

Évaluation centrale des équipes Santé Ontario

Évaluation formative

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

Nusrat Shabnam Nessa
Ruth E. Hall
Walter P. Wodchis

Avril 2021

© Health System Performance Network, 2021

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.

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

Affiliations

Nusrat Shabnam Nessa, MPH – HSPN, Université de Toronto

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

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 Kevin Walker pour avoir créé le plan d'analyse et le modèle de rapport lesquels nous ont permis de communiquer les résultats de la deuxième cohorte efficacement.

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

Nessa NS, Hall RE, & Wodchis WP. *Les Conclusions du Sondage sur l'organisation des ÉSO : Les Résultats de la deuxième cohorte d'ÉSO*. Toronto, ON : Health System Performance Network. 2021.

ISBN 978-1-990477-06-5 (en ligne)

Il est possible de consulter ce document en ligne sur le site at 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 deuxième 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 de la deuxième cohorte 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 deuxième cohorte de postulants au titre d'ÉSO et les compare à la première cohorte.

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. Objectives	8
C. Méthodologie	9
C.1 Outil de sondage.....	9
C.3 Échantillon du sondage.....	10
C.4 Collecte des données.....	10
C.5 Analyses statistiques.....	10
D. Results.....	11
D.1 Les répondants au Sondage sur l'organisation des équipes Santé Ontario (SOÉSO)	11
D.3 Résultats du SOÉSO	12
Style de leadership.....	15
Vision commune.....	18
Intégration fonctionnelle et clinique.....	20
Préparation au changement.....	21
Engagement à l'amélioration	24
Rôles et responsabilités.....	25
Gestion et administration	26
Ressources financières et autres ressources en capital	27
Ressources non financières.....	28
Autres éléments de question du SOÉSO	29
E. Discussion.....	32
F. Conclusions et implications.....	34
Références.....	35
Annexe A – Distributions des réponses aux questions du SOÉSO	37
Annexe B – Estimations de régression multiniveaux et comparaisons par paire avec le type d'organisme directeur et de zone géographique.....	39

Liste des figures

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

Sommaire

Le présent rapport contient les résultats du *Sondage sur l'organisation des équipes Santé Ontario* (SOÉSO) effectué auprès de la deuxième 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. De plus, il compare ces résultats à ceux de la première cohorte de postulants au titre d'ÉSO.

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 (la première cohorte « d'ÉSO postulantes »). En septembre 2020, 17 ÉSO postulantes ont été invitées à soumettre une demande complète, desquelles 15 en ont soumis (c.-à-d. la deuxième cohorte d'ÉSO postulantes).

Le SOÉSE reflète 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 mené auprès de la deuxième cohorte de décembre 2020 à février 2021. 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=402).

Les résultats reposent sur 249 répondants (taux de participation de 63 %) avec en moyenne 26 répondants par OHT (moyenne de participation de 70% pour l'ensemble des ÉSO). La plupart des répondants au sondage (~74 %) occupaient un poste de direction ou de haute direction. Dix 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 = 3,96) ;
- *Préparation au changement - Pertinence* (moyenne = 3,94) ;
- *Environnement d'équipe* (moyenne = 3,89).

Par ailleurs, comme fut le cas dans la première cohort, la plupart des répondants de la deuxième cohorte 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 :

- *Ressources financières et autres ressources en capital* (moyenne = 2,69) ;
- *Intégration fonctionnelle et clinique* (moyenne = 3,15) ;
- *Ressources non financières* (moyenne = 3,54).

Comme nous avons constaté avec la première cohorte, 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. Les hauts scores des domaines *Engagement à l'amélioration* au sein des ÉSO (moyenne = 3,96), *Préparation au changement - Pertinence* (moyenne = 3,94) et *Environnement d'équipe* (moyenne = 3,89) avaient le plus de variation entre les ÉSO qu'à l'intérieur des ÉSO elles-mêmes. Cela suggère que certaines ÉSO de la deuxième cohorte auront besoin de faire plus d'efforts et d'obtenir plus de soutien.

Comme la première cohort, *Engagement à l'amélioration* et *Environnement d'équipe* étaient classés parmi les trois premiers domaines, bien que la deuxième cohorte avait des scores moyennes légèrement plus basses. Comparée à la première cohorte, la variation entre les ÉSO de la deuxième cohorte était beaucoup plus basse mais bien plus haute au sein des ÉSO.

Pour les domaines d'*Intégration fonctionnelle et clinique* (moyenne = 3,15) et *Ressources financières et autres ressources en capital* (moyenne = 2,69), la variabilité des réponses au sein des ÉSO était relativement élevé, 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^e percentile dans tous les dix domaines. Parcontre, une ÉSO avait ≥ 80 % de ces répondants qui ont sélectionné l'option 4 ou 5 pour huit des dix domaines.
- Comme la première cohorte, la deuxième 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.
- Comme nous avons constaté avec la première cohorte, 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 cible ainsi que de déterminer si les soutiens financiers et non financiers récemment apporté par le gouvernement ont favorisé la mise en œuvre.

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.¹⁻⁸ 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.⁹

Le Cadre du contexte et des capacités pour intégrer les soins (CCIC ; *Context and Capabilities for Integrating Care Framework*)⁹ 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.⁹ 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.⁹ 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*.⁹

La boîte à outils du CCIC^{10, 11} 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. Objectives

Les objectifs du sondage étaient de décrire et de comparer les facteurs de réussite clés pour la mise en œuvre de soins intégrés des 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 Outil de sondage

L'élaboration du *Sondage sur l'organisation des équipes Santé Ontario (SOÉSO)* a été décrite dans notre premier rapport sur les résultats de la première cohorte d'ÉSO.¹² Le SOÉSO comporte 42 éléments de questions servant à mesurer dix domaines préalablement validés. Huit de ces domaines concourent 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*.⁹ 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 l'*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 ¹	Ressources non financières ¹⁴	Ressources non financières (4)
STRUCTURES DE BASE	Ressources ¹ ; technologies de l'information ¹	Ressources financières et autres ressources en capital ¹⁴	Ressources financières et autres ressources en capital (2)
STRUCTURES DE BASE	Structure organisationnelle et de réseau	Gestion et administration ¹⁴	Gestion et administration (2)
PERSONNES ET VALEURS	Style de leadership ¹	Leadership ¹⁴	Style de leadership (5)
PERSONNES ET VALEURS	Engagement à l'apprentissage ; culture du réseau ¹ ; Prestation de soins ¹	Environnement d'équipe ¹⁵	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 ¹	Pertinence ; efficacité du changement ; avantages sur le plan personnel ¹⁶	Préparation au changement : pertinence (3), efficacité du changement (1), avantages sur le plan personnel (1)
PERSONNES ET VALEURS ; PROCESSUS CLÉS	Partenariat ¹ ; culture du réseau ¹	Synergie ¹⁴	Vision commune (5)
PERSONNES ET VALEURS ; PROCESSUS CLÉS	Partenariat ¹ ; culture du réseau ¹	Orientations partagées ¹⁷	Rôles et responsabilités (2)
PROCESSUS CLÉS	Prestation de soins ¹	Intégration ¹⁷	Intégration fonctionnelle et clinique (2)

¹ 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.¹³ 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 = 15) 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 402 personnes ; la moyenne de personnes par ÉSO était de 26, avec un écart allant de 4 à 81 personnes.

C.4 Collecte des données

La collecte des données a débuté à la mi-décembre 2020 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 fin du mois de février 2021 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 était disponible en anglais et en français. 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.

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. 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 ≥ 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. Results

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. Presque trois quart des répondants de la deuxième cohorte (73,9 %) occupaient un poste de haute direction et comme la première cohorte, cette groupe composait la majorité des répondants au sondage. Comparée à 14,8 % dans la première cohorte, dans la deuxième cohorte, 10 % des répondants étaient des cliniciens. À part deux personnes, ces derniers étaient tous des médecins. Semblable à la première cohorte, il y avait un petit nombre de patients, de proches aidants et d'autres rôles (par exemple, membre du conseil, représentant communautaire, membre de faculté universitaire, etc.) Tous les questionnaires étaient remplis en anglais.

Plus de la moitié des répondants de la deuxième cohorte venaient d'organismes de soutien communautaire (52,2 %) et 27,3 % venaient de cliniques de soins de première ligne. Les organismes de soins à domicile et de soins de longue durée comptaient respectivement pour 7,6 % et 6,4 % des répondants au sondage. Les répondants des hôpitaux, du domaine de la santé publique et Conseil consultatif des patients et des familles furent aussi les moins fréquents.

Comparée à la première cohorte, la proportion des répondants qui venaient d'organismes de soutien communautaire dans la deuxième cohorte était presque doublée (52,2 % vs. 36,7 %) tandis que ceux qui venaient d'organismes de soins à domicile et de soins de longue durée étaient la moitié (7,6 % et 6,4 % vs. 15,0 % et 11,3 %). Parmi les secteurs les moins représentés, la proportion de répondants venant des hôpitaux psychiatriques pour patient hospitalisé et des hôpitaux de réadaptation ou de soins prolongés complexes était plus haute dans la deuxième cohorte comparée à la première cohorte. Il y avait peu de différences entre les deux cohortes dans les proportions de répondants qui venaient d'hôpitaux de soins de courte durée, d'organismes de santé publique et de Conseil consultatif des patients et des familles. Il y avait moins de répondants provenant de d'autres types d'organisme dans la deuxième cohorte comparée à la première.

Tableau 2. Nombres de répondants par rôles et types d'organismes représentés dans la 2^{ième} cohorte (N = 249) et la 1^{ère} cohorte (N = 480)

Caractéristiques	Fréquence (% de répondants)	
	C2	C1
Rôle actuel		
Président(e)-directeur(trice) général(e), président(e) ou directeur(trice) administratif(ve)	157 (63,1)	257 (53,5)
Autre poste de cadre supérieur (chef des opérations, dirigeant(e) principal(e) des finances, vice-président(e), médecin-chef)	27 (10,8)	68 (14,2)
Administrateur(rice), gestionnaire principal, directeur(rice) des soins	22 (8,8)	58 (12,1)
Médecin ou autre rôle clinique	25 (10,0)	71 (14,8)
Patient/proche aidant	8 (3,2)	15 (3,1)
Autre	10 (4,0)	11 (2,3)
Type d'organisme représenté		
Clinique de soins de première ligne	68 (27,3)	149 (31,0)
Hôpital de soins de courte durée	18 (7,2)	39 (8,1)
Hôpital psychiatrique pour patient hospitalisé	10 (4,0)	6 (1,3)
Hôpital de réadaptation ou de soins prolongés complexes	11 (4,4)	14 (2,9)
Soins de longue durée	16 (6,4)	54 (11,3)
Soins à domicile	19 (7,6)	72 (15,0)
Santé publique	6 (2,4)	13 (2,7)
Services de soutien communautaire (y compris les services en matière de santé mentale et de dépendances)	130 (52,2)	176 (36,7)
Conseil consultatif des patients et des familles	10 (4,0)	16 (3,3)
Autre ¹	21 (8,4)	77 (16,0)

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

N.B. C1 = 1^{ère} Cohorte ; C2 = 2^{ième} Cohorte.

