

# Évaluation centrale des équipes Santé Ontario

Évaluation formative

**Les Conclusions du Sondage sur l'organisation des  
équipes Santé Ontario :  
Les Résultats de la première cohorte d'ÉSO**

Ruth E. Hall  
Kevin Walker  
Walter P. Wodchis

**Mars 2020**

## © Health System Performance Network, 2020

Cette publication peut être reproduite en totalité ou en partie à des fins non commerciales uniquement et à la condition que son contenu original ou une partie de la publication ne soit pas modifiée sans l'autorisation écrite expresse du HSPN. Pour obtenir cette autorisation, prière de communiquer avec [hspn@utoronto.ca](mailto:hspn@utoronto.ca).

Les opinions, les résultats et les conclusions de ce rapport n'engagent que leurs auteurs et ne sauraient être attribués aux instances de financement.

## À propos de nous

Le Health System Performance Network (HSPN) est un réseau de collaboration de chercheurs, de professeurs d'université invités, de chercheurs postdoctoraux, d'étudiants de deuxième et de troisième cycles et de membres d'équipes de recherche qui travaillent auprès de responsables du réseau de la santé, ainsi que de législateurs qui vise à améliorer la gestion et le rendement de notre réseau de services de santé. Misant sur les états de service de l'Ontario en matière de mesure du rendement, notamment du fait de la création historique du Projet de recherche en collaboration sur les hôpitaux de 1998, le HSPN a vu le jour en 2009 et a gagné ses lauriers en matière de mesure, en évaluation et en amélioration du rendement en Ontario, offrant une expertise dans de nombreux domaines du rendement des services de santé, y compris en ce qui a trait aux perspectives des patients, aux fournisseurs de soins, de la santé de la population et au coût.

## Coordonnées

Health System Performance Network  
155, rue College, bureau 425  
Toronto ON M5T 3M6  
Téléphone : +1 (416) 946-5023  
Courriel : [hspn@utoronto.ca](mailto:hspn@utoronto.ca)

## Affiliations

Ruth E. Hall, Ph. D. — HSPN, Université de Toronto; Institute for Better Health, Trillium Health Partners; et Institut de recherches en services de la santé

Kevin Walker, M. Sc. – HSPN, Université de Toronto

Walter P. Wodchis, Ph. D. — HSPN, Université de Toronto; Institute for Better Health, Trillium Health Partners; et Institut de recherches en services de la santé

## Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Amanda Everall de l'équipe de recherche qualitative de l'évaluation centrale des ÉSO; son analyse des premières données qualitatives a servi à trouver les citations des ÉSO ayant participé aux études de cas de l'évaluation formative du HSPN qui complètent les résultats du *Sondage sur l'organisation des équipes Santé Ontario (SOÉSO)*. Les auteurs souhaitent également remercier Nusrat Shabnam Nessa pour la création des tableaux et la mise en forme du rapport en vue de sa publication.

## Soutien financier

Cette recherche a fait l'objet d'une bourse 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 publier ou la préparation du rapport.

## Citations suggérées

Hall RE, Walker K & Wodchis WP. *Les Conclusions du Sondage sur l'organisation des ÉSO : Les Résultats de la première cohorte d'ÉSO*. Toronto (Ontario), Health System Performance Network. 2020.

ISBN 978-1-7774610-2-7 (en ligne)

Il est possible de consulter ce document en ligne sur le site [hspn.ca](http://hspn.ca).

## À propos de ce rapport

Le présent rapport fait partie de l'évaluation formative des équipes Santé Ontario (ÉSO) qui se concentre sur les résultats du *Sondage sur l'organisation des équipes Santé Ontario (SOÉSO)*. Ce sondage a été réalisé auprès de la première cohorte de regroupements ayant présenté une demande complète pour devenir une ÉSO, c'est-à-dire auprès des postulants au titre d'équipe Santé Ontario. Les résultats reflètent le contexte et les capacités des ÉSO postulantes tout de suite après qu'elles aient présenté leur demande complète, donc au début de leur cheminement.

Le Cadre du contexte et des capacités pour intégrer les soins (CCIC; *Context and Capabilities for Integrating Care Framework*) et la boîte à outils connexe ont été utilisés pour l'élaboration du SOÉSO en vue de mesurer et décrire le contexte et les capacités des ÉSO postulantes quant à la prestation de soins intégrés. Ce rapport décrit les processus d'élaboration, d'administration et d'analyse du SOÉSO employés dans le but de caractériser et comparer les contextes des organismes et des réseaux de la première cohorte de postulants au titre d'ÉSO.

## Table des matières

À propos de ce rapport .....	3
Liste des figures .....	5
Sommaire.....	6
Contexte .....	6
Résultats en bref .....	6
Qu'avons-nous appris? .....	7
A. Contexte .....	8
B. Objectifs.....	8
C. Méthodologie .....	9
C.1 Élaboration du sondage .....	9
C.2 Mesures.....	9
C.3 Échantillon du sondage .....	11
C.4 Collecte des données.....	11
C.5 Analyses statistiques.....	11
D. Résultats.....	12
D.1 Les répondants au Sondage sur l'organisation des équipes Santé Ontario (SOÉSO) .....	12
D.2 Taux de réponse et d'achèvement du SOÉSO .....	13
D.3 Résultats du SOÉSO .....	13
Style de leadership.....	16
Vision commune .....	19
Environnement d'équipe.....	20
Préparation au changement .....	22
Engagement à l'amélioration .....	25
Rôles et responsabilités .....	26
Gestion et administration.....	27
Ressources financières et autres ressources en capital.....	28
Ressources non financières .....	29
Autres éléments de question du SOÉSO .....	30
E. Discussion.....	32
F. Conclusions et implications.....	35
Références.....	36
Annexe A – Analyse factorielle du SOÉSO .....	38
Annexe B – Répartition des réponses au SOÉSO par élément de question.....	40
Annexe C – Estimations de régression multiniveaux et comparaisons par paire avec le type d'organisme directeur et de zone géographique.....	42

## Liste des figures

Figure 1. Moyenne générale de la première cohorte d'ÉSO postulantes, 90 <sup>e</sup> rang centile et scores moyens par type d'organisme directeur et de zone géographique, par domaine du SOÉSO.....	14
Figure 2. Répartition des réponses au SOÉSO dans le domaine <i>Style de leadership</i> (cinq éléments de question), par ÉSO.....	16
Figure 3. Répartition des réponses à la question « Promouvoir le respect, la confiance et l'inclusion parmi les membres de l'ÉSO », par ÉSO.....	17
Figure 4. Répartition des réponses à la question « Créer un environnement où les différences d'opinions peuvent être exprimées », par ÉSO.....	18
Figure 5. Répartition des réponses au domaine <i>Vision commune</i> (cinq éléments de question), par ÉSO.....	19
Figure 6. Répartition des réponses au domaine <i>Environnement d'équipe</i> (six éléments de questions), par ÉSO.....	20
Figure 7. Répartition des réponses au domaine <i>Intégration fonctionnelle et clinique</i> (deux éléments de question), par ÉSO.....	21
Figure 8. Répartition des réponses au domaine <i>Préparation au changement – Pertinence</i> (trois éléments de question), par ÉSO.....	22
Figure 9. Répartition des réponses à l'élément de question « J'ai les compétences nécessaires pour que ce changement soit efficace », par ÉSO.....	23
Figure 10. Répartition des réponses à l'élément de question « Ce changement perturbera plusieurs rapports professionnels que j'ai établis », par ÉSO.....	24
Figure 11. Répartition des réponses au domaine <i>Engagement à l'amélioration</i> (trois éléments de question), par ÉSO.....	25
Figure 12. Répartition des réponses au domaine <i>Rôles et responsabilités</i> (deux éléments de question), par ÉSO.....	26
Figure 13. Répartition des réponses au domaine <i>Gestion et administration</i> (deux éléments de question), par ÉSO.....	27
Figure 14. Répartition des réponses au domaine <i>Ressources financières et autres ressources en capital</i> (deux éléments de question), par ÉSO.....	28
Figure 15. Répartition des réponses au domaine <i>Ressources non financières</i> (quatre éléments de question), par ÉSO.....	29
Figure 16. Répartition des réponses à l'élément de question « Attitude de l'organisme ou du milieu de pratique envers les changements », par ÉSO.....	30
Figure 17. Répartition des réponses à l'élément de question « Les valeurs communes de votre organisme sont compatibles avec celles des autres membres de l'ÉSO », par ÉSO.....	31
Figure 18. Répartition des réponses à l'élément de question « Le personnel de votre organisme a un fort sentiment d'appartenance à votre ÉSO », par ÉSO.....	31

## Sommaire

Le présent rapport contient les résultats du *Sondage sur l'organisation des équipes Santé Ontario* (SÉOSE) effectué auprès de la première cohorte de postulants au titre d'équipe Santé Ontario (ÉSO). Le rapport décrit dans quelle mesure les facteurs cruciaux à la mise en œuvre réussie de soins intégrés sont présents afin d'aider les ÉSO et le gouvernement à donner suite aux résultats.

### Contexte

En avril 2019, à la suite de l'adoption de la *Loi de 2019 sur les soins de santé pour la population*, le ministère de la Santé de l'Ontario a présenté l'idée des ÉSO comme nouvelle façon d'organiser et d'offrir des soins plus interconnectés aux patients dans leur collectivité locale. Les organisations qui souhaitaient forger des partenariats pour former une ÉSO ont été invitées à remplir une autoévaluation. Après l'évaluation de plus de 150 autoévaluations par le ministère de la Santé, 30 équipes sont allées de l'avant et ont soumis une demande complète en octobre 2019 (les « ÉSO postulantes »).

Le SOÉSO contenait 39 questions de fond portant sur dix domaines servant à mesurer les principaux facteurs de réussite/capacités pour les soins intégrés. Des échelles de Likert à cinq options de réponse ont été utilisées, dans lesquelles le score le plus élevé indique un facteur de réussite élevé. Le sondage a été effectué de décembre 2019 à mars 2020. La personne la plus impliquée dans la mise sur pied de l'ÉSO au sein de chaque organisation signataire a reçu un lien vers le SOÉSO en ligne (N = 765).

Les résultats reposent sur 480 répondants (taux de participation de 63 %) avec en moyenne 26 répondants par ÉSO (moyenne de participation de 77 % pour l'ensemble des ÉSO). La plupart des répondants au sondage (~80 %) occupaient un poste de direction ou de haute direction. Quinze pour cent étaient des cliniciens, dont la plupart des médecins.

### Résultats en bref

Les trois domaines avec les scores les plus **élevés** pour l'ensemble des ÉSO étaient les suivants :

- *Engagement à l'amélioration* (moyenne = 4,15);
- *Environnement d'équipe* (moyenne = 4,08);
- *Gestion et administration* (moyenne = 3,99).

Par ailleurs, la plupart des répondants croient avoir les compétences et habiletés nécessaires pour mettre en œuvre des soins intégrés au moyen de partenariats avec des hôpitaux et des fournisseurs de soins de première ligne et de services communautaires (moyenne = 4,5) et, fait encourageant, chez la moitié des ÉSO, ≥ 80 % des répondants ont sélectionné 4 « très bon » ou 5 « excellent » à une question sur le niveau de confiance au sein de leur ÉSO.

Les trois domaines avec les scores les plus **faibles** étaient les suivants :

- *Intégration fonctionnelle et clinique* (moyenne = 3,26);
- *Ressources financières et autres ressources en capital* (moyenne = 2,64);
- *Ressources non financières* (moyenne = 3,60).

Toutes les ÉSO ont besoin davantage d'efforts/de soutien pour renforcer leur capacité d'intégration et de ressources, telles que du financement et des technologies, pour permettre le partage d'information parmi les membres des ÉSO.

Nous avons aussi examiné la variabilité des réponses au sein des ÉSO et entre elles pour chacun des domaines. Malgré les scores élevés pour les domaines *Engagement à l'amélioration* (moyenne = 4,15), *Environnement d'équipe* (moyenne = 4,08) et *Gestion et administration* (moyenne = 3,99), certaines ÉSO auront besoin de faire plus d'efforts et d'obtenir plus de soutien, puisque les réponses varient davantage entre les ÉSO qu'à l'intérieur des ÉSO elles-mêmes.

Pour les domaines *Intégration fonctionnelle et clinique* (moyenne = 3,26) et *Préparation au changement* (moyenne = 3,95), la variabilité des réponses au sein des ÉSO était assez élevée, ce qui indique des divergences d'opinion parmi les membres d'une même ÉSO, tandis que la faible variabilité entre les

ÉSO suggère que la plupart des équipes en sont à un niveau similaire dans ces domaines.

### **Qu'avons-nous appris?**

- Toutes les ÉSO peuvent s'améliorer; aucune ÉSO ne s'est classée au-dessus du 80<sup>e</sup> percentile dans tous les domaines et il n'y a que chez cinq des trente ÉSO où  $\geq 80\%$  des répondants ont sélectionné l'option 4 ou 5 pour six des dix domaines.
- La première cohorte de postulants au titre d'ÉSO possède un niveau de confiance élevé, un fort engagement à améliorer l'intégration des soins et un sentiment de responsabilité face à l'atteinte de meilleurs résultats pour les patients. Elle fait preuve d'une attitude « d'être tous logés à la même enseigne ! » et croit que ce changement sera bénéfique.
- Pour que ces attitudes, ces croyances et cet engagement à améliorer les soins persistent pendant la mise en œuvre, toutes les ÉSO auront besoin de ressources financières afin de développer une expertise sur l'utilisation des données ainsi que leur capacité à partager l'information clinique; elles auront aussi besoin d'outils de coordination clinique.
- Il sera important de réévaluer les équipes sur plusieurs de ces domaines afin de voir si leur avis, leur attitude et leur engagement restent les mêmes lors de la mise en œuvre de la première année de leur plan de prestation de soins intégrés à leur population ciblée.

## A. Contexte

En avril 2019, le ministère de la Santé de l'Ontario a lancé l'idée des équipes Santé Ontario (ÉSO) comme nouvelle façon d'organiser et d'offrir des soins plus interconnectés aux patients dans leur collectivité locale. Il est attendu que les ÉSO rassemblent des partenaires du milieu de la santé et d'autres secteurs, des patients et des proches aidants dans leurs processus et qu'elles forment une équipe coordonnée pour la prestation de soins intégrés à la population locale. Elles échangeront des données cliniques, s'en serviront pour appuyer et surveiller les résultats et, à l'échéance, deviendront responsables d'un ensemble de résultats à atteindre dans le cadre d'un budget précis.

La littérature sur les soins intégrés indique qu'il existe plusieurs caractéristiques organisationnelles et de réseau ayant une incidence sur la réussite des interventions en soins intégrés, par exemple, la gouvernance, le style de leadership, la culture organisationnelle, les ressources, les technologies de l'information, l'historique des changements et l'innovation, les partenariats, la bureaucratie de l'organisation, l'engagement envers l'amélioration de la qualité et l'attention accordée au patient.<sup>1-8</sup> Sans comprendre les facteurs organisationnels et de réseau qui soutiennent les soins intégrés, les dirigeants et les prestataires de soins pourraient rencontrer des difficultés imprévues dans la mise en œuvre de soins intégrés et les évaluateurs pourraient avoir de la difficulté à tirer des conclusions de leurs résultats et établir les meilleures pratiques pour tous les milieux.<sup>9</sup>

Le Cadre du contexte et des capacités pour intégrer les soins (CCIC; *Context and Capabilities for Integrating Care Framework*)<sup>9</sup> a été conçu pour le contexte ontarien dans le but de cerner les facteurs, c'est à dire les contextes désignés et les capacités les plus importants pour la prestation de soins intégrés et d'explorer les mécanismes selon lesquels ils influencent la mise en œuvre des soins intégrés. Par l'entremise d'une revue de la littérature sur les soins intégrés et d'entrevues avec des dirigeants et des prestataires faisant partie de réseaux de soins intégrés, Evans et al. ont cerné 17 capacités organisationnelles et de réseau, puis les ont classées en trois catégories : 1) *les structures de base*, 2) *les personnes et les valeurs* et 3) *les processus clés*.

Au cours des entrevues avec les dirigeants et les prestataires adoptant des modèles de soins intégrés en Ontario (Maillons Santé), neuf des 17 capacités organisationnelles et de réseau sont ressorties comme priorités.<sup>9</sup> Parmi elles, on retrouve deux capacités prioritaires dans la catégorie *Structures de base* : i) les ressources et ii) les technologies de l'information; cinq capacités prioritaires dans la catégorie *Personnes et valeurs* : i) le style de leadership, ii) l'engagement et le leadership des cliniciens, iii) des soins centrés sur le patient et leur participation, iv) la culture organisationnelle et du réseau et v) la préparation au changement; et deux capacités prioritaires dans la catégorie *Processus clés* : i) les partenariats et ii) la prestation de soins.<sup>9</sup> De ces neuf capacités prioritaires, les trois capacités suivantes ont été jugées les plus importantes : le style de leadership, l'engagement et le leadership des cliniciens et la préparation au changement.<sup>9</sup>

La boîte à outils du CCIC<sup>10,11</sup> comprend des guides d'entrevue, des sondages et des méthodologies d'analyse de documents servant à mesurer le contexte et les capacités organisationnelles et de réseau décrits dans le cadre du CCIC. La boîte à outils peut servir à différents moments du processus de changement, par exemple, lors des étapes de planification, pour évaluer le niveau de préparation à l'intégration des soins ou prédire son niveau de réussite; lors de la mise en œuvre, pour guider les nouvelles procédures de gestion; ou après la mise en œuvre, pour avoir une meilleure compréhension des facteurs les plus importants pour réussir.

## B. Objectifs

Les objectifs généraux du sondage étaient de décrire et de comparer les facteurs de réussite clés pour la mise en œuvre de soins intégrés des premières équipes postulantes au titre d'ÉSO dans le but d'aider les ÉSO et le ministère de la Santé à voir les points forts et les possibilités de bâtir d'importantes capacités pour l'intégration des soins.



## C. Méthodologie

### C.1 Élaboration du sondage

Le *Sondage sur l'organisation des équipes Santé Ontario (SOÉSO)* est une version abrégée des sondages de la boîte à outils du CCIC à l'intention des dirigeants et des prestataires.<sup>11</sup> Les sondages du CCIC à l'intention des dirigeants et des prestataires contiennent des éléments de question tirés d'outils et d'échelles qui ont déjà été validés et utilisés ou qui sont recommandés pour évaluer les interventions de soins intégrés. Ces sondages comptent plus de 100 questions chacun.<sup>10,11</sup> Nous avons voulu réduire la longueur du sondage pour ainsi alléger la tâche des répondants, tout en maintenant la validité d'échelle.

