document d'orientation 4 de RISE sur le leadership et la mobilisation dans le domaine de soins primaires;
- 3) les groupes de proximité (notamment les agences communautaires), dont plusieurs pourraient être sensibles au déséquilibre des pouvoirs et soulever de réserves compte tenu des comportements antérieurs. Voir le document d'orientation 5 de RISE sur la mobilisation communautaire pour en savoir plus.

Pour les organismes qui souhaitent faire partie d'un système local intégré, la partie 2 de la trousse d'outils élaborée par Maureen Quigley et ses collègues il y a déjà une dizaine d'années (voir la section « Ressources clés » ci-dessous) demeure très pertinente (même si la partie 1, qui porte sur le rôle des RLISS, l'est moins). L'Association of Family Health Teams a élaboré une liste de [10 questions que les conseils d'administration des équipes Santé familiale devraient poser](#) relativement à leur rôle dans les ÉSO. Plusieurs organismes provinciaux regroupant des membres, comme l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'Association médicale de l'Ontario, adhèrent progressivement aux meilleures pratiques de gouvernance qui traitent d'aspects liés aux ÉSO. Il est probable que ces ressources aillent au-delà des aspects légaux de la gouvernance collaborative qui sont traités ici et qu'elles portent sur des sujets comme les aspects sociaux et relationnels de la gouvernance collaborative, notamment l'importance de faciliter habilement les processus de groupes.

Ressources clés

Corbett A, Pessione H, Wakulowsky L. [Governance options: Getting started and evolving towards maturity – Guidance for Ontario health care providers and organizations](#). Toronto, Canada : Borden Ladner Gervais; avril 2019.

Corbett A, Wakulowsky L. [Ontario Health Teams: Structuring options](#). Présentation au St. Joseph's Health Systems Hamilton et à ses partenaires, Hamilton (Ontario), Canada, 12 juillet 2019.

Quigley M, Scott G, Wakulowsky L. [Trousse d'outils et de ressources sur la gouvernance des initiatives d'intégration volontaire pour les RLISS et les fournisseurs de services de santé](#). Toronto, Canada : Réseau local d'intégration des services de santé; 2008.

Lavis JN. Document d'information RISE 3 : Gouvernance collaborative. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 2019.

RISE rédige ses propres ressources (comme le présent document d'information RISE) à l'appui de l'amélioration et de l'apprentissage rapides, et il offre également un accès structuré à des ressources rédigées par d'autres partenaires et par le ministère. RISE est soutenu grâce à une subvention du ministère de la Santé de l'Ontario au McMaster Health Forum. Les opinions, conclusions et résultats sont ceux de RISE et sont indépendants du ministère. Aucun endossement par le ministère n'est visé ou ne devrait être inféré.

ISSN : 2562-7759



>> Contact us

1280 Main St. West, MML-417
Hamilton, ON, Canada L8S 4L6
+1.905.525.9140 x 22121
rise@mcmaster.ca

>> Find and follow us

OHTrise.org
[forumHSS](#)