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

Des 402 personnes de la deuxième cohorte qui ont été invitées à remplir le SOÉSO, 249 d'entre eux l'ont rempli, ce qui donne un taux de réponse de 63 %. Au niveau des ÉSO, le taux de réponse moyen est de 70 %, avec un écart allant de 40 % à 100 %. Presqu'un quart des ÉSO de la deuxième cohorte ont atteint un taux de réponse de 80 % et trois d'entre elles ont obtenu un taux de plus de 90 %. Les taux de réponse peuvent être consultés au tableau 3.

Le taux de réponse de la deuxième cohorte était identique à la première cohorte (63 %), mais avec moins de variation pour l'ensemble des ÉSO dans la deuxième cohorte (40 % à 100 % vs. 27 % à 100 %). Comparé à la première cohorte, la moyenne pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte était plus basse (70 % vs. 77 %) et seulement quatre des 15 ÉSO un taux de réponse de plus de 80 %. La première cohorte avait presque la moitié (14/30) des ÉSO atteint un taux de réponse de plus de 80 %.

Le taux d'achèvement moyen parmi les 249 répondants est de 97,5 %, avec un écart allant de 72,7 % à 100 %. Le pourcentage moyen de valeurs hors échelle (c.-à-d. « Sans objet » ou « Je ne sais pas ») parmi les questions du sondage est de 2,3 %, avec un écart allant de 0 % à 18,9 %. Le pourcentage moyen de valeurs manquantes parmi les questions du sondage est de 0,5 %, avec un écart allant de 0 % à 2,4 %. Le plus grand nombre de non-réponses est attribué à la question 29, qui demandait si les ressources financières (argent) à la disposition de l'ÉSO étaient suffisantes. De plus, le plus grand nombre de valeurs manquantes est attribué à la question 13 qui demandait si les fournisseurs échangeaient de l'information clinique entre partenaires.

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

ÉSO ¹	Taux de réponse	ÉSO ¹	Taux de réponse
ÉSO 31	69 %	ÉSO 39	45 %
ÉSO 32	100 %	ÉSO 40	94 %
ÉSO 33	40 %	ÉSO 41	61 %
ÉSO 34	59 %	ÉSO 42	65 %
ÉSO 35	73 %	ÉSO 43	89 %
ÉSO 36	67 %	ÉSO 44	68 %
ÉSO 37	52 %	ÉSO 45	100 %
ÉSO 38	73 %	Taux global	
		(Moyenne pour toutes les réponses / moyenne pour l'ensemble des ÉSO)	63 % / 70 %

¹ Un chiffre de 31 à 45 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 3,96 sur 5), *Préparation au changement – Pertinence* (moyenne de 3,94 sur 5) et *Environnement d'équipe* (moyenne de 3,89 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 2,69 et 3,54).

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 = 0,00), *Préparation au changement – Pertinence* (CCI = 0,00), *Rôles et responsabilités* (CCI = 0,00) et *Engagement à l'amélioration* (CCI = 0,02). Les variances les plus élevées entre les ÉSO par rapport à la variance totale se retrouvent dans les domaines *Gestion et administration* (CCI = 0,18), *Ressources financières et autres ressources en capital* (CCI = 0,14) et *Style de leadership* (CCI = 0,11). Veuillez voir le Tableau 4 pour consulter les statistiques sommaires de tous les domaines.

Les ÉSO urbaines ont obtenu des scores statistiquement nettement plus faibles pour le domaine de la *Gestion et administration* (c.-à-d. la communication) ($p < 0,05$) comparé à celles situées dans des petites collectivités/rurales. 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 B pour consulter les estimations complètes de régression et de contraste.

Les figures 1a et b montrent que, comparée à la première cohorte, les ÉSO de la deuxième cohorte situées dans des zones urbaines/périurbaines avec des organismes directeurs non hospitalier avaient les scores moyens les plus faibles dans tout les domaines sauf pour *Ressources financières et autres ressources en capital* et *Ressources non financières*. Sinon, la moyenne générale, le 90^e rang centile et les scores moyens des autres type d’ÉSO étaient similaires entre les deux cohortes.

Figure 1. Moyenne générale des ÉSO postulantes, 90^e rang centile et scores moyens par type d’organisme directeur et de zone géographique, par domaine du SOÉSO

A: 2^{ième} cohorte



B: 1^{ère} cohorte

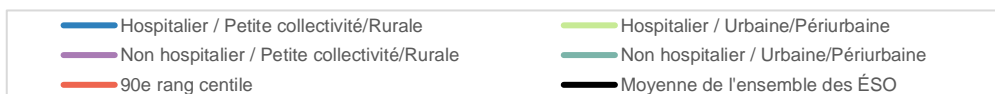
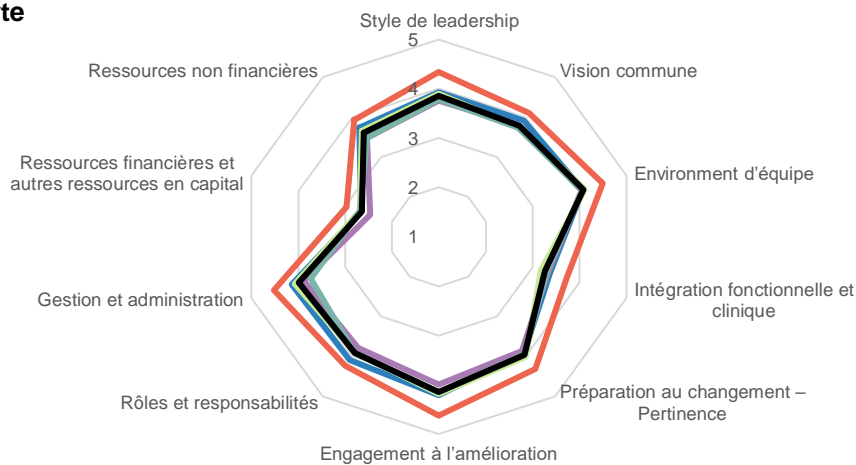


Tableau 4. Comparaison des statistiques sommaire des domaines du SOÉSO de la 2^{ième} cohorte d'ÉSO (N = 15) à la 1^{ère} cohorte d'ÉSO (N = 30)

Domaine	Moyenne des ÉSO (écart type)		% des réponses à 4 ou 5 ¹ pour l'ensemble des ÉSO (écart)		% d'ÉSO avec ≥ 50 % de réponses à 4 ou 5 ¹		% d'ÉSO avec ≥ 80 % de réponses à 4 ou 5 ¹		Variance entre les ÉSO		Variance au sein des ÉSO		Variance totale		CCI	
	C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1
Style de leadership	3,69 (0,59)	3,86 (0,54)	61,4 % (16,0 % - 90,0 %)	67,4 % (10,6 % - 100 %)	73,3 %	86,7 %	13,3 %	33,3 %	0,11	0,24	0,92	0,71	1,03	0,95	0,11	0,25
Vision commune	3,68 (0,39)	3,78 (0,33)	59,8 % (8,0 % - 90,0 %)	67,3 % (21,3 % - 96,7 %)	80,0 %	90,0 %	6,7 %	20,0 %	0,04	0,08	0,47	0,39	0,51	0,47	0,08	0,17
Environnement d'équipe	3,89 (0,48)	4,08 (0,40)	68,7 % (16,7 % - 95,8 %)	75,2 % (32,2 % - 95,2 %)	93,3 %	90,0 %	20,0 %	46,7 %	0,06	0,13	0,59	0,46	0,64	0,59	0,09	0,21
Intégration fonctionnelle et clinique	3,15 (0,44)	3,26 (0,31)	37,1 % (6,3 % - 81,3 %)	40,9 % (14,9 % - 75 %)	13,3 %	26,7 %	6,7 %	0 %	0,00	0,03	0,94	0,80	0,94	0,83	0,00	0,04
Préparation au changement – Pertinence	3,94 (0,23)	3,95 (0,30)	68,9 % (53,3 % - 91,1 %)	70,2 % (44,6 % - 93,3 %)	100 %	96,7 %	6,7 %	13,3 %	0,00	0,02	0,57	0,64	0,57	0,67	0,00	0,03
Engagement à l'amélioration	3,96 (0,43)	4,15 (0,41)	71,6 % (20,0 % - 100 %)	79,0 % (35,6 % - 100 %)	93,3%	90,0 %	20,0 %	63,3 %	0,01	0,13	0,61	0,44	0,62	0,57	0,02	0,23
Rôles et responsabilités	3,88 (0,27)	3,91 (0,36)	68,6 % (54,3 % - 93,8 %)	70,7 % (17,6 % - 100 %)	100 %	90,0 %	6,7 %	23,3 %	0,00	0,09	0,79	0,67	0,79	0,76	0,00	0,12
Gestion et administration	3,82 (0,67)	3,99 (0,56)	66,4 % (0 % - 100 %)	73,3 % (13,3 % - 100 %)	80,0 %	86,7 %	26,7 %	46,7 %	0,18	0,25	0,79	0,70	0,97	0,95	0,18	0,27
Ressources financières et autres ressources en capital	2,69 (0,38)	2,64 (0,26)	16,1 % (0 % - 42,8 %)	11,7 % (0 % - 35,7 %)	0 %	0 %	0 %	0 %	0,08	0,02	0,52	0,52	0,61	0,54	0,14	0,05
Ressources non financières	3,54 (0,26)	3,60 (0,21)	52,7 % (22,5 % - 74,9 %)	54,2 % (29,2 % - 78,4 %)	66,7 %	56,7 %	0 %	0 %	0,03	0,01	0,36	0,35	0,39	0,36	0,08	0,03

¹ 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 »).

N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte.

Pour chacun des dix domaines du SOÉSO, les résultats sont présentés pour l'ensemble des ÉSO. Un chiffre de 31 à 45 a été assigné de façon aléatoire aux ÉSO afin de garder les résultats anonymes.