Deux auteurs (KW et RH) ont analysé de façon indépendante les sondages du CCIC afin de déterminer les questions qui n'étaient pas pertinentes au contexte actuel des ÉSO (c.-à-d. la formation des ÉSO), notamment des questions concernant davantage les étapes avancées du développement des ÉSO (p. ex. mesurer l'efficacité du partenariat en évaluant ses progrès et ses résultats et évaluer si la pertinence de l'information clinique partagée entre les organismes a augmenté considérablement). Les questions relatives aux organismes régionaux, à savoir les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), ont également été retirées, car il n'était pas clair quel rôle ils allaient jouer dans l'initiative des ÉSO ou s'ils allaient même en jouer un. Les deux auteurs se sont rencontrés pour discuter de leurs choix et, dans l'ensemble, étaient d'accord sur les questions à retirer. Ils ont également revu les analyses factorielles des échelles du sondage du CCIC tirées de deux autres initiatives en matière de soins intégrés de l'Ontario (Maillons Santé et iCOACH). Ces analyses antérieures ont servi à déterminer quelles échelles comportaient des questions possiblement redondantes qui pouvaient être supprimées sans diminuer de façon importante leur cohérence (c.-à-d. le coefficient alpha de Cronbach). De plus, les auteurs ont évalué la saturation factorielle des questions; au moment de choisir entre plusieurs questions, celles avec la saturation factorielle la plus élevée ont été conservées.

Après l'examen et les analyses de départ, il restait 54 questions. Les chercheurs principaux pour cette évaluation (RH et WW) se sont ensuite rencontrés pour réduire encore davantage le nombre de questions du sondage et en ont sélectionné 42, y compris une question ouverte et deux questions descriptives sur le rôle du répondant et le type d'organisme qu'il représente. Autant que possible, la construction originale des questions et des choix de réponse a été respectée. Une nouvelle analyse factorielle a été menée pour les 39 questions de fond afin de s'assurer que les propriétés psychométriques de chaque échelle dans chaque domaine restaient intactes.

Le sondage a été mis à l'essai auprès de deux personnes faisant partie de deux candidatures différentes au titre d'ÉSO. À la suite des commentaires de ces deux personnes, quelques changements mineurs ont été apportés aux questions du sondage, notamment l'ajout de choix de réponse aux deux premières questions sur le rôle du répondant (p. ex. poste de direction, autre poste de cadre supérieur, prestataire de services) et le type d'organisme qu'il représente (p. ex. hôpital de soins actifs, organisme de soins à domicile, organisme de soins de première ligne). Par ailleurs, une échelle de Likert à cinq options de réponse a été utilisée pour toutes les questions de fond, à l'exception de la question n° 31, dans laquelle on demande au répondant de qualifier l'attitude de son organisme envers les changements (résistante, circonspecte, ouverte, innovatrice) et de la question n° 42, qui est à réponse ouverte. De plus, le sondage a été envoyé à l'équipe Santé Ontario *All Nations Health Partners* pour assurer le respect des principes PCAP<sup>MC</sup> et des changements de formulation mineurs ont été apportés (p. ex. communautés au pluriel) au sondage envoyé aux membres de cette ÉSO.

### C.2 Mesures

Le SOÉSO comporte 42 éléments de questions servant à mesurer dix domaines préalablement validés. Huit de ces domaines concordent avec sept des neuf capacités organisationnelles et de réseau considérées comme prioritaires dans le CCIC, y compris deux des trois capacités jugées les plus importantes pour la mise en œuvre réussie de soins intégrés, soit le *Style de leadership* et la *Préparation au changement*.<sup>9</sup> Certains domaines du SOÉSO servent à mesurer des aspects de plusieurs capacités du CCIC, de même que certaines capacités du CCIC sont mesurées par plusieurs domaines du SOÉSO. Par

exemple, deux domaines du SOÉSO, *Vision commune* et *Rôles et responsabilités*, qui sont traités séparément en raison de leur indépendance conceptuelle, servent tous deux à mesurer les capacités suivantes du CCIC : *Partenariat* et *Culture du réseau*. Le tableau 1 met en correspondance les contextes et les capacités prioritaires du CCIC avec les domaines mesurés par le SOÉSO. Les deux domaines restants du SOÉSO qui ne correspondaient pas à l'une des neuf capacités prioritaires du CCIC ont été ajoutés afin de mesurer la *Engagement à l'amélioration* et la *Gestion et administration*; le premier domaine est essentiel au changement rapide et constitue une pierre angulaire des ÉSO et le second est important pour le développement des autres capacités. Le terme « domaine » est utilisé dans ce rapport pour rendre compte d'un concept, tandis que le terme « échelle » désigne la mesure d'un domaine à partir d'un ensemble d'éléments de question.

**Tableau 1. Domaines du Sondage sur l'organisation des équipes Santé Ontario (SOÉSO) et leur correspondance avec le cadre du CCIC**

Catégories du CCIC	Capacités du CCIC	Domaines d'origine tirés de la boîte à outils du CCIC	Domaine du SOÉSO (nombre de questions)
STRUCTURES DE BASE	Ressources <sup>†</sup>	Ressources non financières <sup>13</sup>	Ressources non financières (4)
STRUCTURES DE BASE	Ressources <sup>†</sup> ; technologies de l'information <sup>†</sup>	Ressources financières et autres ressources en capital <sup>13</sup>	Ressources financières et autres ressources en capital <sup>13</sup> (2)
STRUCTURES DE BASE	Structure organisationnelle et de réseau	Gestion et administration <sup>13</sup>	Gestion et administration (2)
PERSONNES ET VALEURS	Style de leadership <sup>†</sup>	Leadership <sup>13</sup>	Style de leadership (5)
PERSONNES ET VALEURS	Engagement à l'apprentissage; culture du réseau <sup>†</sup> ; prestation de soins <sup>†</sup>	Environnement d'équipe <sup>14</sup>	Environnement d'équipe (6)
PERSONNES ET VALEURS	Engagement à l'apprentissage; mesure du rendement; amélioration de la qualité		Engagement à l'amélioration (3)
PERSONNES ET VALEURS	Préparation au changement <sup>†</sup>	Pertinence; efficacité du changement; avantages sur le plan personnel <sup>15</sup>	Préparation au changement : pertinence (3), efficacité du changement (1), avantages sur le plan personnel (1)
PERSONNES ET VALEURS : PROCESSUS CLÉS	Partenariat <sup>†</sup> ; culture du réseau <sup>†</sup>	Synergie <sup>13</sup>	Vision commune (5)
PERSONNES ET VALEURS : PROCESSUS CLÉS	Partenariat <sup>†</sup> ; culture du réseau <sup>†</sup>	Orientations partagées <sup>16</sup>	Rôles et responsabilités (2)
PROCESSUS CLÉS	Prestation de soins <sup>†</sup>	Intégration <sup>16</sup>	Intégration fonctionnelle et clinique (2)

<sup>†</sup> Fait partie des sept capacités retenues parmi les neuf, considérées comme les plus importantes pour la mise en œuvre de soins intégrés dans le contexte ontarien qui sont mesurées dans le SOÉSO

Bien que les questions au sujet du niveau de confiance étaient incluses dans l'échelle *Style de leadership*, ces deux questions ont été traitées séparément, car la confiance est un fondement essentiel d'un partenariat réussi pour la prestation de soins intégrés en contexte de systèmes pluriorganisationnels complexes.<sup>12</sup> Le sondage comprend aussi cinq questions qui ne sont incluses dans aucune échelle et sont traitées séparément : deux questions à propos de sous-domaines de la *Préparation au changement* et trois autres sur l'attitude envers le changement au sein de l'organisme ou du milieu de pratique; la compatibilité des valeurs partagées de l'organisme ou du milieu de pratique du répondant avec celles des autres membres de l'ÉSO; et le sentiment d'appartenance à l'ÉSO des professionnels et du personnel au sein de

l'organisme ou du milieu de pratique du répondant. Ces trois questions n'étaient incluses dans aucune des échelles originales de la boîte à outils du CCIC.

### C.3 Échantillon du sondage

On a demandé à chaque équipe postulante au titre d'ÉSO (n = 30) de fournir le nom et l'adresse courriel de la personne la plus engagée dans la formation de l'ÉSO de chaque organisme « signataire », c'est-à-dire des représentants des organismes qui ont apposé leur signature sur le formulaire de demande complète de l'ÉSO. L'équipe d'évaluation a reçu les coordonnées de 765 personnes; la moyenne de personnes par ÉSO était de 26, avec un écart allant de 6 à 142 personnes.

### C.4 Collecte des données

La collecte des données a débuté à la mi-décembre 2019 au moyen d'un courriel envoyé à toutes les personnes les invitant à participer au SOÉSO. L'invitation incluait une lettre d'information précisant les droits des participants et un lien unique vers le sondage en ligne. Un lien à part pour se retirer de l'enquête était également compris dans le courriel et une deuxième chance de se retirer de l'enquête était offerte à la page d'introduction du sondage. Jusqu'à quatre courriels de rappels furent envoyés sur une période de six semaines aux personnes qui n'avaient pas encore répondu. Toutefois, en raison de retards rencontrés avec certaines équipes, la collecte des données s'est poursuivie jusqu'à la mi-mars 2020 pour ces équipes. De plus, nous avons demandé aux personnes-ressources des ÉSO d'encourager leurs membres à participer si leur taux de participation était de moins de 50 % ou s'il y avait eu moins de six réponses après l'envoi du troisième rappel. Le sondage n'était disponible qu'en anglais. Toutes les questions de fond étaient facultatives, mais la plupart d'entre elles ne donnaient pas la possibilité de répondre « Sans objet » ou « Je ne sais pas ». Si les répondants ne répondaient rien à une question, ils en étaient avertis avant de passer à la page suivante, mais ils n'étaient pas obligés d'y répondre pour pouvoir continuer.

Au moment de rédiger ce rapport, certaines des données qualitatives des postulants sélectionnés pour les études de cas étaient disponibles et ont été analysées par l'équipe de recherche qualitative dans le but d'y trouver les commentaires des participants qui reflétaient les domaines du SOÉSO. Une membre de l'équipe de recherche qualitative a analysé les résultats et les discussions sur le sondage pour aider à la sélection de commentaires pertinents. Deux auteurs de ce rapport (RH & KW) ont passé en revue les commentaires et en ont choisi sept pertinents pour le résumé des résultats du sondage.

### C.5 Analyses statistiques

Les choix de réponse selon l'échelle de Likert allaient de 1 à 5, le score le plus élevé étant la réponse la plus favorable. Une analyse factorielle de confirmation a été effectuée pour chacune des échelles pour s'assurer que les questions composant chaque échelle prédéfinie continuaient à peser ensemble dans l'échantillon des représentants des organismes signataires des ÉSO. Chaque question est reliée à un domaine, même s'il peut y avoir un chevauchement conceptuel et statistique dans certains cas. Puisqu'il y avait des valeurs manquantes, nous avons utilisé un algorithme d'espérance-maximisation afin d'estimer la matrice de covariance pour les questions composant chaque échelle. Pour chaque échelle prise séparément, nous avons extrait un facteur seul et avons conservé toutes les questions dont la valeur absolue du facteur de saturation était supérieure à 0,4. Le coefficient alpha de Cronbach a ensuite été calculé avec les questions restantes dans chaque échelle afin d'évaluer la cohérence interne. La cohérence interne a également été évaluée en retirant une question à la fois, mais si la cohérence de la version originale de l'échelle était suffisamment élevée ( $\alpha > 0,7$ ), nous avons choisi de maintenir l'intégralité de l'échelle en gardant les questions du sondage plutôt que d'opter pour de petits gains de fiabilité.

Au niveau individuel, chaque échelle a été classée selon la moyenne de toutes les questions. Les scores moyens des échelles prises seules ont ensuite été agrégés au niveau de l'ÉSO, puis agrégés à nouveau à l'ensemble ou à d'autres niveaux supérieurs (par type d'organisation directrice et zone géographique). En plus des scores moyens par échelle, nous avons calculé le taux de réponse moyen pour chaque choix de réponse afin de déterminer la répartition des réponses parmi les options dans un domaine. Nous

présentons le nombre d'ÉSO dont au moins 50 % et  $\geq 80$  % des répondants ont sélectionné l'une des deux notes les plus élevées, soit la réponse 4 (p. ex. « plutôt d'accord ») ou 5 (p. ex. « tout à fait d'accord »).

Pour évaluer la similarité des réponses au sein des ÉSO, nous avons calculé le coefficient de corrélation intraclasse (CCI). Le CCI mesure la proportion de la variabilité entre les ÉSO par rapport à la proportion de la variance totale. Un CCI faible indique qu'une faible proportion de la variance totale des scores des domaines est causée par les différences entre les ÉSO. Plus il y a une grande similarité des réponses parmi les membres des ÉSO, plus le CCI se rapprochera du score maximal de 1,0. La variance au sein des ÉSO et entre elles a aussi été calculée. Des modèles à plusieurs niveaux avec les répondants regroupés dans les ÉSO ont été appliqués à chaque domaine en fonction de l'organisme directeur et de la zone géographique. Toutes les comparaisons par paire faites avec l'organisme directeur et la zone géographique ont fait l'objet d'une correction de Bonferroni pour tenir compte du fait que nous avons fait des comparaisons multiples et que la signification statistique de certaines pourrait n'être due qu'au hasard.

## D. Résultats

### D.1 Les répondants au Sondage sur l'organisation des équipes Santé Ontario (SOÉSO)

Le tableau 2 présente le rôle des répondants au sein de leur organisme et le type d'organisme qu'ils représentent. La majorité des répondants au sondage (53,5 %) occupaient un poste de haute direction (p. ex. Président(e)-directeur(trice) général(e), président(e) et directeur(ric) administratif(ve)). Environ 26 % des répondants occupaient un poste de cadre supérieur (p. ex. vice-président(e)), de direction ou de gestion. Quinze pour cent des répondants étaient des cliniciens, dont la plupart des médecins. Un petit pourcentage des répondants étaient des patients ou des proches aidants ou ont mentionné un avoir un autre rôle (p. ex. membre du conseil d'administration, conseiller(ière) municipal, représentant(e) communautaire). La plupart des répondants au sondage venaient d'organismes de soutien communautaire (36,7 %) ou alors de cliniques de soins de première ligne (31 %). Les organismes de soins à domicile et de soins de longue durée comptaient respectivement pour 15 % et 11,3 % des répondants au sondage.

**Tableau 2. Rôle des répondants et type d'organisation(s) représentée(s) (N = 475)**

Caractéristiques	Fréquence	% de répondants
<b>Rôle actuel</b>		
Président(e)-directeur(trice) général(e), président(e) ou directeur(trice) administratif(ve)	257	53,5
Autre poste de cadre supérieur (chef des opérations, dirigeant(e) principal(e) des finances, vice-président(e), médecin-chef)	68	14,2
Administrateur(ric), gestionnaire principal, directeur(ric) des soins	58	12,1
Médecin ou autre rôle clinique	71	14,8
Patient/proche aidant	15	3,1
Autre	11	2,3
<b>Type d'organisme représenté</b>		
Clinique de soins de première ligne	149	31,0
Hôpital de soins de courte durée	39	8,1
Hôpital psychiatrique pour patient hospitalisé	6	1,3
Hôpital de réadaptation ou de soins prolongés complexes	14	2,9
Soins de longue durée	54	11,3
Soins à domicile	72	15,0
Santé publique	13	2,7
Services de soutien communautaire (y compris les services en matière de santé mentale et de dépendances)	176	36,7
Conseil consultatif des patients et des familles	16	3,3
Autre <sup>1</sup>	77	16,0

<sup>1</sup> Par exemple, des municipalités, des services paramédicaux, des centres de soins palliatifs et des organismes de services (numériques) partagés.

## D.2 Taux de réponse et d'achèvement du SOÉSO

Des 765 personnes ayant reçu une invitation à remplir le SOÉSO, 480 l'ont rempli, ce qui donne un taux de réponse de 63 %. Au niveau des ÉSO, le taux de réponse moyen est de 77 %, avec un écart allant de 27 % à 100 %. La moitié des ÉSO ont atteint un taux de réponse de 80 % et neuf d'entre elles ont obtenu un taux de plus de 90 %. Les taux de réponse peuvent être consultés au tableau 3.

Le taux d'achèvement moyen parmi les 480 répondants est de 98,1 %. Le pourcentage moyen de valeurs manquantes parmi les questions du sondage est de 1,7 %, avec un écart allant de 0 % à 10,7 %. Le plus grand nombre de valeurs manquantes est attribué à la question 29, qui demandait si les ressources financières (argent) à la disposition de l'ÉSO étaient suffisantes.

**Tableau 3. Répartition et taux de réponse aux questions du SOÉSO par ÉSO**

ÉSO (numéro aléatoire) <sup>1</sup>	Taux de réponse	ÉSO (numéro aléatoire) <sup>1</sup>	Taux de réponse
OHT 01	58 %	OHT 16	92 %
OHT 02	27 %	OHT 17	100 %
OHT 03	100 %	OHT 18	83 %
OHT 04	76 %	OHT 19	55 %
OHT 05	39 %	OHT 20	94 %
OHT 06	88 %	OHT 21	92 %
OHT 07	83 %	OHT 22	76 %
OHT 08	69 %	OHT 23	63 %
OHT 09	76 %	OHT 24	60 %
OHT 10	86 %	OHT 25	77 %
OHT 11	89 %	OHT 26	86 %
OHT 12	92 %	OHT 27	93 %
OHT 13	79 %	OHT 28	70 %
OHT 14	72 %	OHT 29	55 %
OHT 15	93 %	OHT 30	100 %
<b>Moyenne pour toutes les réponses / moyenne pour l'ensemble des ÉSO</b>			<b>63 % / 77 %</b>

<sup>1</sup> Un chiffre de 1 à 30 a été assigné de façon aléatoire aux ÉSO afin de garder les résultats anonymes.