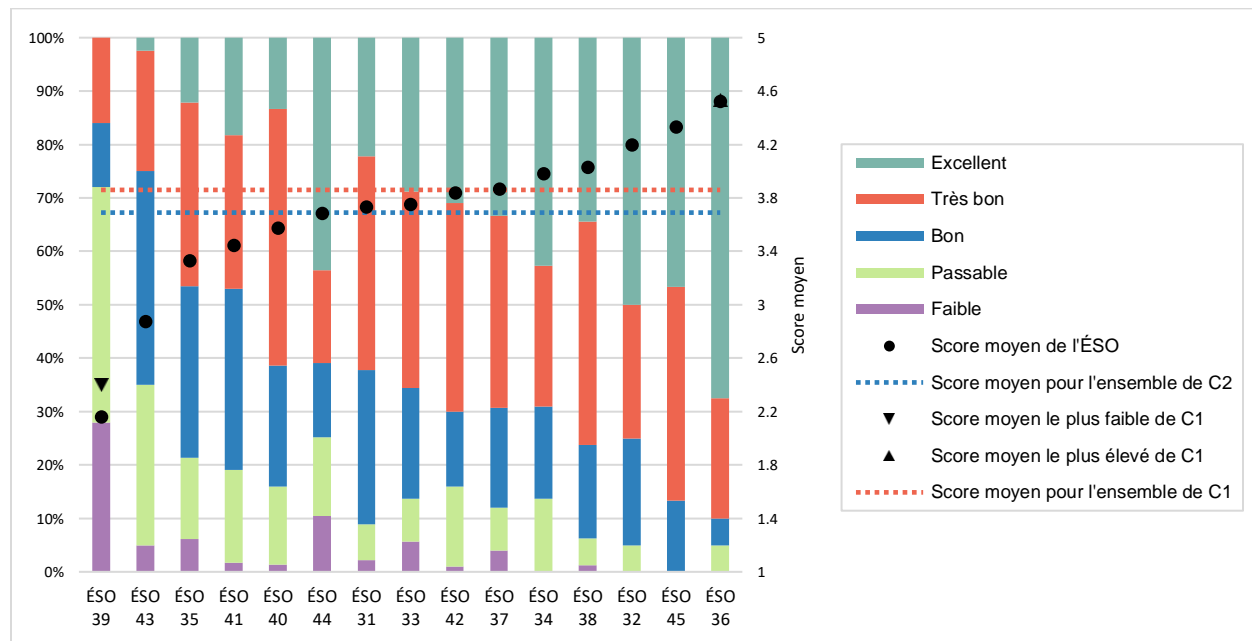
Style de leadership

Le domaine *Style de leadership* du SOÉSO contenait cinq éléments de questionⁱ. 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 3,69 sur 5, avec un écart-type de 0,59. Toutefois, parmi les dix domaines, celui du Style de leadership présente une variance relativement élevée au sein des ÉSO et entre elles (0,92 et 0,11 respectivement) par rapport aux autres domaines (voir Tableau 4). Une tendance similaire a été observée dans la première cohorte.

Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « très bon » ou 5 « excellent » est de 61,4 % et varie de 16 % à 90 % avec au moins 50 % de répondants ayant sélectionné l'une des deux plus hautes notes pour la plupart des ÉSO (11/15) (voir tableau 4). Dans deux des 15 ÉSO ≥ 80 % des répondants ont sélectionné l'une des deux plus hautes notes aux éléments de question de ce domaine (Figure 2).

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO et le score moyen le plus faible de la deuxième cohorte étaient plus bas (3,69 vs. 3,86 et 2,16 vs. 2,40 respectivement) et les scores moyens les plus élevés étaient identiques (4,53 vs. 4,53).

Figure 2. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte au domaine *Style de leadership* (cinq éléments de question), par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

ⁱ 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 un environnement où les différences d'opinion peuvent être exprimées.
- 21 Encourager l'ÉSO à être creative et à envisager les choses différemment.
- 22 Promouvoir le respect, la confiance et l'inclusion parmi les membres de l'ÉSO.

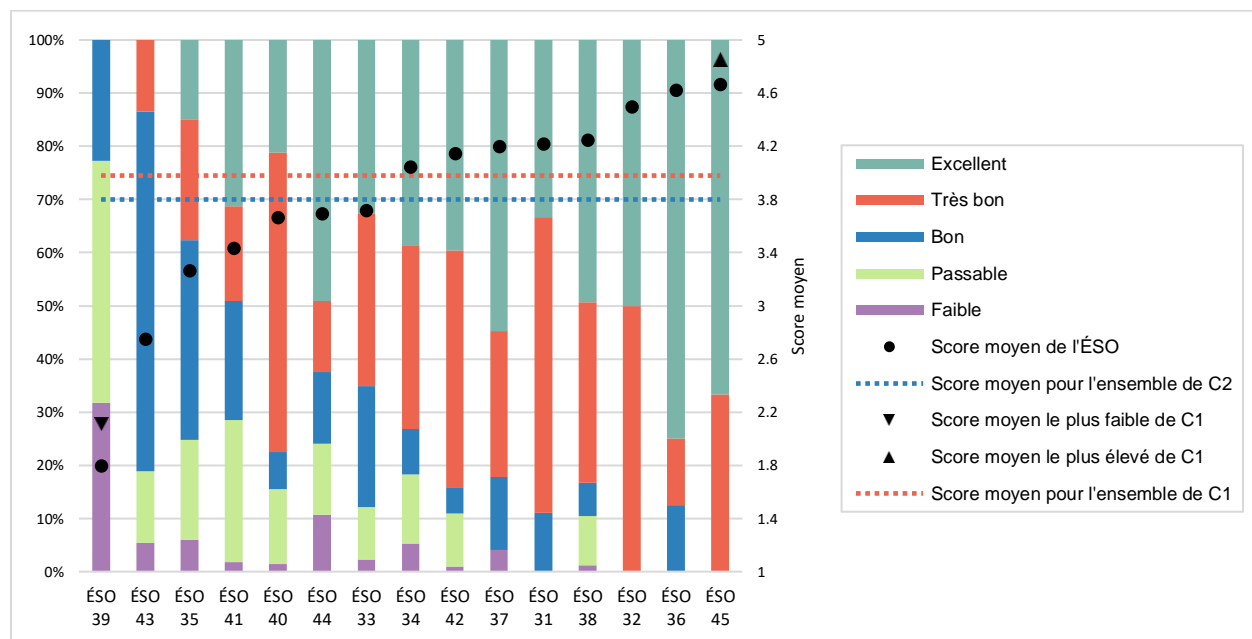
Style de leadership – Bâtir la confiance

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.¹³ 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 » (question n° 22) et « Créer un environnement où les différences d'opinions peuvent être exprimées » (question n° 20). Pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte, les scores moyens à ces éléments de question étaient respectivement de 3,80, avec un écart-type de 0,77 et de 3,71, avec un écart-type de 0,67 respectivement.

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) varie de 0 % à 100 %, avec au moins 50 % des répondants ayant sélectionné l'une des deux plus hautes notes dans la plupart des ÉSO (11/15). De plus, presque la moitié (7/15) des ÉSO de la deuxième cohorte avait ≥ 80 % des répondants ont sélectionné l'une des deux plus hautes notes pour les deux questions. Pour la question n° 20 « Créer un environnement où les différences d'opinions peuvent être exprimées », le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « très bon » ou 5 « excellent » varie de 20 % à 100 %, avec au moins 50 % des répondants ayant sélectionné l'une des deux plus hautes notes dans la plupart des ÉSO (12/15). Par contre, seulement dans deux des 15 ÉSO ≥ 80 % des répondants ont sélectionné l'une des deux plus hautes notes et seulement dans une ÉSO, 100 % des répondants ont sélectionné l'une des deux plus hautes notes pour les deux questions.

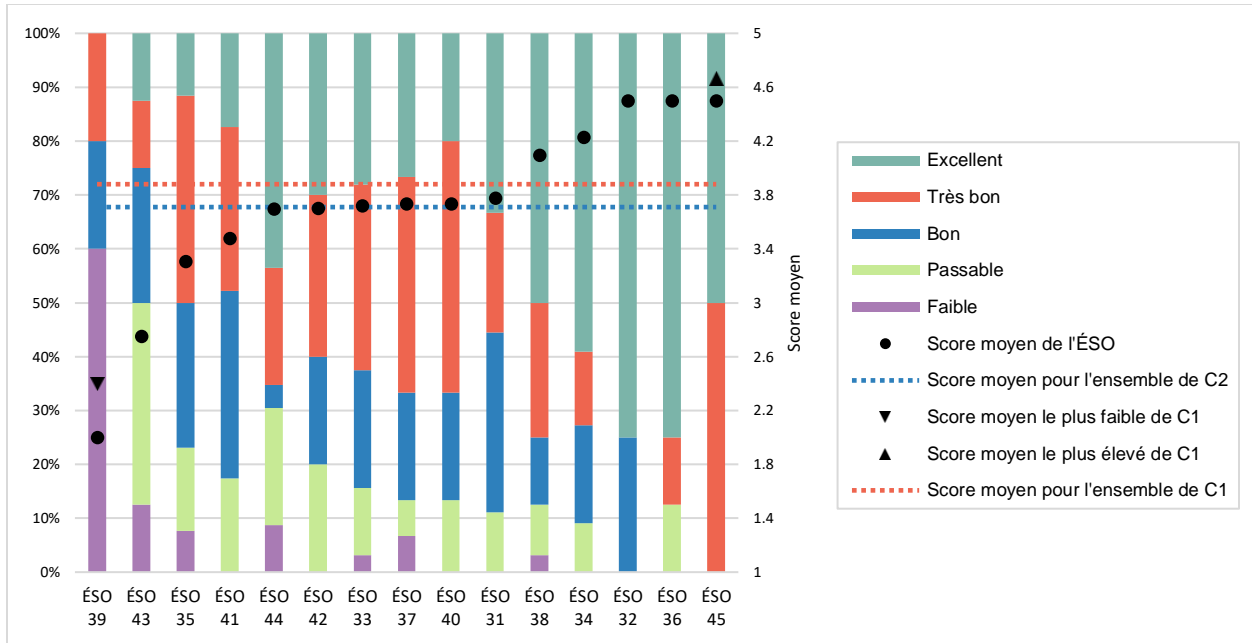
Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte pour la question n° 22 était légèrement inférieure (3,80 vs. 3,98) tout comme le score moyen le plus faible et le plus élevé (1,80 vs. 2,12 et 4,67 vs. 4,86 respectivement). La même tendance du score moyen pour l'ensemble des ÉSO est observée pour la question n° 20 (2^{ième} cohorte : 3,71 vs. 1^{ère} cohorte : 3,88) ainsi qu'avec le score moyen le plus faible (2,00 vs. 2,40) et le plus haut (4,50 vs. 4,67).