## D.3 Résultats du SOÉSO

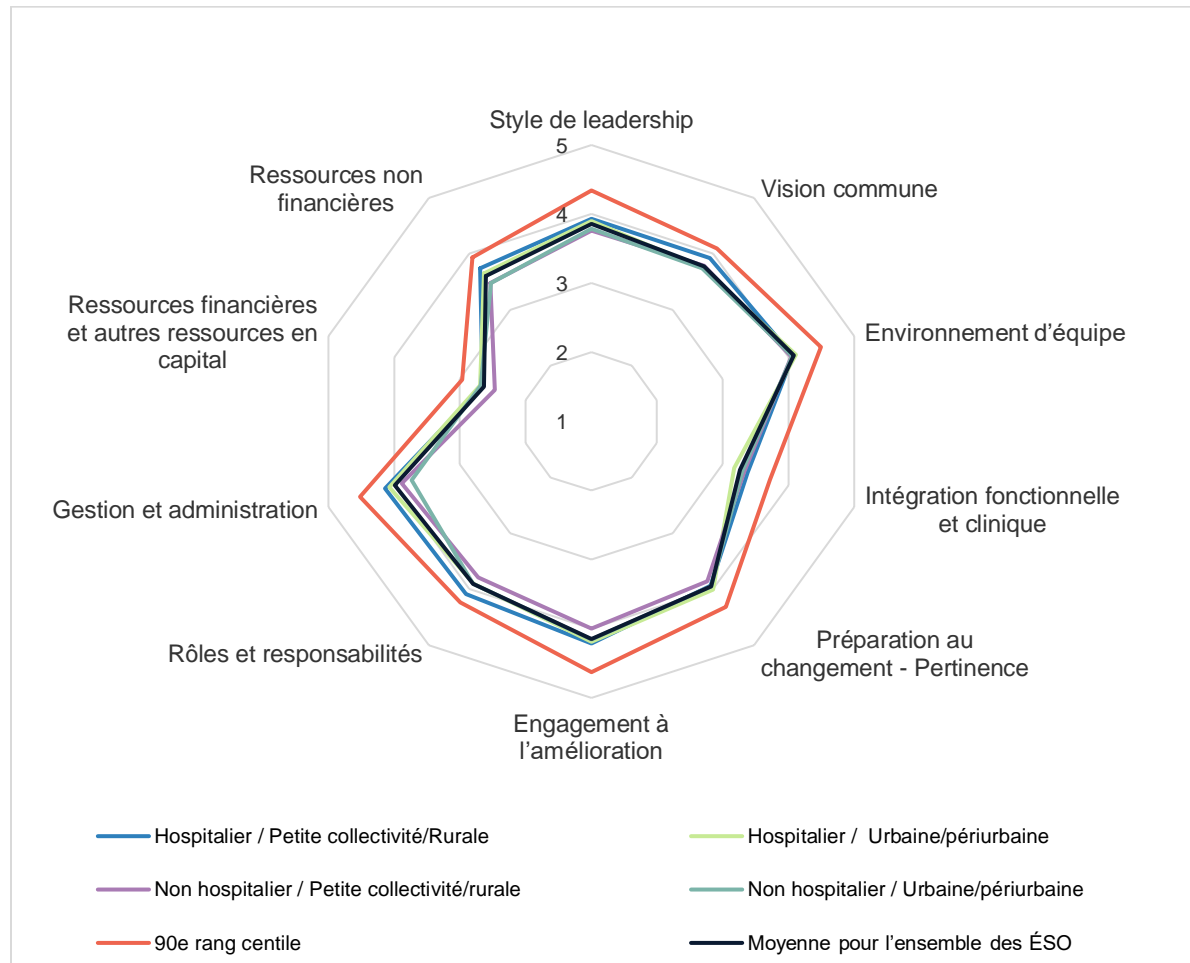
Le fait de mesurer les contextes et capacités clés qui contribuent au succès de la prestation de soins intégrés tôt dans le développement des ÉSO permet d'évaluer leur « niveau de préparation à l'intégration » et d'élaborer de nouvelles stratégies ciblées de gestion du changement pour faire face aux domaines problématiques ou tirer profit des points forts. Le diagramme en radar ci-dessous (figure 1) et le tableau 4 montrent que parmi l'ensemble des ÉSO, les trois domaines avec les scores les plus élevés sont *Engagement à l'amélioration* (moyenne de 4,15 sur 5), *Environnement d'équipe* (moyenne de 4,08 sur 5) et *Gestion et administration* (moyenne de 3,99 sur 5). Deux domaines, *Ressources financières et autres ressources en capital* et *Intégration fonctionnelle et clinique*, présentent des scores sensiblement plus faibles pour l'ensemble des ÉSO (moyennes respectives de 2,64 et 3,26).

Un certain nombre de domaines montrent une variance très faible entre les ÉSO par rapport à la variance totale et, par conséquent, un faible CCI. On compte parmi ces domaines *Intégration fonctionnelle et clinique* (CCI = 0,04), *Préparation au changement – Pertinence* (CCI = 0,03), *Ressources financières et autres ressources en capital* (CCI = 0,05) et *Ressources non financières* (CCI = 0,03). Les variances les plus élevées entre les ÉSO par rapport à la variance totale se retrouvent dans les domaines *Gestion et administration* (CCI = 0,27), *Style de leadership* (CCI = 0,25), *Engagement à l'amélioration* (CCI = 0,23) et *Environnement d'équipe* (CCI = 0,21). Voir le tableau 4 pour consulter les statistiques sommaires de tous les domaines.

Les ÉSO dont l'organisme directeur est un hôpital ont obtenu des scores statistiquement nettement plus élevés pour le domaine *Ressources non financières* ( $p < 0,01$ ) que les ÉSO dont l'organisme directeur

n'est pas un hôpital. Aucune autre différence statistiquement significative n'a été constatée au moment de vérifier les différences par type d'organisme directeur (hospitalier vs non hospitalier) ou par zone géographique (urbaine/périurbaine vs petite collectivité/rurale). Aucune comparaison par paire combinant l'organisme directeur et la zone géographique (p. ex. hospitalier et urbaine/périurbaine vs non hospitalier et petite collectivité/rurale) n'a non plus montré de différences statistiquement significatives. Voir l'annexe C pour consulter les estimations complètes de régression et de contraste.

**Figure 1. Moyenne générale de la première cohorte d'ÉSO postulantes, 90<sup>e</sup> rang centile et scores moyens par type d'organisme directeur et de zone géographique, par domaine du SOÉSO**





**Tableau 4. Statistiques sommaires des domaines du SOÉSO pour l'ensemble des ÉSO**

Domaine	Moyenne des ÉSO (écart-type)	% des réponses à 4 ou 5 <sup>1</sup> pour l'ensemble des ÉSO (écart)	Nbr. d'ÉSO avec ≥ 50 % de réponses à 4 ou 5 <sup>1</sup>	Nbr. d'ÉSO avec ≥ 80 % de réponses à 4 ou 5 <sup>1</sup>	Variance entre les ÉSO	Variance au sein des ÉSO	Variance totale	CCI
<b>Style de leadership</b>	3,86 (0,54)	67,4 % (10,6 % - 100 %)	26	10	0,24	0,71	0,95	0,25
<b>Vision commune</b>	3,78 (0,33)	67,3 % (21,3 % - 96,7 %)	27	6	0,08	0,39	0,47	0,17
<b>Environnement d'équipe</b>	4,08 (0,40)	75,2 % (32,2 % - 95,2 %)	27	14	0,13	0,46	0,59	0,21
<b>Intégration fonctionnelle et clinique</b>	3,26 (0,31)	40,9 % (14,9 % - 75 %)	8	0	0,03	0,80	0,83	0,04
<b>Préparation au changement – Pertinence</b>	3,95 (0,30)	70,2 % (44,6 % - 93,3 %)	29	4	0,02	0,64	0,67	0,03
<b>Engagement à l'amélioration</b>	4,15 (0,41)	79,0 % (35,6 % - 100 %)	27	19	0,13	0,44	0,57	0,23
<b>Rôles et responsabilités</b>	3,91 (0,36)	70,7 % (17,6 % - 100 %)	27	7	0,09	0,67	0,76	0,12
<b>Gestion et administration</b>	3,99 (0,56)	73,3 % (13,3 % - 100 %)	26	14	0,25	0,70	0,95	0,27
<b>Ressources financières et autres ressources en capital</b>	2,64 (0,26)	11,7 % (0 % - 35,7 %)	0	0	0,02	0,52	0,54	0,05
<b>Ressources non financières</b>	3,60 (0,21)	54,2 % (29,2 % - 78,4 %)	17	0	0,01	0,35	0,36	0,03

<sup>1</sup> Les choix de réponse de l'échelle de Likert allaient de 1 à 5, le score le plus élevé étant la réponse la plus favorable. Nous nous sommes penchés sur le nombre de répondants ayant sélectionné l'une des deux notes les plus élevées, soit la réponse 4 (p. ex. « plutôt d'accord ») ou 5 (p. ex. « tout à fait d'accord »).

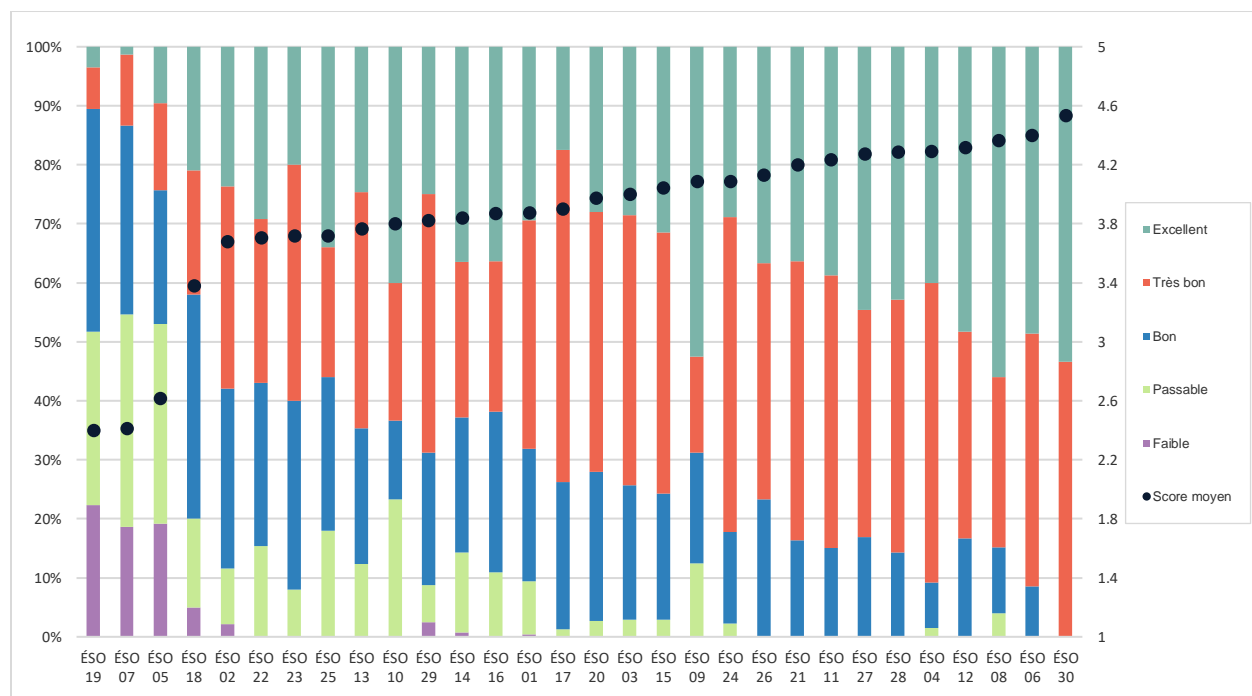
Pour chacun des dix domaines du SOÉSO, les résultats sont présentés pour l'ensemble des ÉSO. Un chiffre de 1 à 30 a été assigné de façon aléatoire aux ÉSO afin de garder les résultats anonymes.

## Style de leadership

Le domaine *Style de leadership* du SOÉSO contenait cinq éléments de question<sup>i</sup>. Il a été demandé aux répondants de noter le degré d'efficacité du leadership formel et informel de leur ÉSO concernant l'autonomisation des membres, la promotion du respect et de la confiance, la création d'un environnement où les différences d'opinions peuvent être exprimées, l'encouragement de la créativité et d'envisager les choses différemment et la communication de la vision de leur ÉSO. Pour la plupart des ÉSO, le score pour le *Style de leadership* est assez élevé, la moyenne pour l'ensemble des ÉSO candidates étant de 3,86 sur 5, avec un écart-type de 0,54. Toutefois, parmi les dix domaines, celui du *Style de leadership* présente une variance relativement élevée au sein des ÉSO et entre elles (0,71 et 0,24 respectivement) par rapport aux autres domaines (voir tableau 4).

Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « très bon » ou 5 « excellent » est de 67,4 % et varie de 10,5 % à 100 %, avec au moins 50 % des répondants ayant sélectionné l'une des deux plus hautes notes pour la plupart des ÉSO (26/30). (Voir tableau 4.) Dans un tiers des ÉSO (10/30), ≥ 80 % des répondants ont sélectionné l'une des deux plus hautes notes aux éléments de question de ce domaine (figure 2).

**Figure 2. Répartition des réponses au SOÉSO dans le domaine *Style de leadership* (cinq éléments de question<sup>i</sup>), par ÉSO**



<sup>i</sup> Éléments de question – Veuillez noter le degré d'efficacité globale du leadership de votre ÉSO pour chacun des aspects suivants :

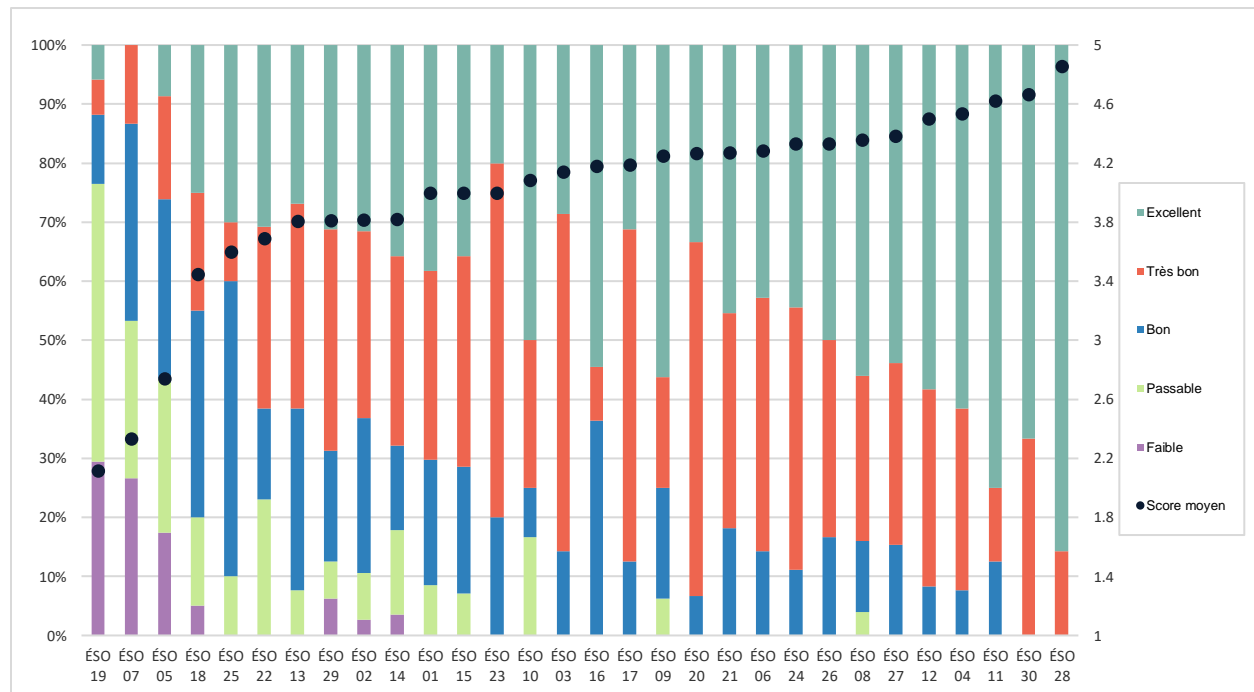
- 18 Favoriser l'autonomisation des personnes/membres impliqués dans l'ÉSO.
- 19 Communiquer la vision de l'ÉSO.
- 20 Créer d'un environnement où les différences d'opinion peuvent être exprimées.
- 21 Encourager l'ÉSO à être créative et à envisager les choses différemment.
- 22 Promouvoir le respect, la confiance et l'inclusion parmi les membres de l'ÉSO.



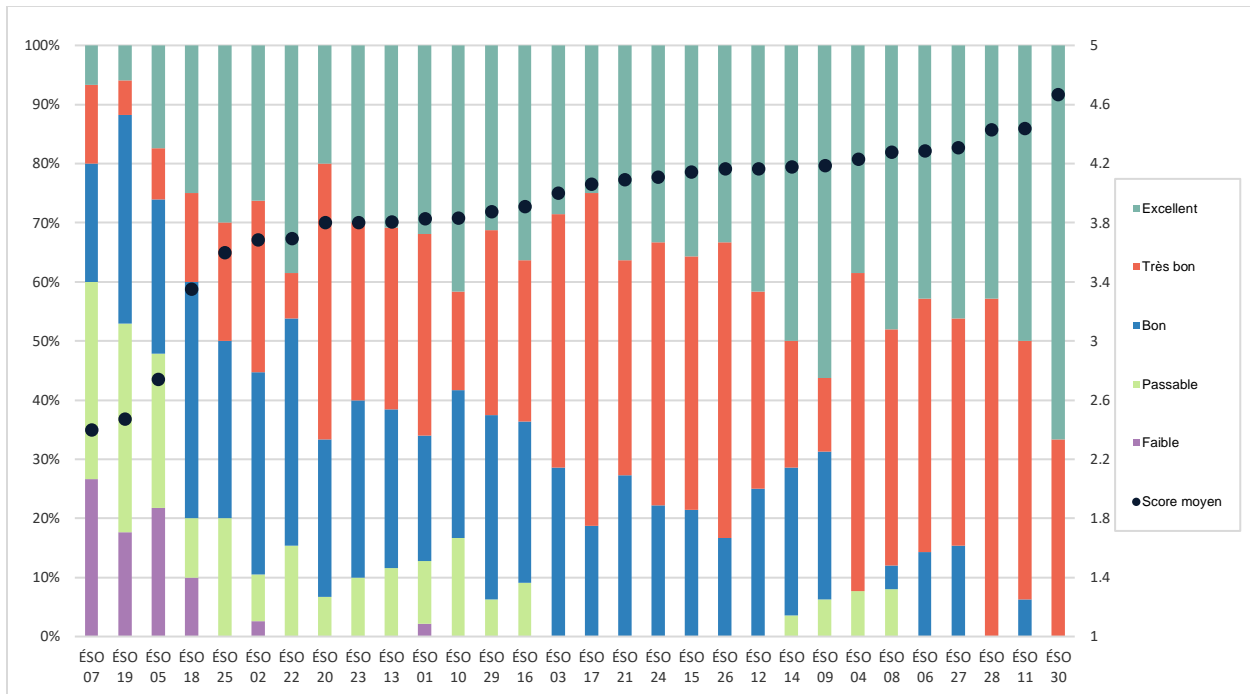
## Style de leadership – Bâtir la confiance

La confiance est un élément essentiel d'un partenariat réussi visant la prestation de soins de meilleure qualité et mieux intégrés dans le contexte de systèmes pluriorganisationnels complexes.<sup>12</sup> Ci-dessous, nous avons mis l'accent sur deux questions du domaine *Style de leadership* portant sur l'établissement de la confiance entre les partenaires, à savoir « Promouvoir le respect, la confiance et l'inclusion » et « Créer un environnement où les différences d'opinions peuvent être exprimées ». Pour l'ensemble des ÉSO, les scores moyens à ces éléments de question étaient respectivement de 3,98, avec un écart-type de 0,63 et de 3,88, avec un écart-type de 0,54. Le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « très bon » ou 5 « excellent » aux éléments de question « Promouvoir le respect, la confiance et l'inclusion » (figure 3) et « Créer un environnement où les différences d'opinions peuvent être exprimées » (figure 4) varie de 11,8 % à 100 % parmi les ÉSO, avec au moins 50 % des répondants ayant sélectionné l'une des deux plus hautes notes dans la plupart des ÉSO (25/30). À ces deux questions,  $\geq 80\%$  des répondants ont sélectionné l'une des deux plus hautes notes dans respectivement la moitié (15/30) et le tiers (9/30) des ÉSO. Dans deux ÉSO, 100 % des répondants ont répondu 4 ou 5 aux deux questions.