Figure 3. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte à la question « Promouvoir le respect, la confiance et l'inclusion », par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

Figure 4. Répartition des réponses de la 2^{ème} cohorte à la question « Créer un environnement où les différences d'opinions peuvent être exprimées », par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



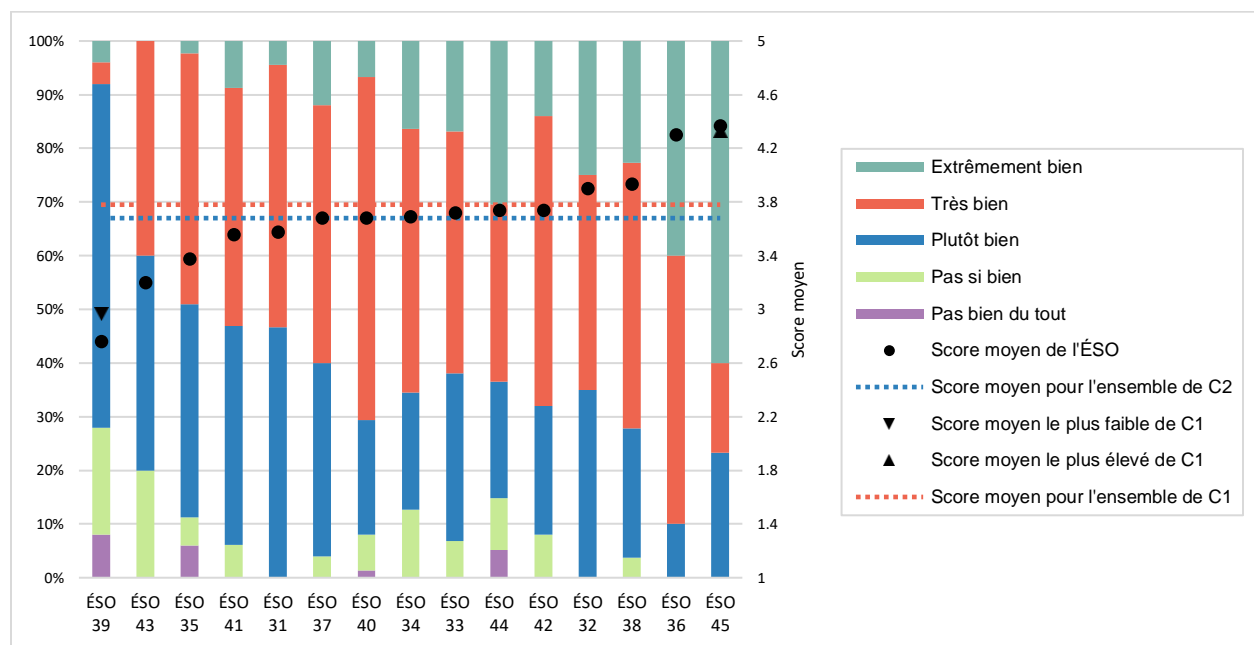
N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ème} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

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.].¹⁸ Le domaine *Vision commune* (Figure 5) comportait cinq éléments de questionsⁱⁱ 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 des 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 3,68 sur 5, avec un écart type de 0,39. 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 59,8 % et varie de 8 % à 90 %. Au moins 50 % des répondants dans plus de trois quart des ÉSO (12/15) ont sélectionné l'une des deux plus hautes notes, mais seulement une ÉSO a vu ≥ 80 % de leurs répondants sélectionner l'option 4 ou 5.

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO ainsi que le score moyen le plus faible de la deuxième cohorte étaient légèrement inférieure (3,68 vs. 3,78 et 2,75 vs. 2,96 respectivement), tandis que le score moyen le plus haut était semblable (4,37 vs. 4,33).

Figure 5. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte au domaine *Vision commune* (cinq éléments de questionⁱⁱ), par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

ⁱⁱ Éléments de questions – Présentement, en travaillant ensemble, les membres de votre ÉSO sont-ils capables de bien atteindre les objectifs suivants ?

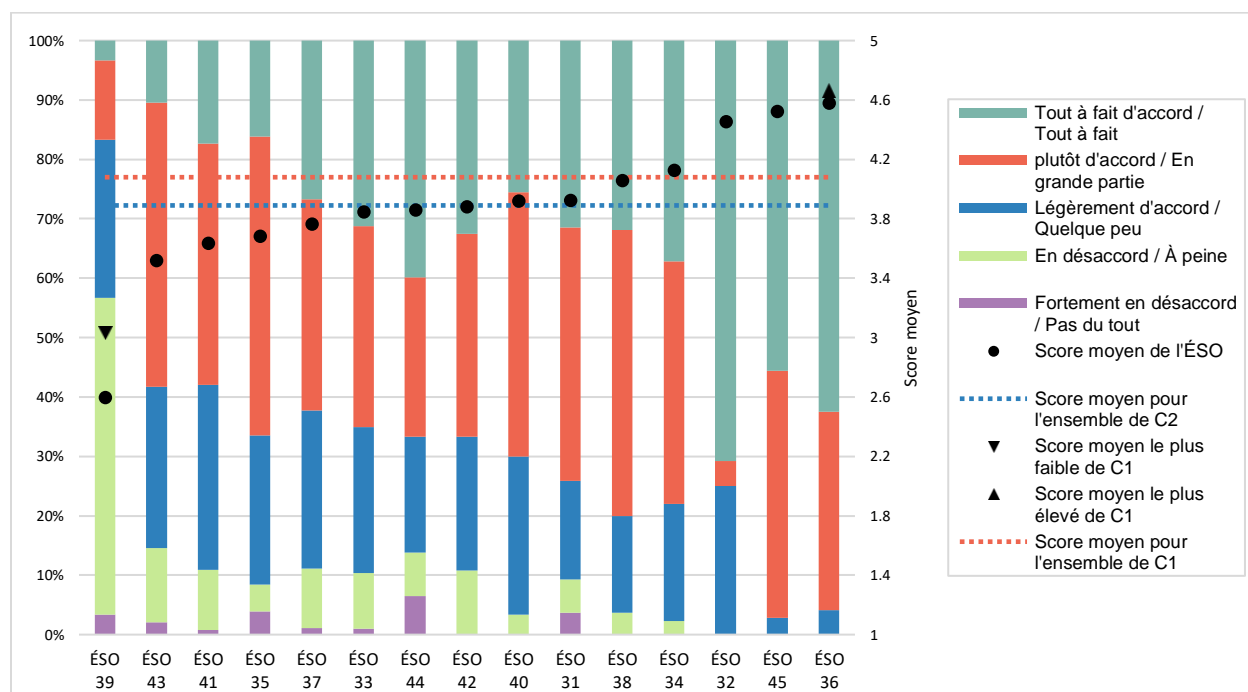
- 3 Élaborer les objectifs qui sont bien compris et soutenus par les membres.
- 4 Identifier les façons dont les différents organismes ou programmes communautaires pourraient aider à résoudre les problèmes que l'ÉSO tente de traiter dans la population cible de la première année.
- 5 Répondre aux besoins 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).¹⁵ Ces facteurs sont souvent mesurés séparément, mais nous avons créé le domaine *Environnement d'équipe* (Figure 6) comportant six éléments de questions.ⁱⁱⁱ Ce domaine fait partie des mieux notés, avec un score moyen de 3,89 sur 5 pour l'ensemble des ÉSO et un écart type de 0,48. Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « plutôt d'accord / en grande partie » or 5 « tout à fait d'accord / tout à fait » aux six éléments de questions de ce domaine varie de 16,7 % à 97,2 %, avec au moins 50 % des répondants ayant sélectionné 4 ou 5 pour presque tout les ÉSO (14/15). Seulement trois ÉSO sur 15 ont vu ≥ 80 % des répondants sélectionner l'option 4 ou 5.

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte était légèrement inférieure (3,89 vs. 4,08), le score moyen le plus faible était une demi-unité plus bas (2,60 vs. 3,03) et les scores moyens les plus hauts étaient semblables (4,58 vs. 4,67).

Figure 6. Répartition des réponses de la 2^{ème} cohorte au domaine *Environnement d'équipe* (six éléments de questionⁱⁱⁱ), par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ème} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

ⁱⁱⁱ Éléments de questions – 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 possibles.
- 17 Les membres de l'ÉSO s'inspirent des idées des autres afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles.
- 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 ?

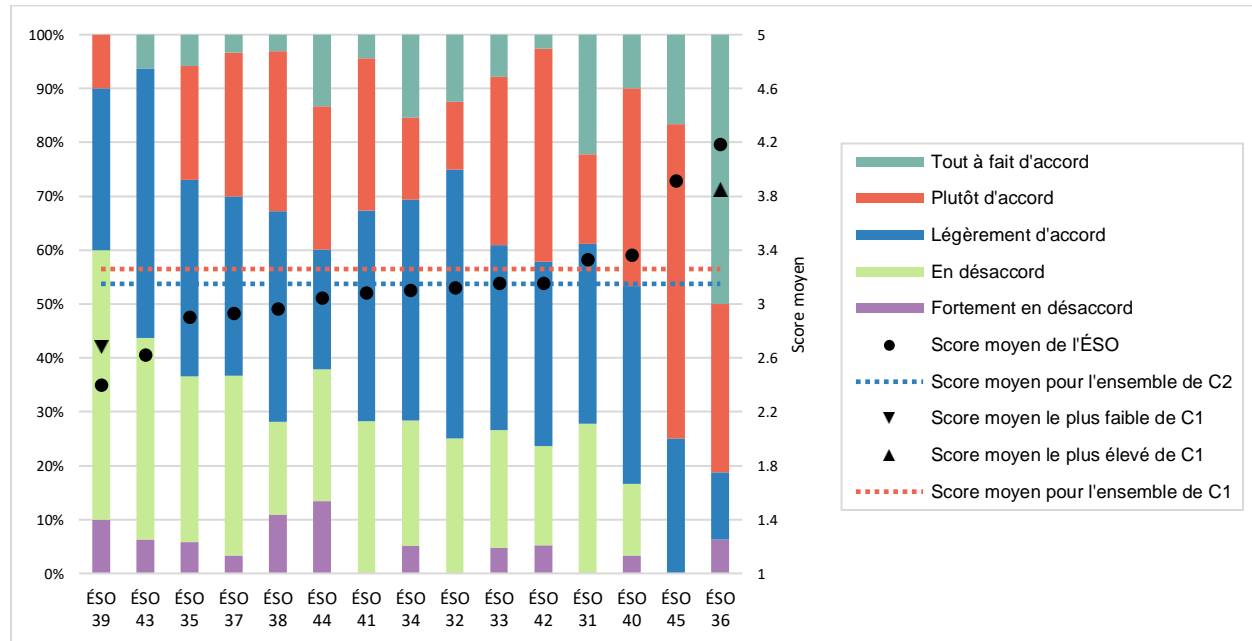
Intégration fonctionnelle et clinique

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.¹⁷ Le domaine *Intégration fonctionnelle et clinique*^{iv} est le deuxième domaine le moins bien noté, avec un score moyen de 3,15 sur 5 et un écart type de 0,44. Ce domaine présente la plus grande variation des scores entre les ÉSO (0,94) (voir Tableau 4).

Pour l'ensemble des ÉSO (Figure 7), le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord » est de 37,1 % et varie de 6,3 % à 81,3%. Seulement deux des 15 ÉSO ont vu au moins 50 % des répondants sélectionner l'une des deux plus hautes notes et une ÉSO a vu ≥ 80 % des répondants sélectionner l'une des deux plus hautes notes aux deux éléments de question compris dans ce domaine.

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO ainsi que le score moyen le plus faible de la deuxième cohorte étaient légèrement inférieure (3,15 vs. 3,26 et 2,40 vs. 2,96 respectivement), tandis que le score moyen le plus haut était supérieure (4,18 vs. 3,86).

Figure 7. Répartition des réponses de la 2^{ème} cohorte au domaine *Intégration fonctionnelle et clinique* (deux éléments de question^{iv}), par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ème} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

^{iv} Éléments de questions – 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)¹⁶ comprend trois sous-domaines : 1) *Pertinence* ; 2) *Efficacité du changement* ; et 3) *Avantages sur le plan personnel*.