**Figure 3. Répartition des réponses à la question « Promouvoir le respect, la confiance et l'inclusion parmi les membres de l'ÉSO », par ÉSO**



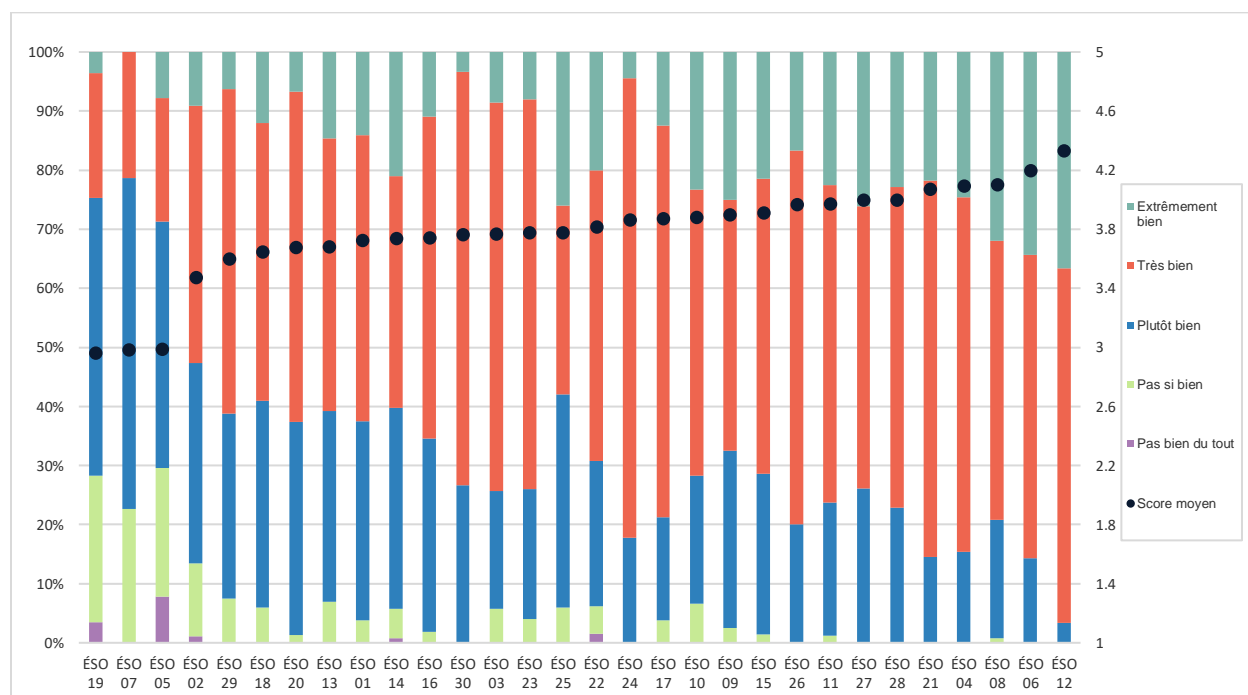
**Figure 4. Répartition des réponses à la question « Créer un environnement où les différences d'opinions peuvent être exprimées », par ÉSO**



## Vision commune

Une vision commune se crée « en combinant les points de vue, les connaissances et les compétences de divers partenaires de manière à permettre au partenariat de 1) trouver des moyens nouveaux et meilleurs d'atteindre ses objectifs; 2) concevoir des programmes plus complets et intégrés; et 3) renforcer ses liens avec la collectivité dans son ensemble » [trad.].<sup>17</sup> Le domaine *Vision commune* (figure 5) comportait cinq éléments de question<sup>ii</sup> demandant aux répondants d'évaluer dans quelle mesure les organismes et les personnes faisant partie du partenariat de l'ÉSO ont pu élaborer des objectifs qu'elles comprennent et soutiennent bien; trouver les façons dont les organismes et les programmes pourraient apporter une aide; répondre aux besoins de leur collectivité; inclure les perspectives et les priorités des personnes touchées; et obtenir le soutien des individus de la collectivité. Dans l'ensemble, les réponses au domaine *Vision commune* sont moyennes. Le score moyen parmi les ÉSO postulantes au domaine *Vision commune* est de 3,78 sur 5, avec un écart-type de 0,33. Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « très bien » ou 5 « extrêmement bien » aux cinq éléments de questions dans ce domaine est de 67,3 % et varie de 21,3 % à 96,7 %. Au moins 50 % des répondants dans la plupart des ÉSO (27/30) ont sélectionné l'une des deux plus hautes notes, mais seulement six ÉSO sur 30 ont vu  $\geq 80\%$  de leurs répondants sélectionner l'option 4 ou 5.

**Figure 5. Répartition des réponses au domaine *Vision commune* (cinq éléments de question<sup>ii</sup>), par ÉSO**



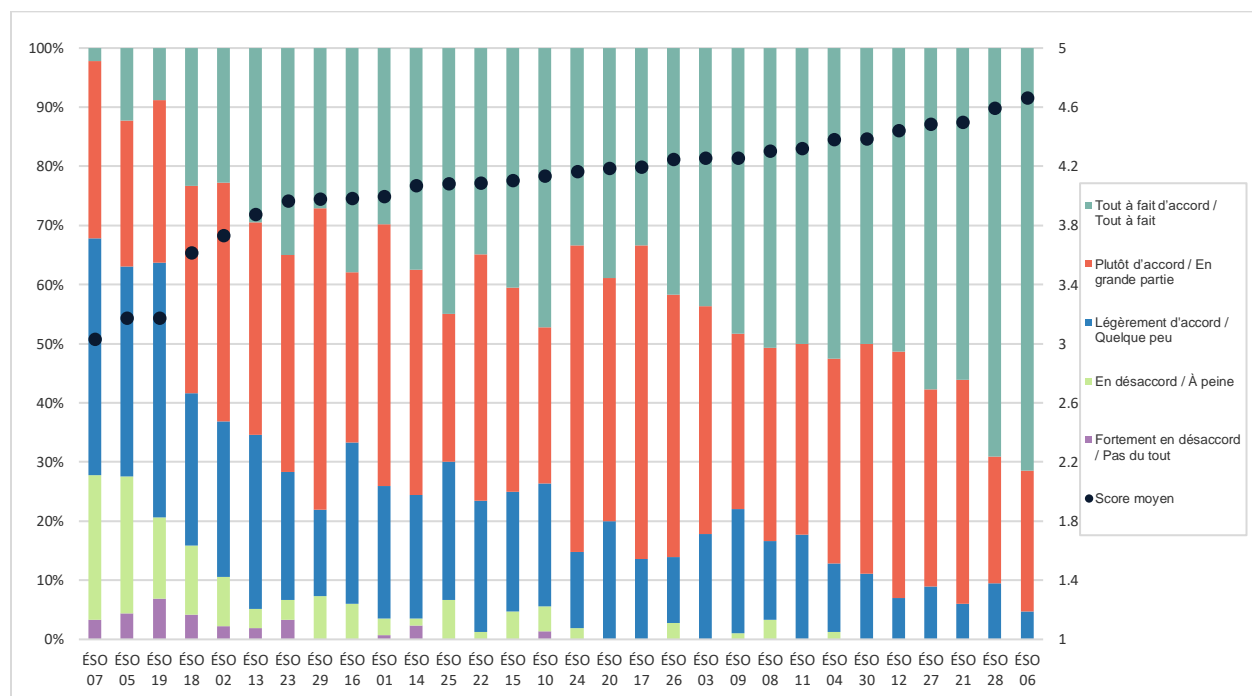
<sup>ii</sup> Éléments de question – Présentement, en travaillant ensemble, les membres de votre ÉSO sont-ils capables de bien atteindre les objectifs suivants?

- 3 Élaborer les objectifs qui sont bien compris et soutenus par les membres.
- 4 Identifier les façons dont les différents organismes ou programmes communautaires pourraient aider à résoudre les problèmes que l'ÉSO tente de traiter dans la population cible de la première année.
- 5 Répondre aux besoins et aux problèmes de la collectivité.
- 6 Inclure les perspectives et les priorités des personnes touchées par les travaux de l'ÉSO
- 7 Obtenir le soutien des individus et des organismes de la collectivité qui pourraient soit empêcher les plans de l'ÉSO, soit les aider à avancer.

## Environnement d'équipe

Il existe quatre facteurs associés à une innovation réussie dans un groupe : 1) une vision claire et réaliste; 2) un sentiment de sécurité dans la participation ou un climat d'interactions interpersonnelles (p. ex. une attitude « d'être tous logés à la même enseigne ! »); 3) une orientation des tâches fondée sur un engagement à atteindre des standards élevés et à s'améliorer; et 4) un soutien à l'innovation (p. ex. prendre le temps nécessaire pour développer de nouvelles idées).<sup>14</sup> Ces facteurs sont souvent mesurés séparément, mais nous avons créé le domaine *Environnement d'équipe* (figure 6) comportant six éléments de questions.<sup>iii</sup> Ce domaine fait partie des mieux cotés, avec un score moyen de 4,08 sur 5 pour l'ensemble des ÉSO et un écart-type de 0,4. Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « plutôt d'accord/atteints pour la plupart » ou 5 « tout à fait d'accord/complètement atteints » aux six éléments de questions de ce domaine varie de 32,2 % à 95,2 %, avec au moins 50 % des répondants ayant sélectionné 4 ou 5 pour la plupart des ÉSO (27/30). La moitié des ÉSO (15/30) ont vu  $\geq 80\%$  des répondants sélectionner l'option 4 ou 5.

**Figure 6. Répartition des réponses au domaine *Environnement d'équipe* (six éléments de questions<sup>iii</sup>), par ÉSO**



<sup>iii</sup> Éléments de question – Au sein de cette ÉSO :

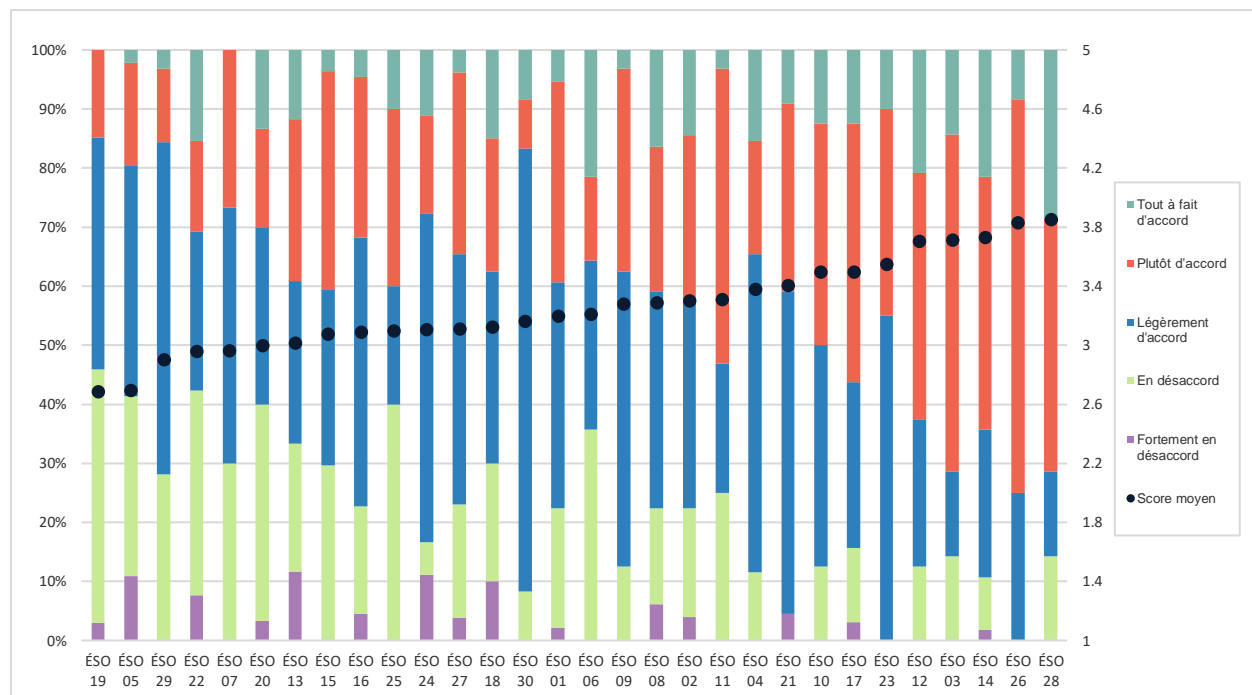
- 15 Nous sommes prêts à remettre en question les bases du travail de l'équipe.
- 16 Nous évaluons de manière critique les faiblesses potentielles de la planification de notre ÉSO afin d'obtenir les meilleurs résultats possible.
- 17 Les membres de l'ÉSO s'inspirent des idées des autres afin d'obtenir les meilleurs résultats possible.
- 39 Nous adoptons une attitude « d'être tous logés à la même enseigne ! »
- 40 Nous prenons le temps nécessaire pour développer de nouvelles idées.
- 41 Croyez-vous que les objectifs de votre ÉSO pourront être atteints?

## Intégration fonctionnelle et clinique

L'intégration clinique fait référence au degré de partage des outils de coordination clinique entre les organisations du partenariat, tandis que l'intégration fonctionnelle fait référence au degré de partage de l'information entre les organisations du partenariat.<sup>16</sup> Le domaine *Intégration fonctionnelle et clinique*<sup>iv</sup> est le deuxième domaine le moins bien noté, avec un score moyen de 3,26 sur 5 et un écart-type de 0,31, et il présente la plus grande variation des scores entre les ÉSO (0,8). (Voir tableau 4.)

Pour l'ensemble les ÉSO (figure 7), le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord » est de 40,9 % et varie de 14,9 % à 75 %. Seulement le tiers des ÉSO (8/30) ont vu au moins 50 % des répondants sélectionner l'une des deux plus hautes notes, et aucune ÉSO n'a vu ≥ 80 % des répondants sélectionner l'une des deux plus hautes notes aux deux éléments de question compris dans ce domaine.

**Figure 7. Répartition des réponses au domaine *Intégration fonctionnelle et clinique* (deux éléments de question<sup>iv</sup>), par ÉSO**



<sup>iv</sup> Éléments de question – Présentement, au sein de cette ÉSO :  
 12 Nous partageons des outils de coordination clinique.  
 13 Nous échangeons de l'information clinique entre partenaires.

## Préparation au changement

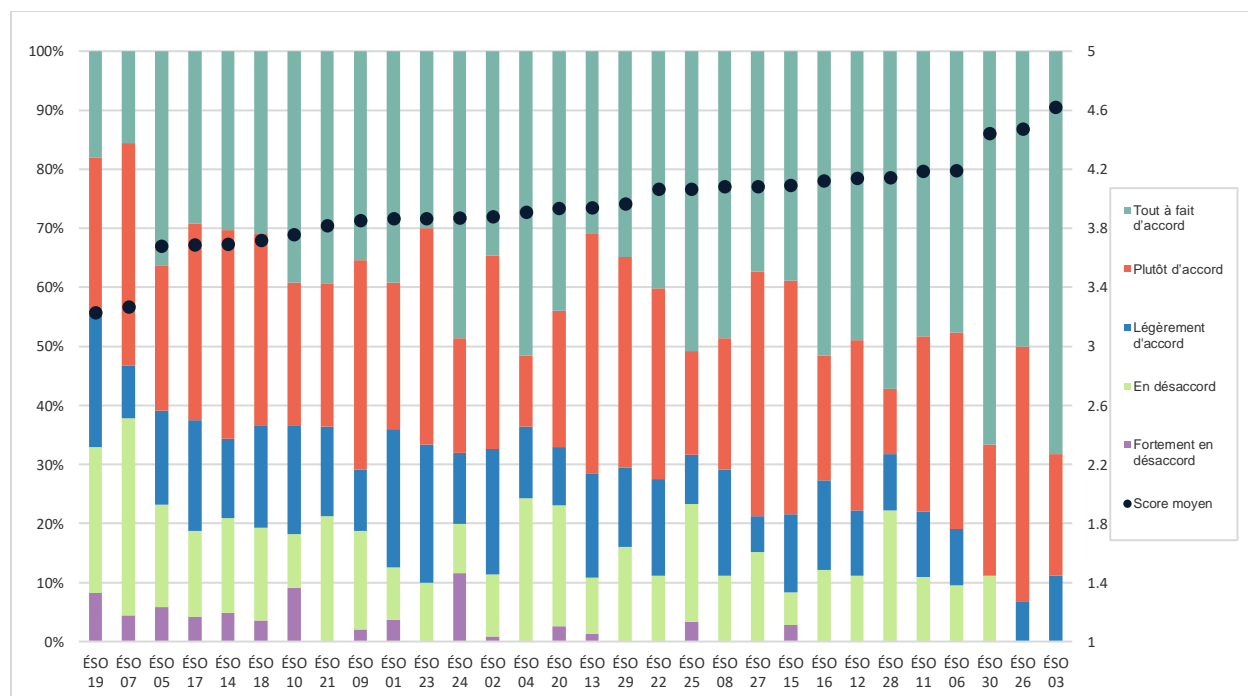
Le sondage *Readiness for Organizational Change* (Le Sondage sur la préparation aux changements organisationnels)<sup>15</sup> comprend trois sous-domaines : 1) *Pertinence*, 2) *Efficacité du changement* et 3) *Avantages sur le plan personnel*.

### Pertinence

Le domaine *Pertinence* sert à mesurer si les répondants estiment que le changement est approprié ou nécessaire et s'il sera bénéfique à l'organisation. Les scores pour ce sous-domaine étaient assez élevés (figure 8). Le score moyen pour l'ensemble des ÉSO est de 3,95 sur 5, avec un écart-type de 0,3. Par ailleurs, les scores des éléments de question de ce sous-domaine varient de façon significative; les répondants estiment que leur organisation bénéficiera de ce changement (moyenne = 4,28) et qu'il en vaudra la peine pour eux (moyenne = 4,44), mais qu'il ne rendra pas leur rôle plus facile (moyenne = 3,08).

Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord » est de 70,2 % et varie de 44,6 % à 93,3 % avec au moins 50 % des répondants dans toutes les ÉSO sauf une ayant sélectionné l'une des deux plus hautes notes (voir tableau 4). Seules quatre ÉSO sur 30 ont vu ≥ 80 % des répondants sélectionner 4 ou 5 aux trois questions<sup>v</sup> comprises dans ce sous-domaine.

**Figure 8. Répartition des réponses au domaine *Préparation au changement – Pertinence* (trois éléments de question<sup>v</sup>), par ÉSO**



<sup>v</sup> Éléments de question : Veuillez réfléchir aux changements associés à la création de votre ÉSO, êtes-vous d'accord avec les énoncés suivantes?

34 Je crois que ce changement sera bénéfique à mon organisme/milieu de pratique.

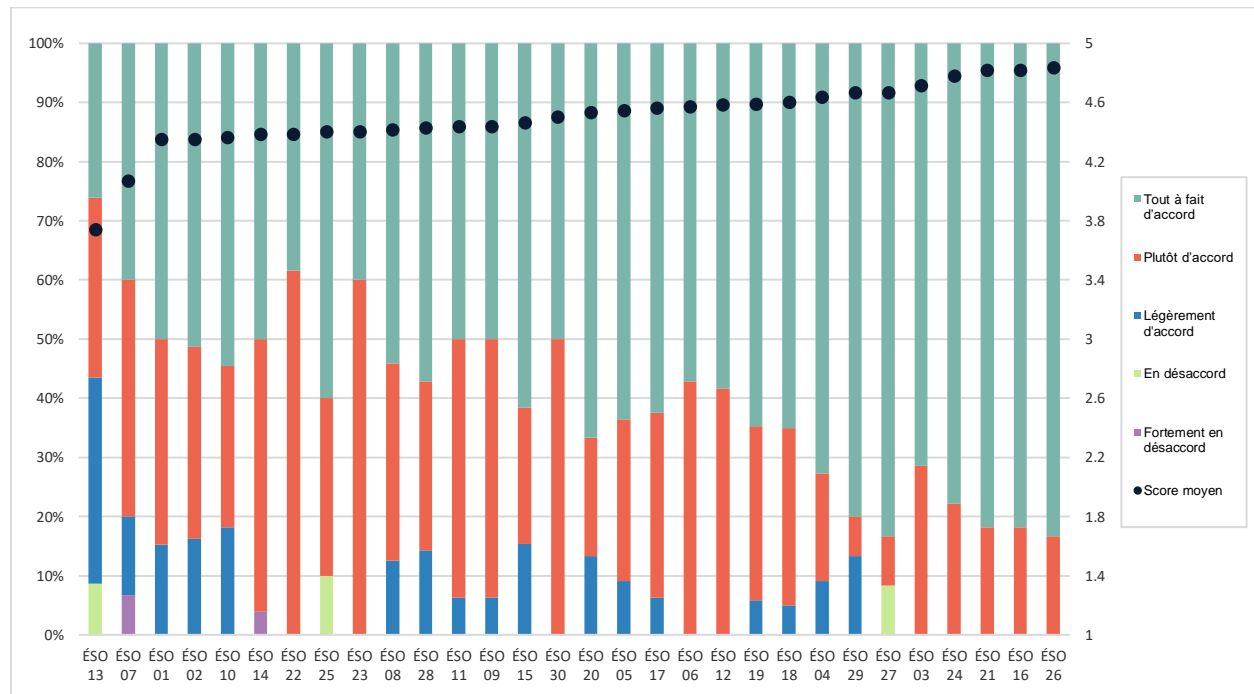
35 Ce changement rendra mon rôle plus facile.

36 À long terme, je crois qu'il m'en vaudra la peine si l'organisme adoptait ce changement.

## Efficacité du changement

Le domaine *Préparation au changement* du SOÉSO comprend une des questions du sous-domaine *Efficacité du changement*. Le score moyen pour cet élément de question était très élevé, soit de 4,5 sur 5, avec un écart-type de 0,22. Le point *Efficacité du changement* fait référence à la confiance d'une personne en sa capacité à adopter le changement avec succès. Les scores pour cet élément sont très élevés; les répondants ont le sentiment d'avoir les compétences nécessaires à la mise en œuvre de ce changement. En moyenne pour l'ensemble des ÉSO, la majorité (>60 %) des répondants étaient tout à fait d'accord pour dire qu'ils ont les compétences nécessaires pour que ce changement soit efficace (figure 9). Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage de répondants ayant sélectionné « tout à fait d'accord » varie de 26 % à 83,3 %.

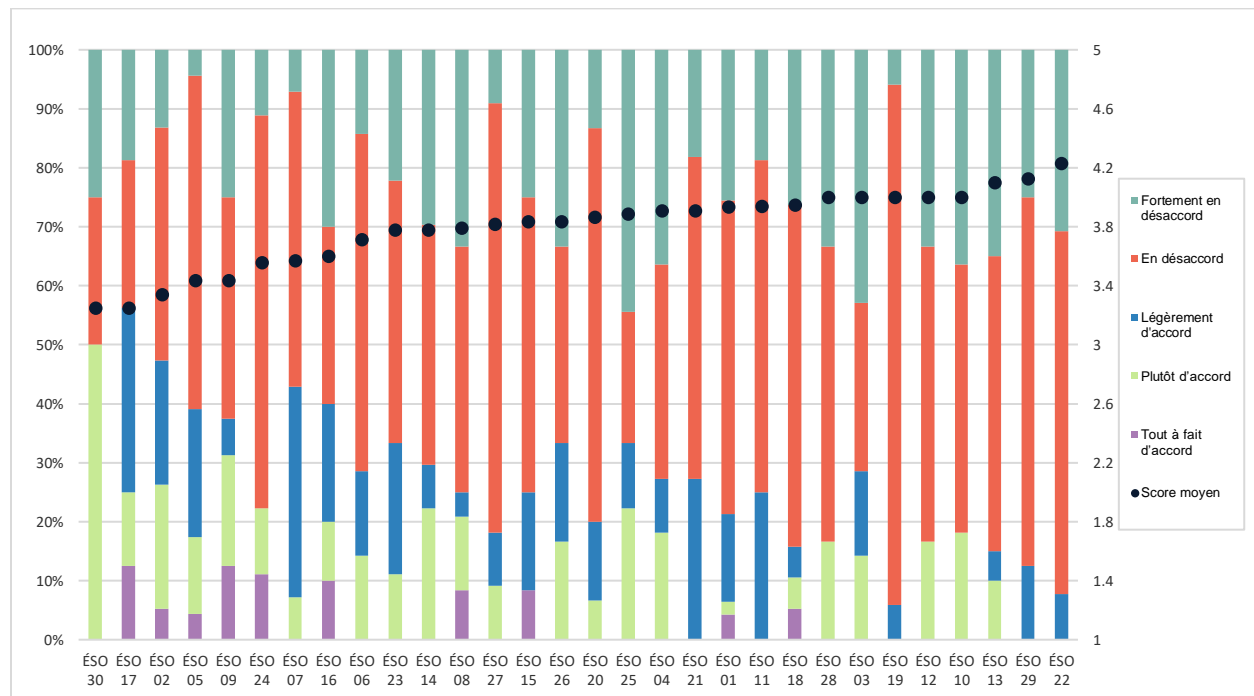
**Figure 9. Répartition des réponses à l'élément de question « J'ai les compétences nécessaires pour que ce changement soit efficace », par ÉSO**



## Avantages sur le plan personnel

Le domaine *Préparation au changement* du SOÉSO comprend une des questions du sous-domaine *Avantages sur le plan personnel*, lequel sert à mesurer si le changement perturbera les rapports professionnels que les répondants avaient établis. Le score moyen pour l'ensemble des ÉSO est de 3,79 sur 5, avec un écart-type de 0,26. En moyenne pour l'ensemble de ÉSO, 73 % des répondants ont dit être « en désaccord » ou « fortement en désaccord » avec l'idée que le changement perturberait leurs rapports professionnels et ce pourcentage varie de 50 % à 94,1 % parmi les ÉSO (figure 10).

**Figure 10. Répartition des réponses à l'élément de question « Ce changement perturbera plusieurs rapports professionnels que j'ai établis », par ÉSO**



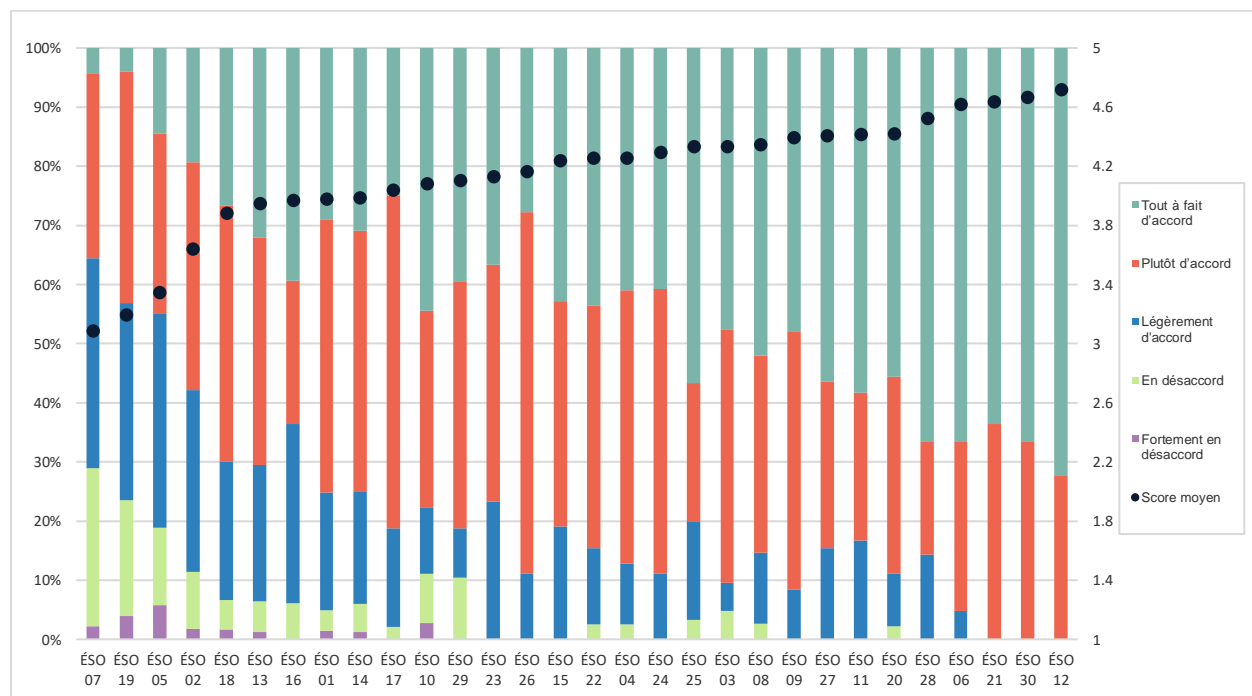


## Engagement à l'amélioration

Ce domaine correspond à une nouvelle échelle composée de trois éléments de question.<sup>vi</sup> Le premier élément de question cherche à savoir s'il y a une vision commune quant à l'amélioration des soins intégrés. Le deuxième élément porte sur le partage de la responsabilité face à l'amélioration des résultats pour les patients. Enfin, le troisième élément demande aux répondants s'ils ont utilisé des données pour cerner des améliorations possibles dans leur population cible. Les scores dans ce domaine sont généralement très élevés et les ÉSO se sont engagées à s'améliorer (figure 11). Le score moyen pour l'ensemble des ÉSO est de 4,15 sur 5, avec un écart-type de 0,41, soit le score moyen le plus élevé parmi les dix domaines.

Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord » est de 79 % et varie de 35,5 % à 100 %. Seulement trois ÉSO n'ont pas vu au moins 50 % de leurs répondants sélectionner l'une des deux plus hautes notes (voir tableau 4). C'est dans le domaine *Engagement à l'amélioration* qu'on retrouve le plus d'ÉSO (19/30) dont  $\geq 80$  % des répondants ont sélectionné l'une des deux plus hautes notes et dans trois ÉSO, 100 % des répondants ont sélectionné 4 ou 5 aux trois questions comprises dans ce domaine.

**Figure 11. Répartition des réponses au domaine *Engagement à l'amélioration* (trois éléments de question<sup>vi</sup>), par ÉSO**



<sup>vi</sup> Éléments de question – Présentement, au sein de cette ÉSO :

8 Nous avons une vision commune quant à la façon d'améliorer l'intégration des soins.

11 Nous sommes convenu de nous partager la responsabilité d'améliorer les résultats pour les patients.

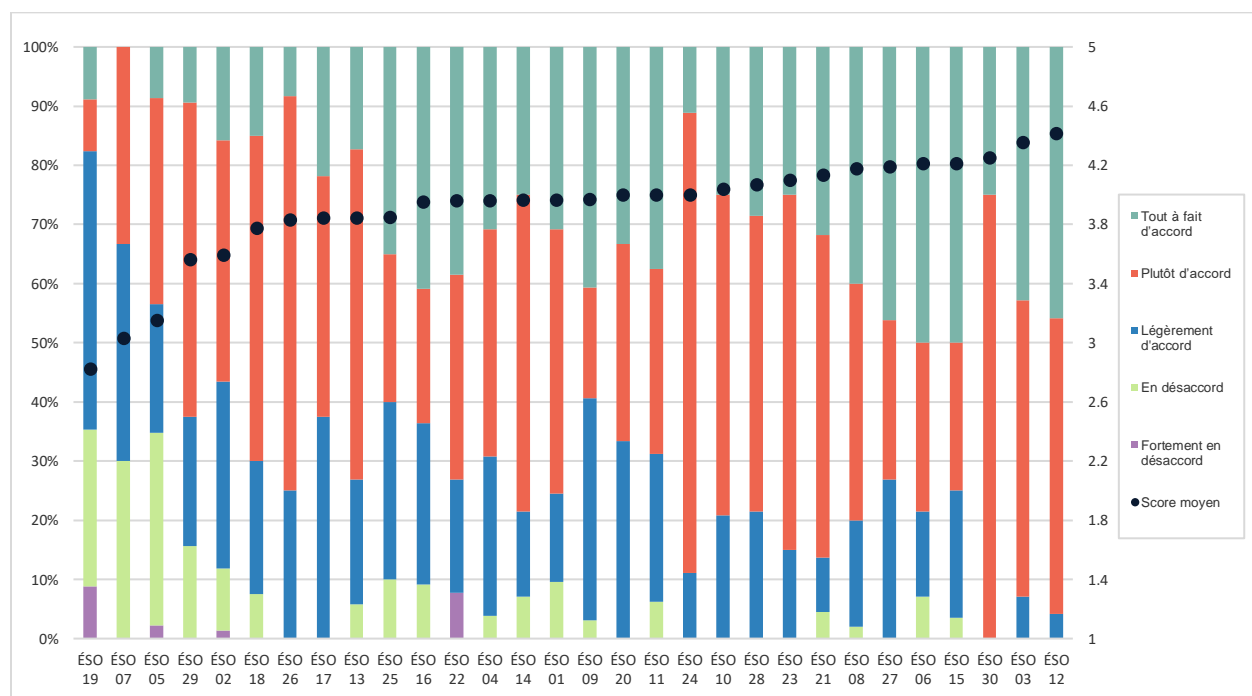
14 Nous nous sommes servis de données afin de cerner les améliorations possibles pour notre (nos) population(s) cible(s).

## Rôles et responsabilités

Le domaine *Rôles et responsabilités* est basé sur deux éléments de question<sup>vii</sup> de l'enquête *Measurement of Network Integration* de Haggerty.<sup>16</sup> Ces éléments visent à savoir si tous les partenaires comprennent le rôle qu'ils joueront dans la prise en charge de la population locale et dans la coordination des soins. Le domaine *Rôles et responsabilités* décrit un système de valeurs communes qui « permet à la direction de s'adapter aux exigences en matière de collaboration au sein du réseau et sensibilise les professionnels et les organisations à leur interdépendance lorsqu'il s'agit d'offrir des soins et des services coordonnés »<sup>18</sup> [trad.]. Dans la plupart des ÉSO, les répondants comprenaient leur rôle dans la coordination des soins et la prise en charge de la population. Le score moyen des ÉSO candidates pour le domaine *Rôles et responsabilités* est de 3,91 sur 5, avec un écart-type de 0,36 (Figure 12).

Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage de répondants ayant choisi la réponse 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord » est de 70,7 % et varie de 17,6 % à 100 %. Au moins 50 % des répondants de la plupart des ÉSO (27/30) ont choisi la réponse 4 ou 5, mais seulement sept ÉSO ont vu ≥ 80 % des répondants choisir la réponse 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord » aux deux questions de ce domaine.