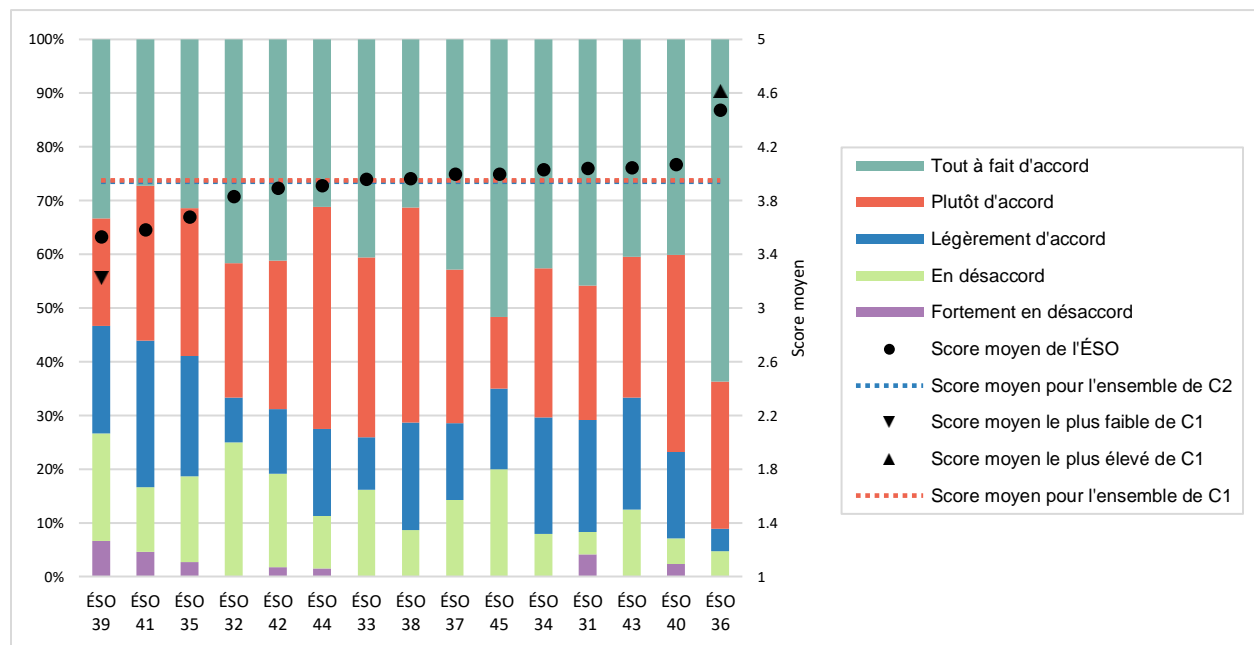
Pertinence

Le sous-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). En fait, c'était le deuxième domaine le plus élevé avec un score moyen pour l'ensemble des ÉSO de 3,94 sur 5, avec un écart type de 0,22. 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 = 4,30) et qu'il en vaudra la peine pour eux (moyenne = 4,45), mais qu'il ne rendra pas leur rôle plus facile (moyenne = 3,05).

Pour l'ensemble des ÉSO, le pourcentage de répondants ayant sélectionné 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord » est de 68,9 % et varie de 53,3 % à 91,1 % avec au moins 50 % des répondants dans toutes les ÉSO ayant sélectionné l'une des deux plus hautes notes (voir Tableau 4). Par contre, seulement une des 15 ÉSO a vu ≥ 80 % des répondants sélectionner 4 ou 5 aux trois questions^v comprises dans ce sous-domaine.

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte était presque identique (3,94 vs. 3,95), le score moyen le plus faible était supérieure (3,53 vs. 3,23) et le score moyen le plus haut était légèrement inférieure (4,48 vs. 4,62).

Figure 8. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte au domaine *Préparation au changement - Pertinence* (trois éléments de question^v), par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

^v Éléments de question – Veuillez réfléchir aux changements associés à la création de votre ÉSO, êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ?

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

35 Ce changement rendra mon rôle plus facile.

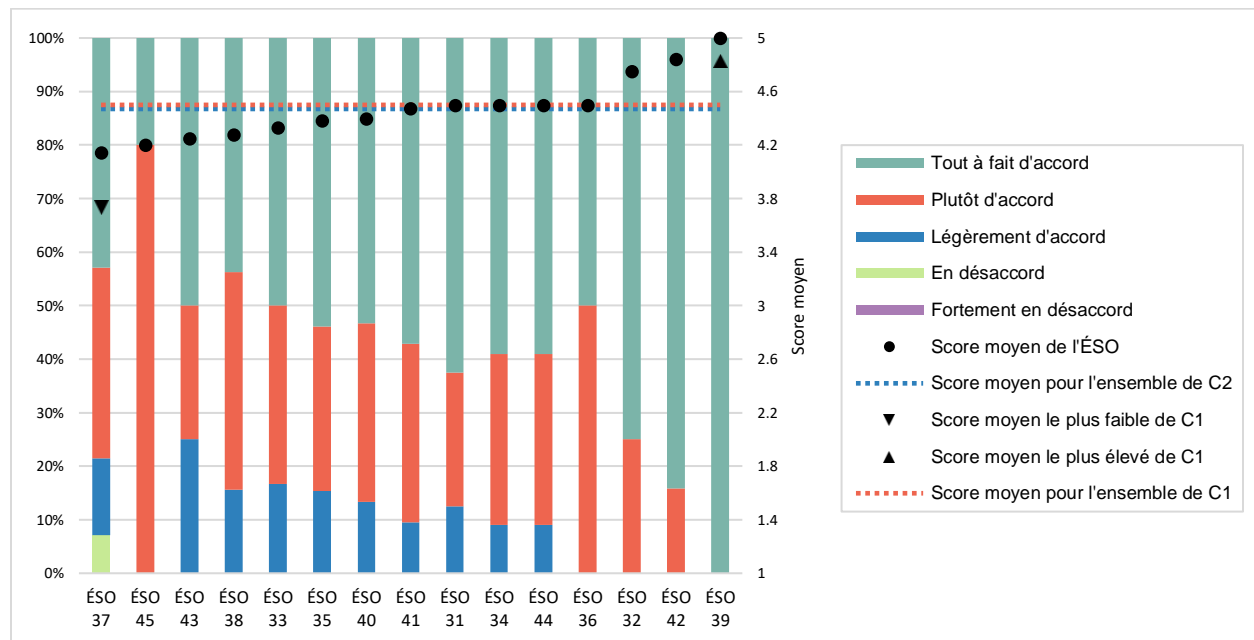
36 À long terme, je crois qu'il m'en vaudra la peine si l'organisme adoptait ce changement.

Efficacité du changement

Le domaine *Préparation au changement* du SOÉSO comprend une des questions du sous-domaine *Efficacité du changement*¹⁶. Le score moyen pour cet élément de question était très élevé, soit de 4,47 sur 5, avec un écart type de 0,24. 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, un peu plus de la moitié des répondants (53 %) 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 20 % à 100 %.

Les scores moyens pour l'ensemble des ÉSO des deux cohortes étaient presque identiques (4,47 vs. 4,50) et le score moyen le plus faible ainsi que celui le plus haut étaient supérieurs pour la deuxième cohorte (4,14 vs. 3,74 et 5,0 vs. 4,83 respectivement).

Figure 9. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte à l'élément de question « J'ai les compétences nécessaires pour que ce changement soit efficace », par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



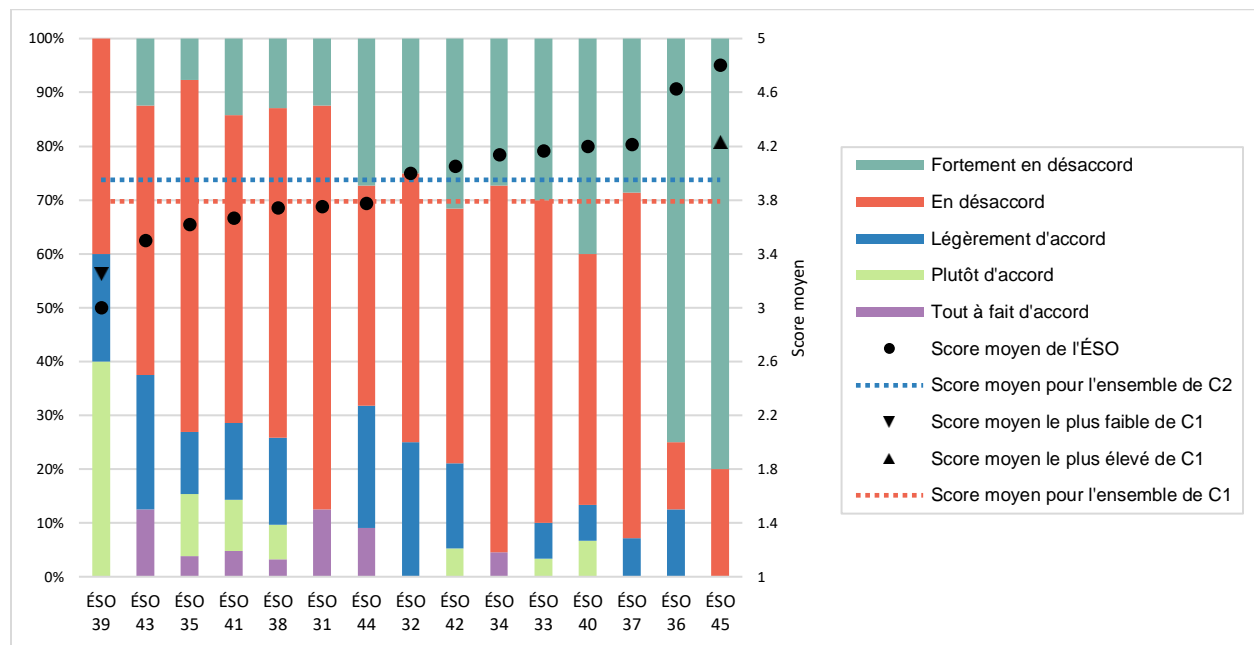
N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

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.¹⁶ Le score moyen pour l'ensemble des ÉSO est de 3,95 sur 5, avec un écart type de 0,45. En moyenne pour l'ensemble de ÉSO, 78,9 % 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 40 % à 100 % parmi les ÉSO (Figure 10).

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte était légèrement supérieur (3,95 vs. 3,79), le score moyen le plus faible était légèrement inférieur (3,00 vs. 3,25) et le score moyen le plus élevé était beaucoup plus haut (4,80 vs. 4,23).