**Figure 12. Répartition des réponses au domaine *Rôles et responsabilités* (deux éléments de question<sup>vii</sup>), par ÉSO**



<sup>vii</sup> Éléments de question – Présentement, au sein de cette ÉSO :

9 Nous comprenons notre rôle en entreprenant la responsabilité de la population locale.

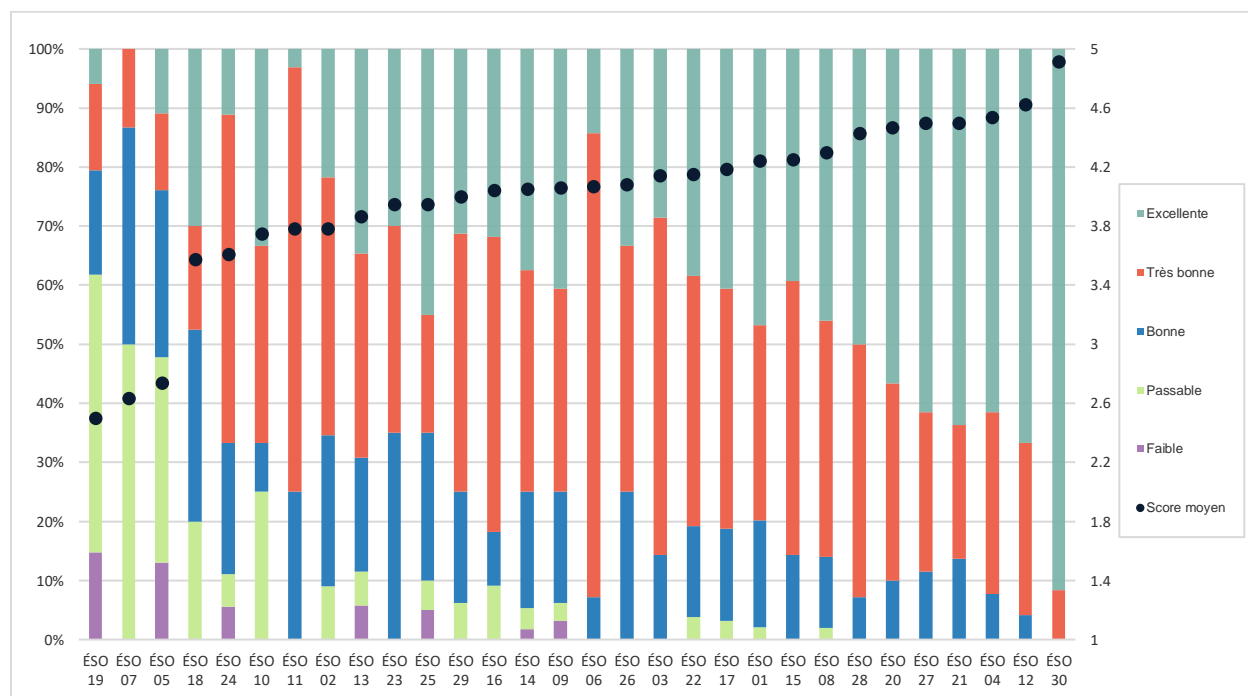
10 Nous comprenons notre rôle dans la coordination des soins.

## Gestion et administration

Le domaine *Gestion et administration* décrit des fonctions, telles que les stratégies de communication et les mécanismes de coordination des activités de partenariat, qui favorisent l'implication significative de différents organismes indépendants dans le cadre du partenariat.<sup>13</sup> Les deux éléments de question<sup>viii</sup> du domaine *Gestion et administration* demandaient aux répondants d'évaluer l'efficacité de leur ÉSO en matière de communication entre les membres et d'organisation d'activités telles que des réunions et des projets. Les résultats pour le domaine *Gestion et administration* sont élevés : le score moyen des ÉSO candidates est de 3,99 sur 5, avec un écart-type de 0,56 (Figure 13). Toutefois, le coefficient de corrélation intraclasses est le plus élevé des dix domaines, ce qui indique une forte variation entre les ÉSO par rapport à la variation totale (CCI = 0,27) (voir Tableau 4).

Dans toutes les ÉSO, le pourcentage de répondants ayant choisi la réponse 4 « très bonne » ou 5 « excellente » est de 73,3 % et varie de 13,3 % à 100 %. Au moins 50 % des répondants dans la plupart des ÉSO (26/30) ont choisi la réponse 4 ou 5. La moitié des ÉSO (15/30) ont vu ≥ 80 % des répondants choisir la réponse 4 ou 5 aux deux éléments de question de ce domaine.

**Figure 13. Répartition des réponses au domaine *Gestion et administration* (deux éléments de question<sup>viii</sup>), par ÉSO**



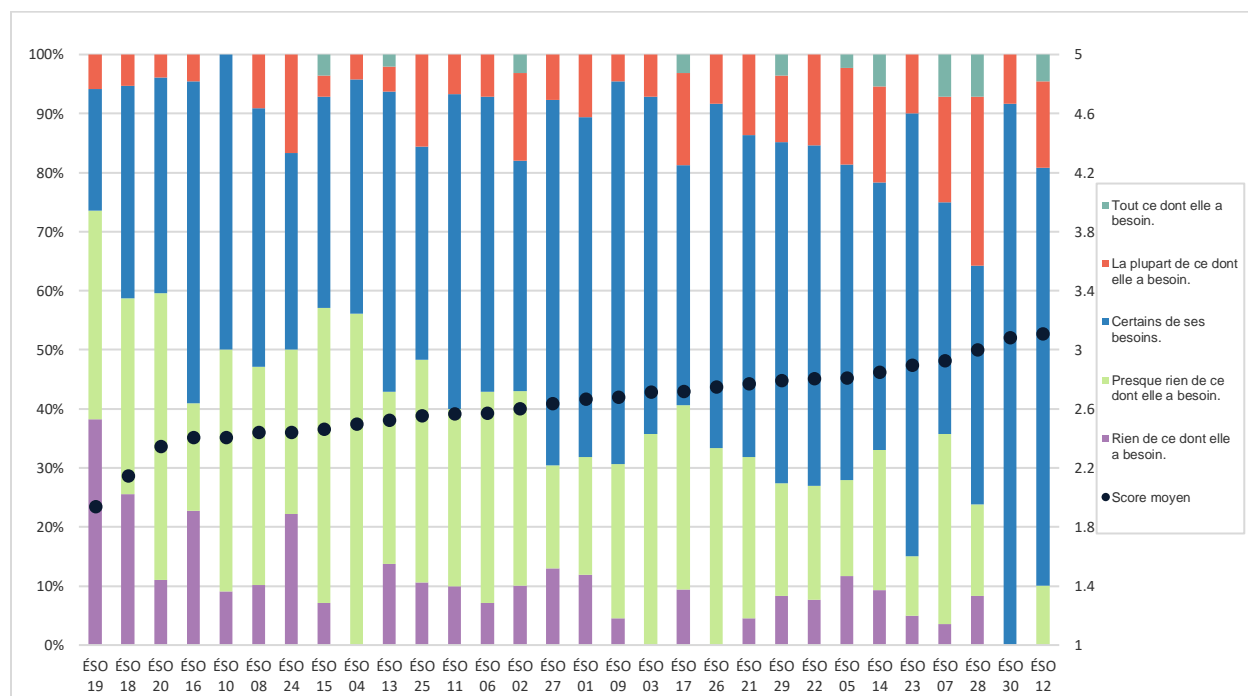
<sup>viii</sup> Éléments de question du sondage – Veuillez évaluer l'efficacité de votre ÉSO dans l'exécution des activités suivantes :  
 23 Communiquer entre les membres.  
 24 Organiser des activités pour les membres des ÉSO, y compris des réunions et des projets.

## Ressources financières et autres ressources en capital

Les ressources financières et concrètes ont été qualifiées d'« éléments de base » [trad.] des partenariats réussis. De nombreux partenariats ont souligné l'importance de disposer de suffisamment d'argent et d'autres ressources (p. ex. des équipements comme des ordinateurs).<sup>13</sup> Le domaine *Ressources financières et autres ressources en capital*<sup>ix</sup> est composé de deux questions cherchant à savoir si l'ÉSO dispose d'assez 1) d'argent et 2) d'outils et de technologies, comme des solutions numériques en matière de santé et des portails d'information. Les notes obtenues dans ce domaine sont particulièrement faibles (Figure 14). Le score moyen des ÉSO postulantes est de 2,64 sur 5, avec un écart-type de 0,26. Il s'agit du domaine le moins bien noté avec l'un des CCI les plus faibles, ce qui indique une très faible variation entre les ÉSO par rapport à la variation totale.

Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage de répondants ayant choisi la réponse 4 « la plupart de ce dont elle a besoin » ou 5 « tout ce dont elle a besoin » est de 11,7 % et varie de 3,8 % à 35,7 % (voir Tableau 4). Aucune ÉSO n'a vu au moins 50 % de ses répondants choisir la réponse 4 ou 5 aux deux éléments de question de ce domaine.

**Figure 14. Répartition des réponses au domaine *Ressources financières et autres ressources en capital* (deux éléments de question<sup>ix</sup>), par ÉSO**



<sup>ix</sup> Éléments de question – Pour chaque type de ressources suivant, votre ÉSO dispose-t-elle de ce dont elle a besoin pour fonctionner efficacement ?

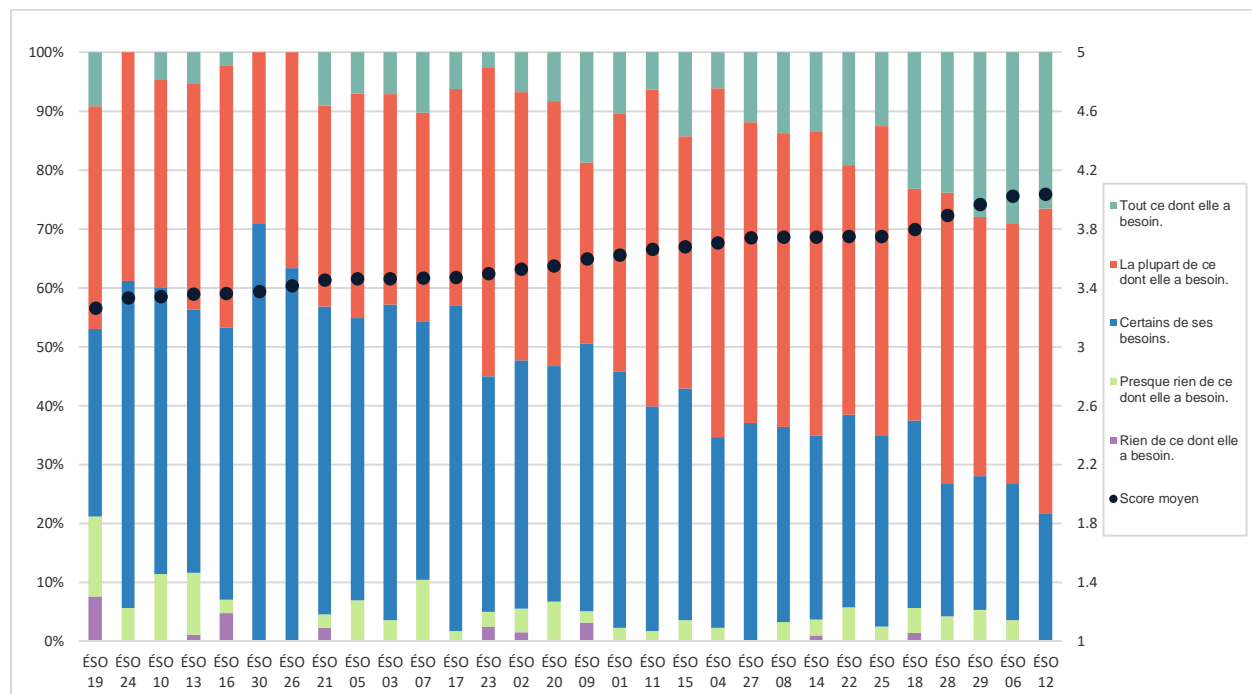
29 De l'argent  
30 Des outils et des technologies

## Ressources non financières

Outre les ressources financières de base nécessaires au succès du partenariat, les ÉSO auront besoin d'un large éventail de compétences et d'expertise, d'un accès à l'information et des connexions avec les décideurs politiques et d'autres milieux afin de renforcer la légitimité du partenariat.<sup>13</sup> Quatre éléments de question<sup>x</sup> visaient à savoir si ces ressources non financières étaient suffisantes. Les notes obtenues pour le domaine *Ressources non financières* sont faibles. Le score moyen des ÉSO candidates est de 3,60 sur 5, avec un écart-type de 0,22 (Figure 15). Le domaine *Ressources non financières* présente la plus faible variation des réponses parmi les ÉSO (variance entre les ÉSO = 0,01), ce qui donne l'un des CCI les plus faibles (0,03) (voir Tableau 4).

Pour l'ensemble des ÉSO, la moyenne des répondants qui ont choisi la réponse 4 « la plupart de ce dont elle a besoin » ou 5 « tout de ce dont elle a besoin » est de 54,2 % et varie de 29,2 % à 78,4 % (voir Tableau 4). Dans un peu plus de la moitié (17/30) des ÉSO, au moins 50 % des répondants ont choisi la réponse 4 ou 5, et seules quatre ÉSO ont vu  $\geq 70$  % des répondants choisir la réponse 4 ou 5 (Figure 15). Aucune ÉSO n'a vu  $\geq 80$  % des répondants choisir la réponse 4 ou 5 aux quatre éléments de question de ce domaine.

**Figure 15. Répartition des réponses au domaine *Ressources non financières* (quatre éléments de question<sup>x</sup>), par ÉSO**



<sup>x</sup> Éléments de question – Pour chaque type de ressources suivant, votre ÉSO dispose-t-elle de ce dont elle a besoin pour fonctionner efficacement ?

25 Des compétences et de l'expertise

26 Des données et de l'information

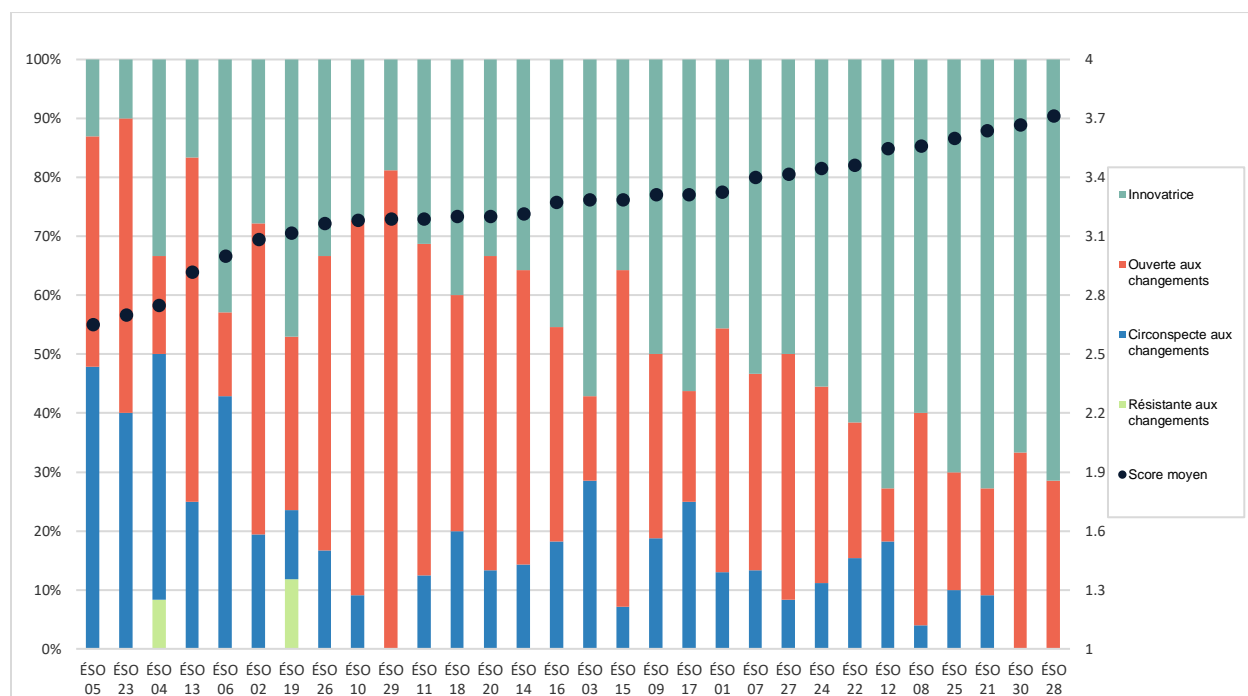
27 La capacité d'identifier des patients particuliers qui répondent aux critères de la population cible et de mener des interventions.

28 Des connexions avec des décideurs politiques, des agences gouvernementales, etc.

## Autres éléments de question du SOÉSO

Il y a trois éléments de question supplémentaires qui ne font pas partie d'aucun des dix domaines. La question n° 31 demandait aux personnes interrogées de choisir la réponse qui décrit l'attitude de leur organisation ou de leur lieu de pratique à l'égard du changement. La majorité des ÉSO (78 %) peuvent être considérées comme innovatrices ou ouvertes au changement (Figure 16). Plus précisément, pour l'ensemble des ÉSO, 44 % des répondants ont décrit l'attitude de leur organisme comme innovatrice, 38 % comme ouverte au changement, 17 % comme circonspecte et 1 % comme résistante au changement. Dans deux ÉSO seulement, des répondants ont indiqué que leur organisation était résistante au changement.