Figure 10. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte à l'élément de question « Ce changement perturbera plusieurs rapports professionnels que j'ai établis », par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

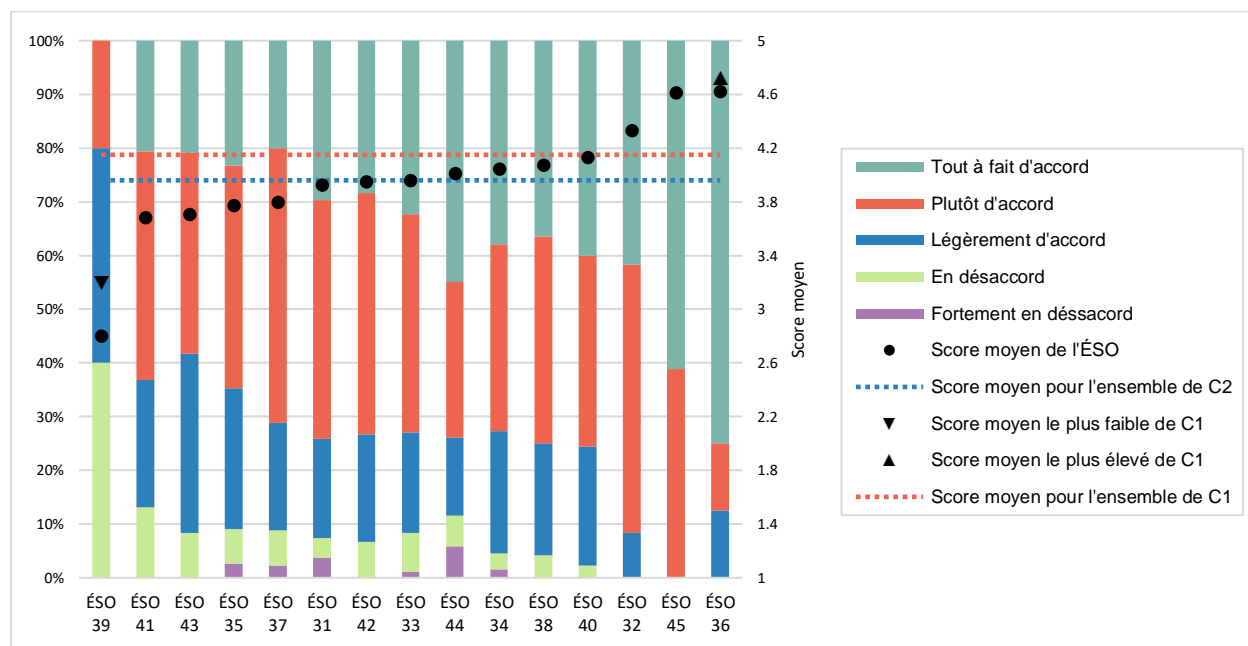
Engagement à l'amélioration

Ce domaine correspond à une nouvelle échelle composée de trois éléments de question.^{vi} 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 3,96 sur 5, avec un écart type de 0,43, 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 71,6 % et varie de 20 % à 100 %. Seulement une ÉSO n'a pas vu au moins 50 % de ses répondants sélectionner l'une des deux plus hautes notes. Seulement trois des 15 ÉSO ont vu ≥ 80 % des répondants sélectionner 4 ou 5 pour ce domaine et une ÉSO a vu 100 % de ses répondants sélectionner l'une des deux plus hautes notes aux trois questions comprises dans ce domaine.

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte était inférieur (3,96 vs. 4,15) ainsi que le score moyen le plus faible et le plus élevé (2,80 vs. 3,20 et 4,63 vs. 4,72 respectivement).

Figure 11. Répartition des réponses de la 2^{ème} cohorte au domaine *Engagement à l'amélioration* (trois éléments de question^{vi}), par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ème} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

^{vi} Éléments de questions – 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).

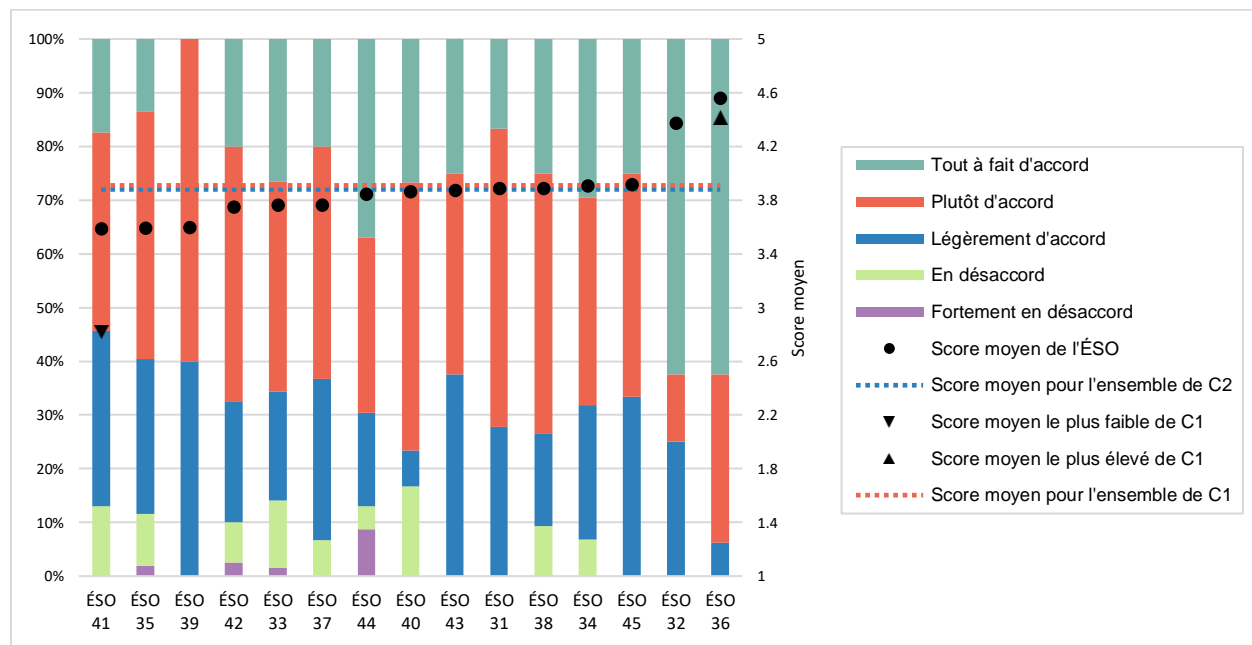
Rôles et responsabilités

Le domaine *Rôles et responsabilités* est basé sur deux éléments de question^{vii} de l'enquête *Measurement of Network Integration* de Haggerty.¹⁷ 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 » 18 [trad.].¹⁹ 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 3,88 sur 5, avec un écart type de 0,27 (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 68,6 % et varie de 54,3 % à 93,8 %. Toutes les ÉSO ont vu au moins 50 % des répondants choisir la réponse 4 ou 5, mais seulement une ÉSO a vu ≥ 80 % des répondants choisir la réponse 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord ».

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte était semblable (3,88 vs. 3,91) et le score moyen le plus faible et le plus élevé étaient supérieurs (3,59 vs. 2,82 et 4,56 vs. 4,42 respectivement).

Figure 12. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte au domaine *Rôles et responsabilités* (deux éléments de question^{vii}), par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

^{vii} 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.

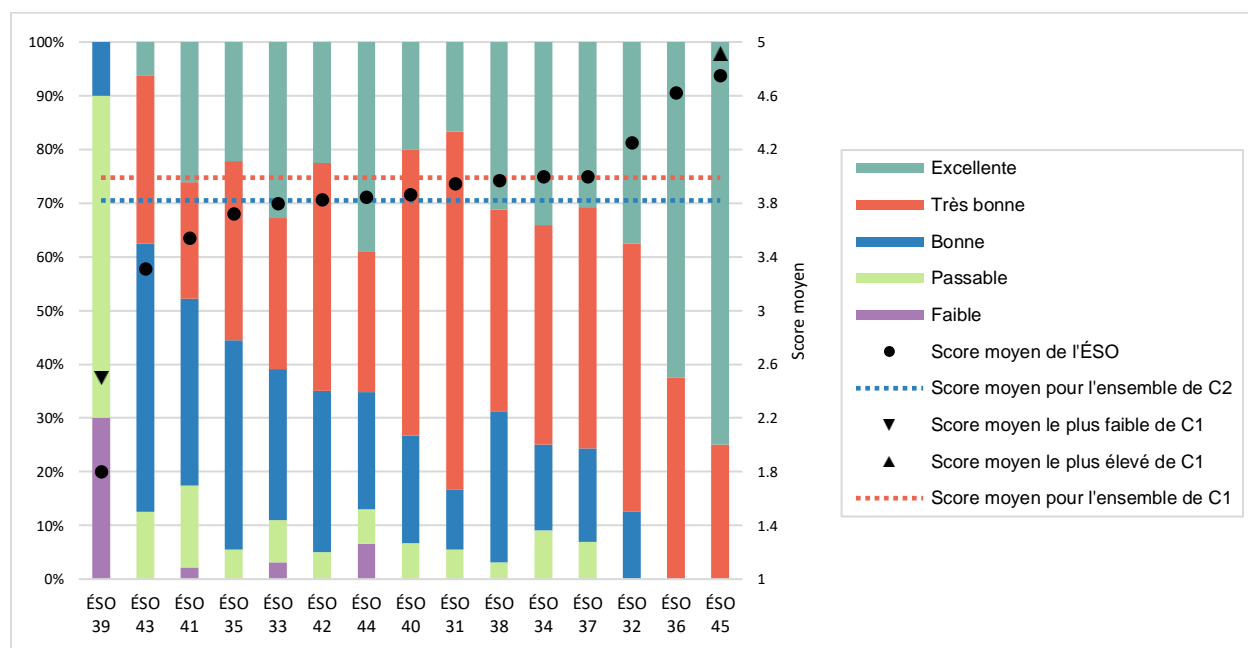
Gestion et administration

Le domaine *Gestion et administration* décrit des fonctions, telles que les stratégies communication et des mécanismes de coordination des activités de partenariat, qui favorisent l'implication significative de différents organismes indépendants dans le cadre du partenariat.¹⁴ Les deux éléments de question^{viii} 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 3,82 sur 5, avec un écart type de 0,67 (Figure 13). Toutefois, le coefficient de corrélation intraclasse est le plus élevé des dix domaines, ce qui indique une forte variation entre les ÉSO par rapport à la variation totale (CCI = 0,18) (voir Tableau 4). Ceci fut le cas pour la première cohorte aussi.

Dans toutes les ÉSO, le pourcentage de répondants ayant choisi la réponse 4 « très bonne » ou 5 « excellente » est de 66,4 % et varie de 0 % à 100 %. Au moins 50 % des répondants dans la plupart des ÉSO (12/15). Plus d'un quart des ÉSO (4/15) ont vu ≥ 80 % des répondants choisir 4 ou 5 aux deux éléments de question de ce domaine.

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte, ainsi que le score moyen le plus faible et celui le plus élevé étaient tous inférieurs (3,82 vs. 3,99, 1,80 vs. 2,50 et 4,75 vs. 4,92, respectivement).

Figure 13. Répartition des réponses de la 2^{ème} cohorte au domaine *Gestion et administration* (deux éléments de question^{viii}), par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ème} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

^{viii} Éléments de question – 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.

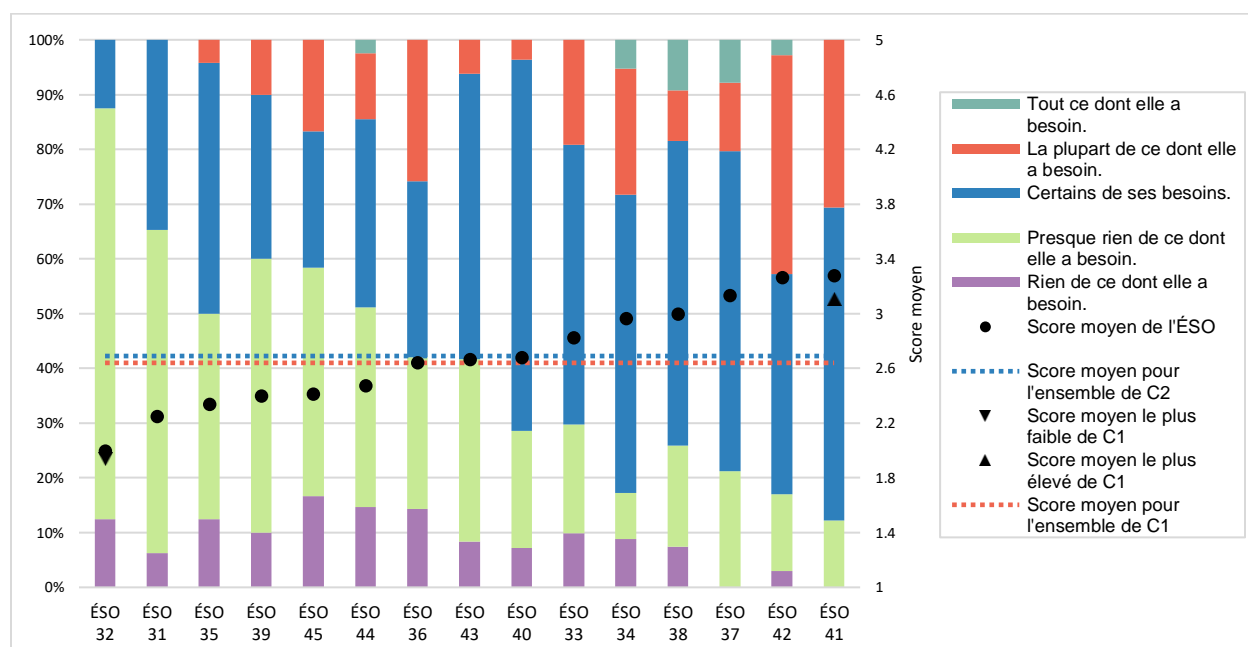
Ressources financières et autres ressources en capital

Les ressources financières et concrètes ont été qualifiées d'« éléments de base » [trad.] des partenariats réussis et de nombreux partenariats ont souligné l'importance de disposer de suffisamment d'argent et d'autres ressources (p. ex. des équipements comme des ordinateurs).¹⁴ Le domaine *Ressources financières et autres ressources en capital*^x 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 2,69 sur 5, avec un écart type de 0,38. Il s'agit du domaine le moins bien noté.

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 16,1 % et varie de 0 % à 42,8 % (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. Ceci fut le cas pour la première cohorte aussi.

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte, ainsi que le score moyen le plus faible et celui le plus élevé étaient tous légèrement supérieurs (2,69 vs. 2,64, 2,00 vs. 1,94 et 3,28 vs. 3,11 respectivement).

Figure 14. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte au domaine *Ressources financières et autres ressources en capital* (deux éléments de question^{ix}), par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

^x Élément 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

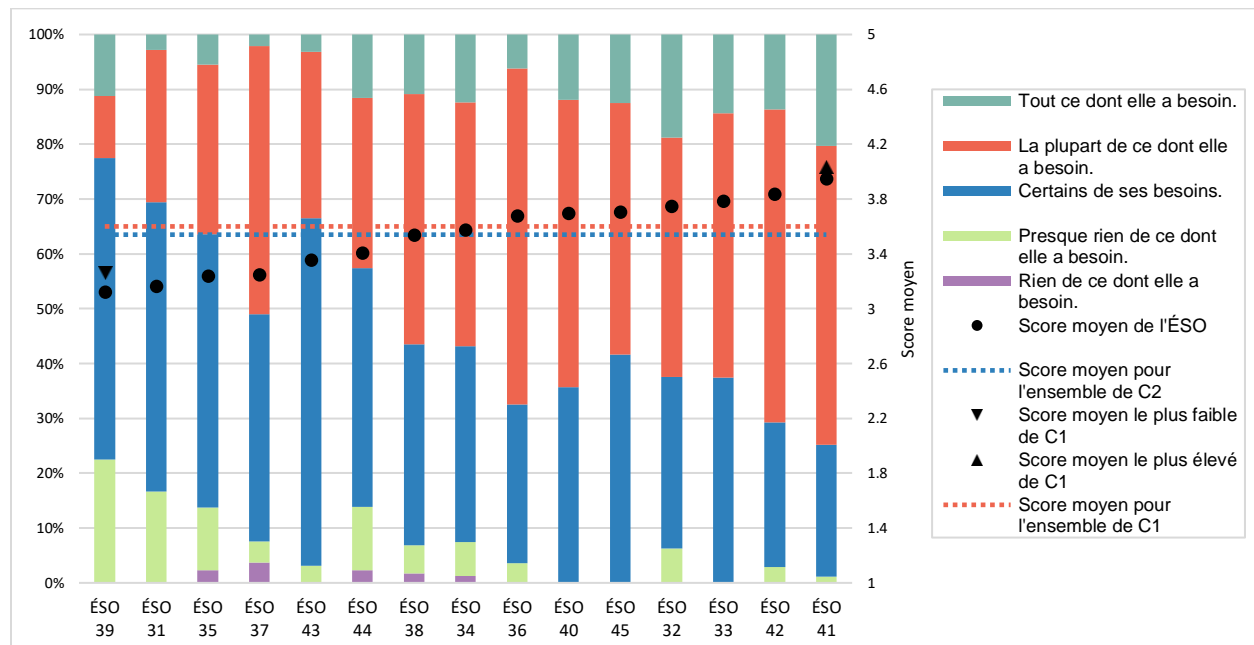
Ressources non financières

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.¹⁴ Quatre éléments de question^x 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 3,54 sur 5, avec un écart type de 0,26 (Figure 15). Le domaine *Ressources non financières* présente la plus faible variation des réponses parmi les ÉSO (variance entre les ÉSO = 0,03), ce qui donne l'un des CCI les plus faibles (0,08) (voir Tableau 4). Ceci fut le cas pour la première cohorte aussi.

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 52,7 % et varie de 22,5 % à 74,9 % (voir Tableau 4). Dans deux tiers (10/15) des ÉSO, au moins 50 % des répondants ont choisi la réponse 4 ou 5. Aucune ÉSO a vu ≥ 80 % des répondants choisir la réponse 4 ou 5 aux quatre éléments de question de ce domaine (Figure 15).

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte, ainsi que le score moyen le plus faible et celui le plus élevé étaient tous légèrement inférieurs (3,54 vs. 3,60, 3,13 vs. 3,26 et 3,95 vs. 4,04 respectivement).

Figure 15. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte au domaine *Ressources non financières* (quatre éléments de question^x), par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

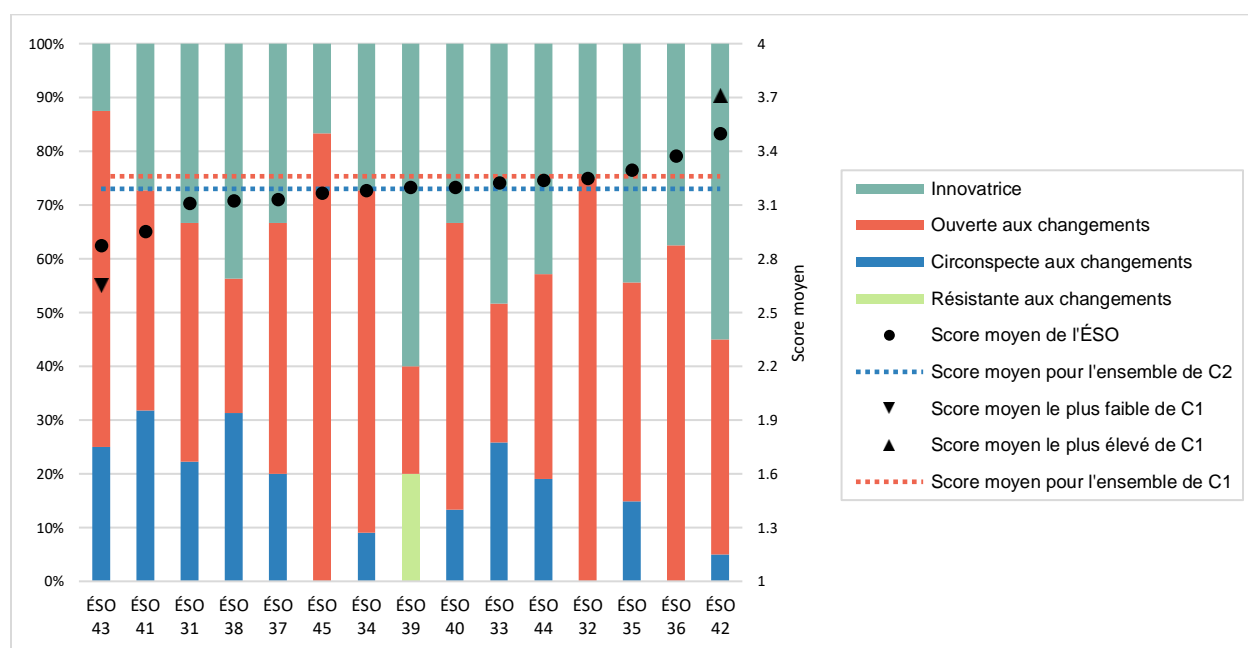
^x Éléments de question – Pour chaque type de ressources suivant, votre ÉSO dispose-t-elle de ce dont elle a besoin pour fonctionner efficacement ?
 25 Des compétences et de l'expertise
 26 Des données et de l'information
 27 La capacité d'identifier des patients particuliers qui répondent aux critères de la population cible et de mener des interventions
 28 Des connexions avec des décideurs politiques, des agences gouvernementales.

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 organisme ou de leur milieu de pratique à l'égard du changement. Deux tiers des ÉSO de la deuxième cohorte peuvent être considérées comme innovatrices ou ouvertes au changement puisque dix ÉSO sur 15 ont vu au moins 80 % des répondants choisir la réponse 3 ou 4 (Figure 16). Plus précisément, pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte, 38 % des répondants ont décrit l'attitude de leur organisme comme innovatrice, 42 % comme ouverte au changement, 18% comme circonspecte et < 1% comme résistante au changement (voir l'annexe A). Dans une ÉSO seulement, des répondants ont indiqué que leur organisation était résistante au changement. Une tendance similaire a également été observée dans la première cohorte, sauf qu'un plus grand pourcentage de répondants ont décrit l'attitude de leur organisme comme étant innovatrice (44 % vs. 38 %) et un pourcentage inférieur l'a décrit comme ouverte au changement (38 % vs. 42 %).

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte était légèrement inférieur (3,19 vs. 3,26 sur 4) et un pourcentage légèrement plus faible a décrit l'attitude de leur organisme comme étant innovatrice ou ouverte au changement (80 % vs. 82 %) (voir l'annexe A).