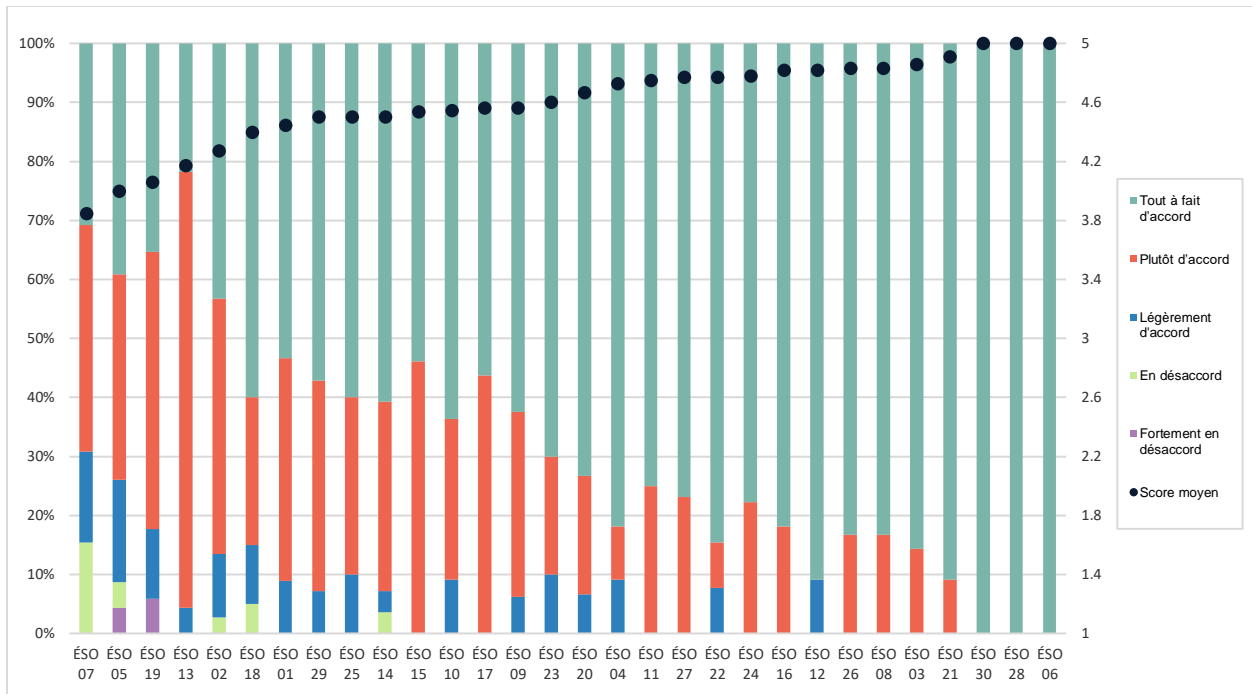
**Figure 16. Répartition des réponses à l'élément de question « Attitude de l'organisme ou du milieu de pratique envers les changements », par ÉSO**



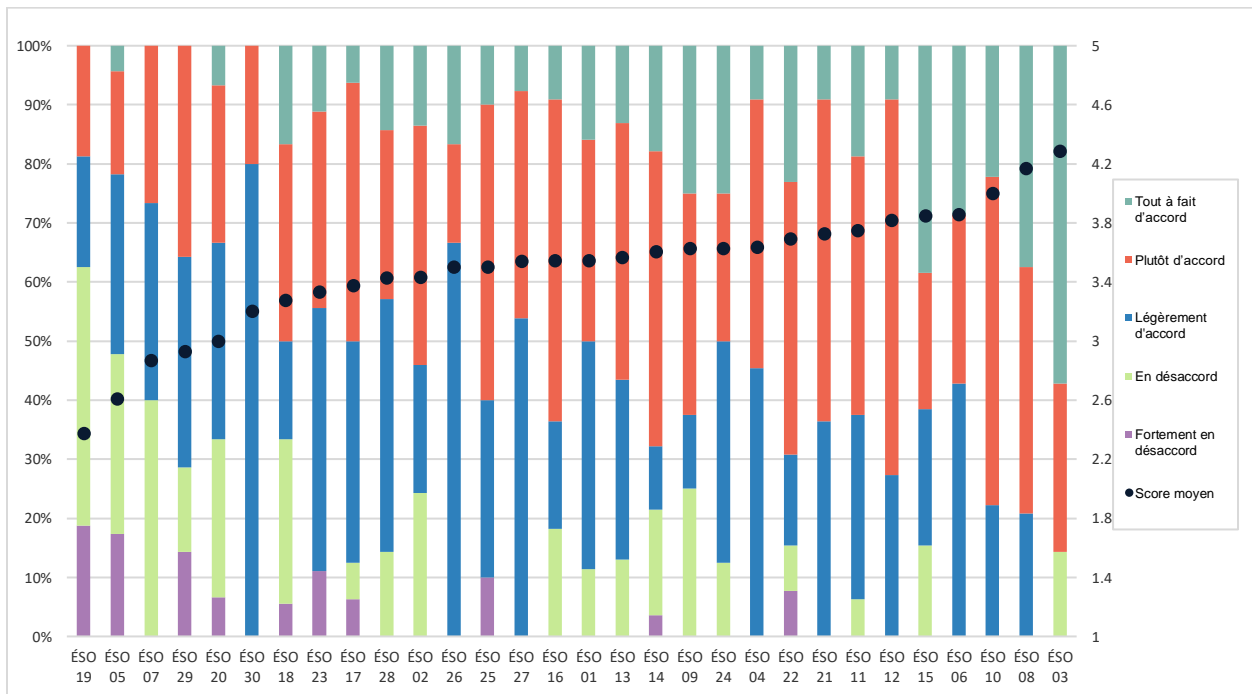
La question n° 32 demandait si les valeurs communes de l'organisme ou du milieu de pratique du répondant étaient compatibles avec celles des autres membres de l'ÉSO. En général, les notes obtenues à cette question étaient très élevées, avec un score moyen pour l'ensemble des ÉSO de 4,60 sur 5 et un écart-type de 0,30 (Figure 17). Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage des répondants ayant sélectionné 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord » varie de 30,8 % à 100 % et au moins 50 % des répondants dans la plupart des ÉSO (25/30) ont choisi la note 4 ou 5. Onze ÉSO ont vu  $\geq 80$  % de leurs répondants sélectionner l'une des deux plus hautes notes et, dans trois ÉSO, 100 % des répondants étaient tout à fait d'accord pour dire que les valeurs communes de leur organisme ou milieu de pratique sont compatibles avec celles des autres membres de l'ÉSO (note 5).

À la question n° 33, qui cherchait à savoir si le personnel de l'organisme ou du milieu de pratique du répondant avaient un fort sentiment d'appartenance à l'ÉSO, les notes obtenues sont relativement faibles (Figure 18); le score moyen pour l'ensemble des ÉSO est de 3,49 sur 5, avec un écart-type de 0,42. Toujours pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage des répondants ayant sélectionné 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord » varie de 18,8 % à 85,7 %, et au moins 50 % des répondants dans la plupart des ÉSO (20/30) ont sélectionné l'une des deux plus hautes notes. Une seule ÉSO a vu  $\geq 80$  % de ses répondants choisir l'option 4 ou 5.

**Figure 17. Répartition des réponses à l'élément de question « Les valeurs communes de votre organisme sont compatibles avec celles des autres membres de l'ÉSO », par ÉSO**



**Figure 18. Répartition des réponses à l'élément de question « Le personnel de votre organisme a un fort sentiment d'appartenance à votre ÉSO », par ÉSO**



## E. Discussion

La mesure des contextes et des capacités indispensables à la réussite de la mise en œuvre de soins intégrés au tout début de la formation des ÉSO permet d'évaluer leur « niveau de préparation à l'intégration » et de développer des stratégies ciblées de gestion du changement pour remédier aux domaines problématiques et tirer parti des points forts. Parmi la première cohorte d'ÉSO postulantes, les facteurs de réussite clés pour la prestation de soins intégrés présentant les niveaux de capacité des plus élevés sont les suivants :

- 1) **Engagement à l'amélioration** (moyenne = 4,15 sur 5) : domaine pour lequel le plus grand nombre d'ÉSO (19/30) ont obtenu  $\geq 80\%$  de réponses à « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » (4 ou 5). De nombreuses initiatives de soins intégrés réussies ont démontré que l'expertise en matière d'amélioration de la qualité était un facteur essentiel au développement des soins intégrés.<sup>8</sup> Cette constatation devrait être encourageante pour les ÉSO qui entrent en phase de mise en œuvre. À titre d'exemple, les deux citations ci-dessous témoignent de l'importance de l'amélioration de la qualité et des soins centrés sur le patient de l'initiative ÉSO. Ces citations viennent de deux participants d'ÉSO ayant obtenu une excellente note dans ce domaine :

*« En raison de l'engagement envers l'amélioration de la qualité et un système d'apprentissage actif, qui est l'un des engagements pris par le ministère et en lequel nous croyons certainement, je crois que nous avons besoin de données utilisables et disponibles rapidement afin de pouvoir les manipuler [...] » [trad.]*

*« [...] les gens ne poursuivent qu'un objectif, n'ont qu'une vision, et c'est vraiment axé sur le patient. » [trad.]*

- 2) **Environnement d'équipe** (moyenne = 4,08 sur 5) : un peu moins de la moitié des ÉSO (14/30) ont obtenu  $\geq 80\%$  de réponses à « plutôt d'accord/atteints pour la plupart » ou « tout à fait d'accord/complètement atteints » (4 ou 5). Les ÉSO ont une vision claire et réaliste, font preuve d'une attitude de coopération et de solidarité, s'engagent à respecter des normes élevées et à s'améliorer et appuyer l'innovation.<sup>14</sup> Comme en témoigne un participant d'une ÉSO ayant obtenu une excellente note dans ce domaine :

*« Je trouve que la collaboration avec des personnes avec lesquelles nous ne collaborons habituellement pas s'est déroulée de façon merveilleuse [...] ça a été tout simplement génial, cet engagement et cette volonté de travailler ensemble. » [trad.]*

- 3) **Gestion et administration** (moyenne = 3,99 sur 5) : dans ce domaine aussi, près de la moitié des ÉSO (14/30) ont obtenu  $\geq 80\%$  de réponses à « très bonne » ou « excellente » (4 ou 5). Le SOÉSO permet de saisir l'efficacité de la communication et de l'organisation des activités perçue par les membres des ÉSO. Lasker et al. suggèrent que les stratégies de communication et les mécanismes de coordination des activités de partenariat favorisent l'engagement significatif de multiples organismes indépendants au sein du partenariat.<sup>13</sup> Les participants de certaines ÉSO ont souligné l'importance de garantir des canaux de communication clairs et ouverts et de fournir une structure et une organisation à l'équipe. Dans certains cas, un membre précis de l'équipe s'en chargeait :

*« [...] Il s'assure que le tout fonctionne rondement. Et il nous a vraiment aidé à intensifier nos efforts [...] il est vraiment doué pour faire circuler l'information entre les partenaires, pour organiser des réunions. C'est une personne avec une grande écoute, qui essaie vraiment de soutenir les gens et de leur donner la parole [...] » [trad.]*



- 4) **Préparation au changement – Pertinence** (moyenne = 3,95 sur 5) : au moins 50 % des répondants dans toutes les ÉSO sauf une ont choisi l'option 4 ou 5; toutefois, ce qui est quelque peu inquiétant, seules quatre ÉSO sur 30 ont vu  $\geq 80$  % des répondants choisir 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord ». De nombreux répondants ont estimé que même si leur organisme en bénéficierait et qu'il en vaudrait la peine à long terme, ce changement ne leur faciliterait pas la tâche. En revanche, il est encourageant de constater que le score moyen de l'*Efficacité du changement* (c'est-à-dire la confiance en la capacité à apporter des changements) était très élevé, soit de 4,50 sur 5, avec un écart-type de 0,22. En outre, lorsqu'on leur a demandé de décrire l'attitude de leur organisme ou de leur milieu de pratique envers les changements, 78 % des répondants l'ont qualifiée d'innovatrice ou d'ouverte au changement. Les membres se sont dits engagés envers l'ÉSO et prêts à apporter les changements nécessaires pour améliorer les soins aux patients :

*« Je suis impliquée à fond dans ce projet et j'ai l'intention de continuer aussi longtemps que possible. Je désire accélérer le processus et voir des résultats. Je veux que le projet fonctionne et que les soignants aient plus de soutien pour faire leur travail. Nous sommes entourés de personnes talentueuses. Je veux que les patients reçoivent les soins qu'ils méritent et c'est pourquoi je m'implique. »* [trad.]

Il est intéressant de noter que même si les domaines *Engagement à l'amélioration*, *Environnement d'équipe* et *Gestion et administration* ont obtenu des scores élevés, il y a également des variations relativement importantes entre les ÉSO, ce qui signifie que certaines ÉSO ont obtenu des résultats nettement meilleurs que d'autres; ainsi, reproduire les pratiques de ces ÉSO performantes pourrait apporter de petites améliorations dans ces domaines. À l'inverse, bien que le score moyen du domaine *Préparation au changement* soit élevé, la variance entre les ÉSO est faible, ce qui indique des niveaux de préparation généralement semblables dans la plupart des ÉSO. Toutefois, il faudra dorénavant accorder une attention particulière à la motivation des professionnels et du personnel; lorsqu'il a été demandé aux répondants si les professionnels et le personnel de leur organisme ou milieu de pratique démontraient un fort sentiment d'appartenance à l'ÉSO, une note faible a été observée (moyenne = 3,49 et un écart-type relativement élevé de 0,42). Certains répondants ont parlé de la réticence du personnel de première ligne face au changement des descriptions de poste et à la perception d'une charge de travail accrue :

*« Il y a donc de la réticence de la part des membres de notre personnel, car ils ne comprennent pas ce qui se passe. Ils sont plus préoccupés par leur charge de travail quotidienne et leur capacité à gérer leur travail au jour le jour [...] En cherchant à modifier la structure, nous nous heurtons à beaucoup de réticence de la part de l'équipe. »* [trad.]

Evans et al. ont constaté que les trois capacités les plus importantes pour une mise en œuvre réussie des initiatives de soins intégrés Maillons Santé sont les suivantes : *Style de leadership*, *Préparation au changement* et *Engagement et leadership des cliniciens*.<sup>9</sup> Comme mentionné ci-haut, les scores moyens du domaine *Préparation au changement* étaient assez élevés dans la plupart des ÉSO.

Le domaine *Style de leadership* n'a pas obtenu un aussi bon score; son score moyen global de 3,86 s'est hissé au 6<sup>e</sup> rang sur les dix domaines qui constituent les facteurs de réussite essentiels des soins intégrés. Pour que les partenariats soient fructueux, il faut des dirigeants qui puissent *transcender les frontières*, tant de façon formelle qu'informelle, et soient capables de concilier des intérêts divers, de tisser des relations de confiance et de trouver un terrain d'entente lors de conflits.<sup>13</sup> Cependant, notre enquête révèle que seulement un tiers des ÉSO ont obtenu  $\geq 80$  % de réponses qualifiant leur leadership d'efficace (option 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord ») aux questions comprises dans le domaine *Style de leadership*. Certains dirigeants ont toutefois réussi à créer un milieu de travail sûr et à instaurer un climat de confiance, comme en témoigne cette citation :

*« Mais je pense qu'il y a suffisamment de respect autour de la table, et il y en a eu, pour que les gens soient entendus. C'est un environnement très sain dans lequel on peut échanger avec les autres. »* [trad.]

Le score moyen des deux éléments de question du domaine *Style de leadership* portant spécifiquement sur la confiance entre les membres de l'ÉSO était respectivement de 3,98 et 3,88 et seulement la moitié (15/30) et près d'un tiers (9/30) des ÉSO ont obtenu les réponses 4 « très bonne » ou 5 « excellente » à  $\geq 80\%$  aux deux éléments. Dans deux ÉSO, 100 % des répondants ont choisi les réponses 4 ou 5 aux deux questions. Les autres ÉSO auront besoin d'aide et devront saisir des occasions afin d'établir la confiance entre tous les membres. Ce soutien sera indispensable pour réussir à donner aux partenaires du secteur de la santé ou d'autres secteurs, aux patients et aux proches aidants la chance de travailler ensemble en tant qu'équipe coordonnée.

L'engagement des cliniciens, le troisième plus important facteur déterminant de réussite souligné par Evans et al., a été évalué dans le cadre de notre analyse documentaire et il a été constaté que la participation des fournisseurs de soins de première ligne n'était pas encore suffisante.<sup>19</sup> Ce domaine sera exploré de façon plus approfondie dans le cadre d'entretiens qualitatifs avec des représentants des ÉSO.

Sur les dix domaines servant à mesurer les facteurs essentiels de réussite des soins intégrés, sept comptent au moins une ÉSO dont  $\geq 80\%$  des répondants ont sélectionné la réponse 4 ou 5. *Intégration fonctionnelle et clinique*, *Ressources financières* et *Ressources non financières* sont les trois domaines pour lesquels aucune ÉSO n'a eu  $\geq 80\%$  des répondants qui ont choisi la réponse 4 ou 5 (« plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » au fait qu'ils partageaient des renseignements cliniques/outils de coordination et disposaient de la plupart ou de toutes les ressources nécessaires, respectivement). La moyenne et la variance de ces ÉSO dans ces domaines étaient sensiblement plus faibles par rapport aux autres domaines (3,26 et 0,03; 2,64 et 0,02; et 3,60 et 0,01, respectivement). La variance intra-ÉSO de *Ressources financières* et *Ressources non financières* était également relativement faible, ce qui suggère que dans l'ensemble, les répondants ont estimé que les ressources financières et ressources non financières faisaient défaut. *Intégration fonctionnelle et clinique*, bien qu'ayant très peu de variance entre les ÉSO, a présenté la variance intra-ÉSO la plus élevée de tous les dix domaines. Pour réussir, toutes les ÉSO devront étendre les capacités d'intégration fonctionnelle et clinique des partenaires à tous les membres. Au sein des ÉSO, certains partenaires partagent des outils de coordination clinique et des renseignements cliniques, mais ces capacités ne semblent pas être appliquées à tous les partenaires (autrement dit, il y a une grande variance intra-ÉSO).

Toutes les ÉSO peuvent encore s'améliorer. D'après un classement par score moyen, aucune ÉSO ne s'est classée au-dessus du 80<sup>e</sup> rang centile (top 6) dans tous les domaines. Seules cinq ÉSO ont vu  $\geq 80\%$  de leurs répondants choisir la réponse 4 ou 5 dans six des dix domaines évalués par le SOÉSO, tandis que neuf ÉSO n'ont atteint ce niveau dans aucun des domaines. Les ÉSO peuvent profiter de ressources telles que des guides de pratiques, des webinaires et balados, des ateliers et de l'encadrement pour s'améliorer. Les ÉSO manquent également de ressources financières pour faire les investissements nécessaires dans les solutions numériques en matière de santé, des portails d'information et les technologies qui permettraient de partager efficacement l'information entre les membres des ÉSO. Des investissements de la part du gouvernement seront nécessaires pour aider les ÉSO à développer ces capacités qui se sont avérées être des bases essentielles pour améliorer les soins intégrés (pour les populations cibles des ÉSO, par exemple) et, en fin de compte, pour améliorer la gestion de la santé de la population.

## F. Conclusions et implications

Les initiatives de soins intégrés se développent avec le temps. Minkman soutient que ces initiatives débutent par une phase de lancement et de conception, puis poursuivent vers une phase d'exécution et d'expérimentation ; vient ensuite l'expansion et le suivi, puis, à maturité, l'initiative se consolide et se transforme.<sup>20</sup> Les résultats de notre sondage illustrent la première phase du parcours de l'Ontario pour la transformation des soins cloisonnés en soins intégrés.

De façon générale, la première cohorte d'ÉSO candidates a obtenu une note très élevée dans les domaines *Engagement à l'amélioration*, *Environnement d'équipe* et *Gestion et administration*. Toutefois, la variation substantielle des scores pour l'ensemble des ÉSO et entre elles par rapport aux scores intra-ÉSO suggère que les mesures d'aide dans ces domaines peuvent être dirigées vers les ÉSO dont les scores moyens se situent au bas de l'échelle. Inversement, bien que le domaine *Préparation au changement* ait obtenu un score moyen assez élevé, il présente l'une des variabilités inter-ÉSO les plus faibles, suggérant que la première cohorte d'ÉSO postulantes est largement convaincue que ce changement sera bénéfique.

Bien que le domaine *Style de leadership* n'ait pas un score aussi élevé, les deux éléments de question portant précisément sur la confiance des membres des ÉSO présentent des scores moyens semblables à ceux des deux meilleurs domaines (3,98 et 3,88). Cette constatation est encourageante, étant donné que la confiance est considérée comme un fondement essentiel d'un partenariat réussi pour offrir des soins intégrés en contexte de systèmes pluriorganisationnels complexes. Cependant, puisqu'il n'y a qu'un tiers des ÉSO dont  $\geq 80\%$  de leurs membres ont qualifié leur leadership d'efficace, des efforts sont nécessaires dans la majorité des ÉSO pour produire des leaders capables de bâtir des ponts, de concilier des intérêts divers, de tisser des relations de confiance et de trouver un terrain d'entente lors de conflits.<sup>13</sup>

Des *Ressources financières* et des *Ressources non financières* et une meilleure *Intégration fonctionnelle et clinique* sont nécessaires pour que toutes les ÉSO soient dans la meilleure position possible pour réussir dans un partenariat de soins intégrés. Toutes les ÉSO peuvent encore s'améliorer au fur et à mesure qu'elles cheminent et mettent en œuvre leur initiative. Des ressources telles que du financement gouvernemental sont nécessaires. Du soutien, sous forme de guides de pratiques, de webinaires et balados, d'ateliers et d'encadrement, est déjà offert pour aider les ÉSO dans leur développement.

À ce stade précoce de l'initiative, il est encourageant de voir à quel point les membres de la première cohorte d'ÉSO postulantes sont engagés et positifs malgré un délai aussi court pour répondre et à quel point ils ont déployé d'énergie dans cette initiative. Il sera toutefois important de réévaluer les équipes dans plusieurs de ces domaines afin de déterminer si leur confiance, leur attitude et leur engagement restent les mêmes lors de la mise en œuvre de la première année de leur plan de prestation de soins intégrés à leur population cible.

## Références

1. Cash-Gibson L, Rosenmoller M. (2014). Project INTEGRATE – a common methodological approach to understand integrated health care in Europe. *International journal of integrated care*, 14:e035-e35. doi : 10.5334/ijic.1980
2. Kassianos AP, Ignatowicz A, Greenfield G, et al. (2015). "Partners rather than just providers...": A qualitative study on health care professionals' views on implementation of multidisciplinary group meetings in the North West London Integrated Care Pilot. *International journal of integrated care*, 15:e032-e32. doi : 10.5334/ijic.2019
3. Ling T, Brereton L, Conklin A, et al. (2012). Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *International journal of integrated care*, 12:e129-e29. doi : 10.5334/ijic.982
4. Lyngsø AM, Godtfredsen NS, Høst D, et al. (2014). Instruments to assess integrated care: a systematic review. *International journal of integrated care*, 14:e027-e27.
5. Curry N, Ham C. (2010). Clinical and service integration: the route to improved outcomes. Dans : *Fund TKs*, ed. London.
6. Friedman L, Goes J. (2001). Why integrated health networks have failed. *Frontiers of Health Services Management*, 17(4):3-28.
7. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, et al. (1993). Conceptualizing and measuring integration: Findings from the health systems integration study. *Hospital & Health Services Administration*, 38(4):467.
8. GR B, WP W, J S, et al. (2019). How can organizations implement integrated care? A practice guide. Toronto : Health System Performance Research Network.
9. Evans JM, Grudniewicz A, Baker GR, et al. (2016). Organizational Context and Capabilities for Integrating Care: A Framework for Improvement. *International journal of integrated care*, 16(3):15-15. doi : 10.5334/ijic.2416
10. Evans JM, Grudniewicz A, Baker GR, et al. (2016). Organizational Capabilities for Integrating Care: A Review of Measurement Tools. *Evaluation & the Health Professions*, 39(4):391-420. doi : 10.1177/0163278716665882
11. Evans JM, Grudniewicz A, Gray CS, et al. (2017). Organizational Context Matters: A Research Toolkit for Conducting Standardized Case Studies of Integrated Care Initiatives. *Int J Integr Care*, 17(2):9. doi : 10.5334/ijic.2502 [première publication en ligne : 04/10/2017]
12. Riggs E, Block K, Warr D, et al. (2013). Working better together: new approaches for understanding the value and challenges of organizational partnerships. *Health Promotion International*, 29(4):780-93. doi : 10.1093/heapro/dat022
13. Lasker RD, Weiss ES, Miller R. (2001). Partnership Synergy: A Practical Framework for Studying and Strengthening the Collaborative Advantage. *The Milbank Quarterly*, 79(2):179-205. doi : 10.1111/1468-0009.00203
14. Kivimaki M, Elovainio M. (1999). A short version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(2):241-46. doi : 10.1348/096317999166644
15. Holt DT, Armenakis AA, Feild HS, et al. (2007). Readiness for Organizational Change: The Systematic Development of a Scale. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 43(2):232-55. doi : 10.1177/0021886306295295
16. Development of a measure of network integration and its application to evaluate the success of mandated local health networks in Quebec. Canadian Association of Health Services Policy and Research (CAHSPR); 2002.

17. Weiss ES, Anderson RM, Lasker RD. (2002). Making the Most of Collaboration: Exploring the Relationship Between Partnership Synergy and Partnership Functioning. *Health Education & Behavior*, 29(6):683- 98. doi : 10.1177/109019802237938
18. Tremblay D, Touati N, Roberge D, et al. (2016). Understanding cancer networks better to implement them more effectively: a mixed methods multi-case study. *Implementation Science*, 11(1):39. doi : 10.1186/s13012-016-0404-8
19. S.L. S, R.E. H, G.E. E, et al. (2020). Ontario Health Team Central Evaluation – Formative Evaluation: Document Analysis. Dans : *Network HSP*, ed. Toronto, ON.
20. Minkman M. (2016). The Development Model for Integrated Care: a validated tool for evaluation and development. *Journal of Integrated Care*, 24(1):38-52. doi : 10.1108/JICA-01-2016-0005

## Annexe A – Analyse factorielle du SOÉSO

Domaine	Question	Texte	Saturation factorielle	Coefficient alpha de Cronbach sans la question
Style de leadership	18	Favoriser l'autonomisation des personnes/membres impliqués dans l'ÉSO.	0,905	0,927
	19	Communiquer la vision de l'ÉSO.	0,816	0,942
	20	Créer un environnement où les différences d'opinion peuvent être exprimées.	0,901	0,929
	21	Encourager l'ÉSO à être créative et à envisager les choses différemment.	0,89	0,93
	22	Promouvoir le respect, la confiance et l'inclusion parmi les membres de l'ÉSO.	0,891	0,931
			Coefficient alpha de Cronbach du domaine	0,945
Vision commune	3	Élaborer les objectifs qui sont bien compris et soutenus par les membres.	0,816	0,865
	4	identifier les façons dont les différentes organismes ou programmes communautaires pourraient aider.	0,792	0,87
	5	Répondre aux besoins et aux problèmes de la collectivité.	0,807	0,867
	6	Inclure les perspectives et les priorités des personnes touchées par les travaux de l'ÉSO.	0,783	0,871
	7	Obtenir le soutien des individus et des organismes de la collectivité.	0,759	0,875
			Coefficient alpha de Cronbach du domaine	0,893
Environnement d'équipe	15	Nous sommes prêts à remettre en question les bases du travail de l'équipe.	0,772	0,887
	16	Nous évaluons de manière critique les faiblesses potentielles de la planification de notre ÉSO.	0,825	0,879
	17	Les membres de l'ÉSO s'inspirent des idées des autres.	0,895	0,868
	39	Nous adoptons une attitude « d'être tous logés à la même enseigne ! »	0,77	0,883
	40	Nous prenons le temps nécessaire pour développer de nouvelles idées.	0,754	0,885
	41	Croyez-vous que les objectifs de votre ÉSO pourront être atteints?	0,645	0,9
			Coefficient alpha de Cronbach du domaine	0,902
Intégration fonctionnelle et clinique	12	Nous partageons des outils de coordination clinique.	0,752	
	13	Nous échangeons de l'information clinique entre partenaires.	0,752	
			Coefficient alpha de Cronbach du domaine	0,805
Préparation au changement – Pertinence	34	Je crois que ce changement sera bénéfique à mon organisme/milieu de pratique.	0,871	0,586
	35	Ce changement rendra mon rôle plus facile.	0,521	0,825
	36	Je crois qu'il m'en vaudra la peine si l'organisme adoptait ce changement.	0,812	0,62
			Coefficient alpha de Cronbach du domaine	0,758

Domaine	Question	Texte	Saturation factorielle	Coefficient alpha de Cronbach sans la question
Engagement à l'amélioration	8	Nous avons une vision commune quant à la façon d'améliorer l'intégration des soins.	0,722	0,677
	11	Nous sommes convenus de nous partager la responsabilité d'améliorer les résultats pour les patients.	0,868	0,595
	14	Nous nous sommes servis de données afin de cerner les améliorations possibles pour notre (nos) population(s) cible(s).	0,591	0,77
			Coefficient alpha de Cronbach du domaine	0,764
Rôles et responsabilités	9	Nous comprenons notre rôle en entreprenant la responsabilité de la population locale.	0,839	
	10	Nous comprenons notre rôle dans la coordination des soins.	0,839	
			Coefficient alpha de Cronbach du domaine	0,881
Gestion et administration	23	Communiquer entre les membres.	0,86	
	24	Organiser des activités des membres de l'ÉSO, y compris les réunions et des projets.	0,86	
			Coefficient alpha de Cronbach du domaine	0,898
Ressources financières et autres ressources en matériel	29	De l'argent	0,627	
	30	Des outils et des technologies	0,627	
			Coefficient alpha de Cronbach du domaine	0,683
Ressources non financières	25	Des compétences et de l'expertise	0,705	0,755
	26	Des données et de l'information	0,773	0,735
	27	La capacité d'identifier des patients particuliers qui répondent aux critères de la population cible et de mener des interventions.	0,725	0,745
	28	Des connexions avec des décideurs politiques, des agences gouvernementales, etc.	0,629	0,782
			Coefficient alpha de Cronbach du domaine	0,803



## Annexe B – Répartition des réponses au SOÉSO par élément de question

Question	Texte	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
3	Élaborer les objectifs qui sont bien compris et soutenus par les membres.	0,5	2,7	21,6	51,5	23,7
4	Identifier les façons dont les différents organismes ou programmes communautaires pourraient aider.	0,5	4	30	49,9	15,6
5	Répondre aux besoins et aux problèmes de la collectivité.	0,1	4,8	30,6	51	13,4
6	Inclure les perspectives et les priorités des personnes touchées par les travaux de l'ÉSO.	0,7	7,6	26	50,2	15,5
7	Obtenir le soutien des individus et des organismes de la collectivité.	0,6	6	27,9	51,1	14,4
8	Nous avons une vision commune quant à la façon d'améliorer l'intégration des soins.	0,6	3	12,3	36,7	47,4
9	Nous comprenons notre rôle en entreprenant la responsabilité de la population locale.	0,7	5,4	18,1	44,2	31,6
10	Nous comprenons notre rôle dans la coordination des soins.	0,6	7,6	26	41,4	24,4
11	Nous sommes convenus de nous partager la responsabilité d'améliorer les résultats pour les patients.	1	2,7	14,3	34,9	47
12	Nous partageons des outils de coordination clinique.	2,9	18,1	37,2	30,5	11,3
13	Nous échangeons de l'information clinique entre partenaires.	3	20,6	36,5	29,9	9,9
14	Nous nous sommes servis de données afin de cerner les améliorations possibles pour notre (nos) population(s) cible(s).	0,6	7,5	21,1	40	30,8
15	Nous sommes prêts à remettre en question les bases du travail de l'équipe.	1,3	4,7	21,3	34,4	38,3
16	Nous évaluons de manière critique les faiblesses potentielles de la planification de notre ÉSO.	1,1	7,8	22,4	39,8	28,8
17	Les membres de l'ÉSO s'inspirent des idées des autres.	0,8	3,2	16,1	31,4	48,6
18	Favoriser l'autonomisation des personnes/membres impliqués dans l'ÉSO.	2	7,1	21,1	41,6	28,3
19	Communiquer la vision de l'ÉSO.	1,9	10,5	22,9	33,1	31,6
20	Créer un environnement où les différences d'opinion peuvent être exprimées.	2,7	8,1	22,1	32,2	34,9
21	Encourager l'ÉSO à être créative et à envisager les choses différemment.	2,2	11,8	22,1	38,1	25,9
22	Promouvoir le respect, la confiance et l'inclusion parmi les membres de l'ÉSO.	3	7,6	18,1	30,9	40,5
23	Communiquer entre les membres.	1,6	9	20,3	37,4	31,6
24	Organiser des activités pour des membres de l'ÉSO, y compris les réunions, des projets.	1,7	6,7	14,2	35,4	42,1
25	Des compétences et de l'expertise	0,6	2	31,9	56,7	8,8
26	Des données et de l'information	0,8	5,9	55,5	32,5	5,4
27	La capacité d'identifier des patients particuliers qui répondent aux critères de la population cible et de mener des interventions.	0,6	3,4	37	45,4	13,5
28	Des connexions avec des décideurs politiques, des agences gouvernementales, etc.	1,3	5,3	38,8	37,5	17,1
29	De l'argent	14,4	31,7	47,3	6,1	0,6
30	Des outils et des technologies	5,3	25	53,1	14,5	2,2
31	L'attitude de l'organisme ou milieu de pratique envers les changements	0,7	17,2	37,7	44,5	0



Question	Texte	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
32	Les VALEURS communes de votre organisme/milieu de pratique sont compatibles avec celles des autres membres de votre ÉSO.	0,3	1	5,2	24,9	68,4
33	Le PERSONNEL de votre organisme a un fort sentiment d'appartenance à votre ÉSO.	3,4	12,3	31,9	36,8	15,5
34	Je crois que ce changement sera bénéfique à mon organisme/milieu de pratique.	1,9	3,6	10,7	31,8	51,9
35	Ce changement rendra mon rôle plus facile.	3,6	36	21,6	27	11,9
36	Je crois qu'il m'en vaudra la peine si l'organisme adoptait ce changement.	1,3	2,1	8,7	27,4	60,5
37	J'ai les compétences nécessaires pour que ce changement soit efficace.	0,4	0,9	7,1	31,5	60,1
38	Ce changement perturbera plusieurs rapports professionnels que j'ai établis.	24,2	48,5	12,6	12	2,7
39	Nous adoptons une attitude « d'être tous logés à la même enseigne ! »	1,5	3,1	11,7	25,6	58,2
40	Nous prenons le temps nécessaire pour développer de nouvelles idées.	1,4	4,1	21,4	36,8	36,3
41	Croyez-vous que les objectifs de votre ÉSO pourront être atteints?	0	3,7	23,1	47,1	26,1

## Annexe C – Estimations de régression multiniveaux et comparaisons par paire avec le type d'organisme directeur et de zone géographique

	Style de leadership	Vision commune	Environnement d'équipe	Intégration fonctionnelle et clinique	Préparation au changement – Pertinence	Engagement à l'amélioration	Rôles et responsabilités	Gestion et administration	Res-sources financières et matérielles	Res-sources non financières
<b>Estimations de régression</b>										
Ordonnée	3,74***	3,77***	4,03***	3,28***	3,79***	3,99***	3,77***	3,87***	2,43***	3,48***
Dirigée par un hôpital (1 = oui, 0 = non)	0,19	0,14	0,03	0,05	0,14	0,22	0,30	0,27	0,17	0,243*
Zone géographique (1 = urbaine, 0 = rurale)	0,03	-0,04	0,01	-0,01	0,11	0,15	0,10	-0,16	0,26	0,01
Hôpital * Zone géographique	-0,09	-0,15	0,01	-0,15	-0,10	-0,20	-0,31	0,07	-0,19	-0,11
<b>Paramètres des effets aléatoires</b>										
ÉSO										
Variance (ordonnée)	-0,73***	-1,29***	-1,04***	-1,75***	-2,04***	-1,03***	-1,27***	-0,73***	-2,13***	-2,56***
Variance (résiduelle)	-0,17***	-0,47***	-0,39***	-0,11***	-0,22***	-0,41***	-0,20***	-0,18***	-0,33***	-0,53***
<b>Comparaisons (différences) entre le type d'organisation directrice et la zone géographique</b>										
Hôpital vs Communautaire	0,15	0,07	0,04	-0,03	0,09	0,12	0,15	0,30	0,08	0,19**
Urbaine vs Rurale	-0,02	-0,12	0,02	-0,09	0,06	0,05	-0,06	-0,12	0,17	-0,04
<b>Comparaisons (différences) entre toutes les combinaisons de type d'organisation directrice et de zone géographique</b>										
Communautaire Urbaine vs Communautaire Rurale	0,03	-0,04	0,01	-0,01	0,11	0,15	0,10	-0,16	0,26	0,01
Hôpital Rurale vs Communautaire Rurale	0,19	0,14	0,03	0,05	0,14	0,22	0,30	0,27	0,17	0,24
Hôpital Urbaine vs Communautaire Rurale	0,13	-0,05	0,06	-0,11	0,15	0,17	0,09	0,18	0,25	0,14
Hôpital Rurale vs Communautaire Urbaine	0,16	0,19	0,02	0,06	0,03	0,06	0,21	0,42	-0,09	0,23
Hôpital Urbaine vs Communautaire Urbaine	0,10	0,00	0,04	-0,10	0,04	0,02	0,00	0,33	-0,02	0,13
Hôpital Urbaine vs Hôpital Rurale	-0,06	-0,19	0,02	-0,16	0,01	-0,04	-0,21	-0,09	0,07	-0,10

Notes : \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001. Valeurs p ajustées avec la correction de Bonferroni pour les comparaisons multiples