Figure 16. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte à l'élément de question « Attitude de l'organisme ou du milieu de pratique envers les changements », par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte

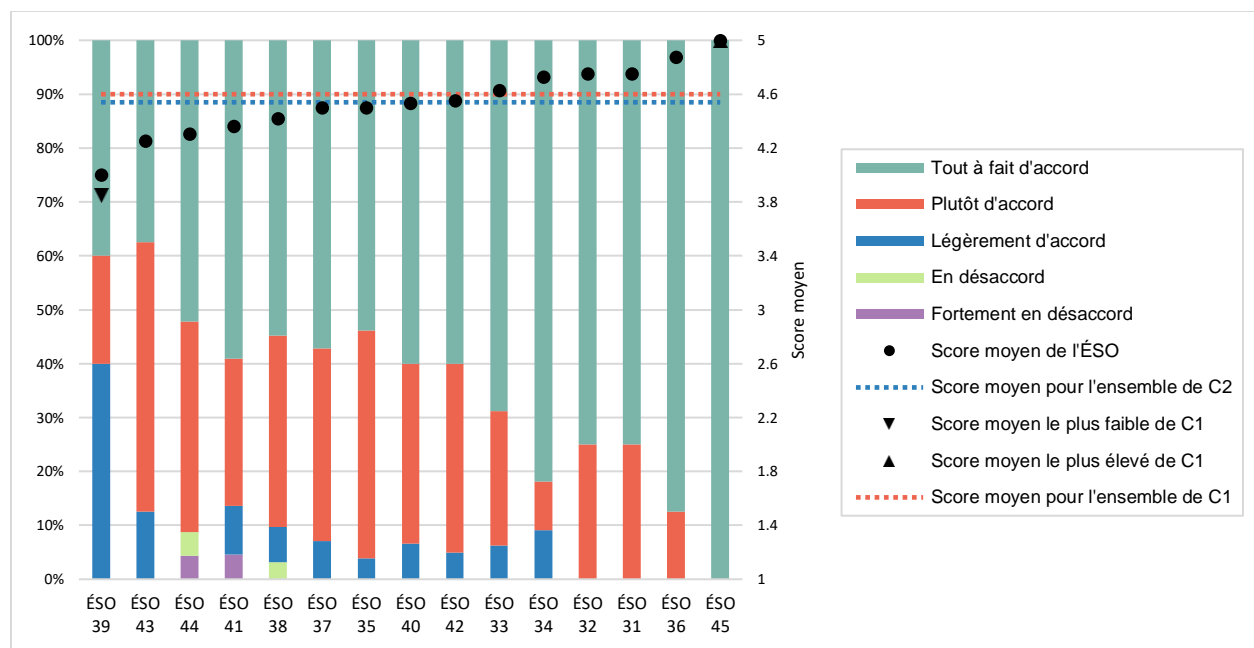


N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

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 4,54 sur 5, avec un écart type de 0,26 (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 60 % to 100 %. Quatorze ÉSO ont vu ≥ 80 % de leurs répondants sélectionner l'une des deux plus hautes notes et, dans une 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).

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte était légèrement inférieur (4,54 vs. 4,60), le score moyen le plus faible était légèrement supérieur (4,00 vs. 3,85) et les scores moyens les plus élevés étaient identiques (5,00 vs. 5,00).

Figure 17. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte à l'élément de question « Les valeurs communes de votre organisme sont compatibles avec celles des autres membres de l'ÉSO », par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte

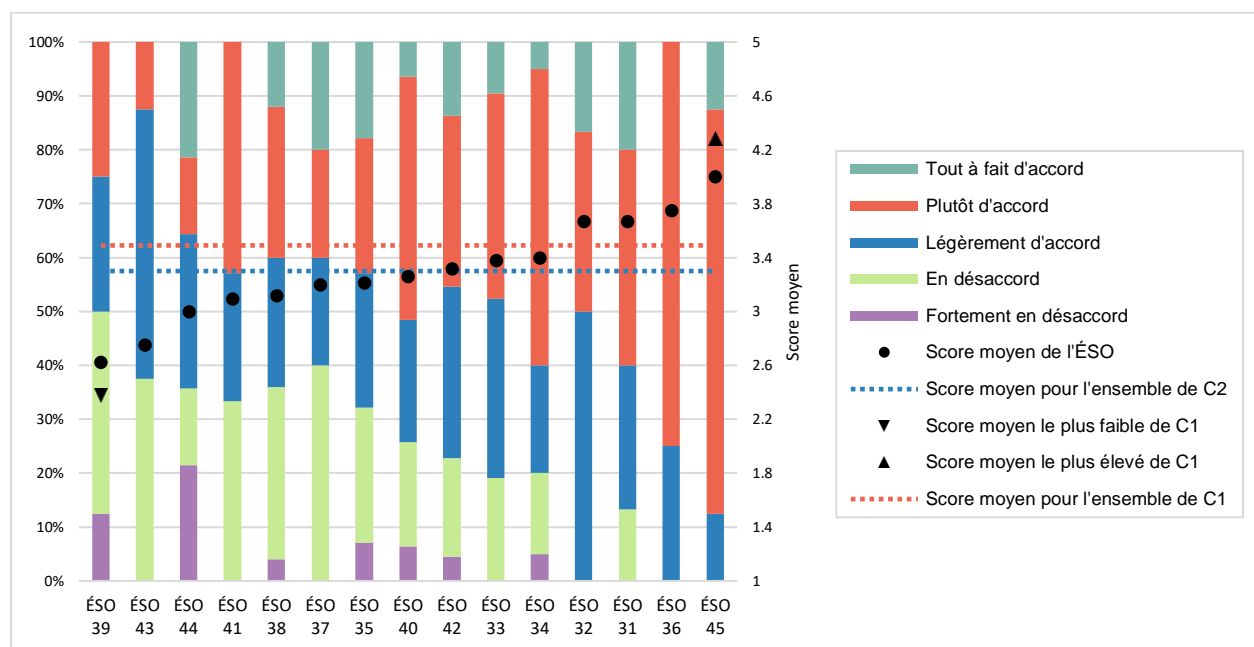


N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

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 3,30 sur 5, avec un écart type de 0,37. 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 12,5 % à 87,5 % et au moins 50 % des répondants dans six des ÉSO 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.

Comparée à la première cohorte, le score moyen pour l'ensemble des ÉSO de la deuxième cohorte était légèrement inférieur (3,30 vs. 3,49), le score moyen le plus bas était supérieur (2,63 vs. 2,38) et le score moyen le plus haut était légèrement inférieur (4,00 vs. 4,29).

Figure 18. Répartition des réponses de la 2^{ième} cohorte à l'élément de question « Le personnel de votre organisme a un fort sentiment d'appartenance à votre ÉSO », par ÉSO et en comparaison à la 1^{ère} cohorte



N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ième} cohorte. Tout les scores moyens des ÉSO sont ceux de la deuxième cohorte.

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 deuxième 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 = 3,96 sur 5) : domaine pour lequel le plus grand nombre d'ÉSO (3/15) ont obtenu ≥ 80 % de réponses à « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » (4 ou 5).
- 2) *Préparation au changement – Pertinence* (moyenne = 3,94 sur 5) : domaine pour lequel seulement une des 15 ÉSO a vu ≥ 80 % de ses répondants choisir « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » (4 ou 5).
- 3) *Environnement d'équipe* (moyenne = 3,89 sur 5) : dans ce domaine aussi, le plus grand nombre d'ÉSO (3/15) ont obtenu ≥ 80 % de réponses à « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » (4 ou 5).
- 4) *Rôles et responsabilités* (moyenne = 3,88 sur 5) : domaine pour lequel seulement une des 15 ÉSO a vu ≥ 80 % de ses répondants choisir « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » (4 ou 5).

Il est intéressant de noter que même si le domaine de *Gestion et administration* a obtenu un score élevé (moyenne = 3,88) et avait le plus grand nombre d'ÉSO (4/15) qui ont vu ≥ 80 % des répondants choisir « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » (4 ou 5), il s'agit du domaine avec la plus forte variation entre les ÉSO par rapport à la variation totale ce qui signifie que certaines ÉSO ont obtenu des résultats nettement meilleurs que d'autres et que partager les pratiques de ces ÉSO performantes pourrait apporter des améliorations aux ÉSO moins performantes dans ce domaine. Inversement, même si le domaine de *Préparation au changement* avait un score moyen assez élevé, il avait la plus faible variation entre les ÉSO par rapport à la variation totale signifiant des niveaux de préparation généralement semblables dans la plupart des ÉSO. Toutefois, une note faible (moyenne = 3,30) 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 ; il faudra dorénavant accorder une attention particulière à la motivation des professionnels et du personnel.

Le domaine *Style de leadership* n'a pas obtenu un si bon score ; son score moyen global de 3,69, avec un écart type assez élevé (0,59), s'est hissé au 6^e 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.¹⁴ Cependant, notre enquête révèle que seulement deux ÉSO ont obtenu ≥ 80 % de réponses qualifiant leur leadership d'efficace (option 4 « plutôt d'accord » ou 5 « tout à fait d'accord »).

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 3,80 (avec un écart type de 0,77) et 3,71 (avec un écart type de 0,67) et seulement environ la moitié (7/15) et deux ÉSO ont obtenu les réponses 4 « très bonne » ou 5 « excellente » à ≥ 80 % aux deux éléments. Dans une 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 de la deuxième cohorte et il a été constaté que la participation des fournisseurs de soins de première ligne n'était pas encore suffisante compte tenu du fait que la plupart d'entre eux ont des partenariats avec des équipes/milieu de pratique de

soins primaires (p. ex. des organismes de santé familiale, des équipes Santé familiale et groupe de santé familiale).²⁰

Sur les dix domaines servant à mesurer les facteurs essentiels de réussite des soins intégrés, huit comptent au moins une ÉSO dont $\geq 80\%$ des répondants ont sélectionné la réponse 4 ou 5. *Ressources financières* et *Ressources non financières* sont les deux domaines pour lesquels aucune ÉSO n'a eu $\geq 80\%$ des répondants qui ont choisi la réponse 4 ou 5 (c.-à-d. la plupart ou tout de ce dont elle a besoin en termes de ressources). Le domaine *Ressources financières et autres ressources en capital* avait une moyenne sensiblement plus faible et avait une variance plus élevée entre les ÉSO par rapport aux autres domaines (2,69 and 0,08). Le domaine *Ressources non financières* fut parmi les domaines avec les moyennes les plus faibles et avait une variance plus faible entre les ÉSO par rapport aux autres domaines (3,54 and 0,03, respectivement). La variance intra-ÉSO était relativement faible pour les domaines *Ressources financières* et *Ressources non financières* aussi, ce qui suggère que dans l'ensemble, les répondants au SOÉSO pensent que les ressources financières et non financières étaient insuffisantes. *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).

Les résultats de la deuxième cohorte sont parallèles à ceux de la première cohorte. Les scores moyens de la deuxième cohorte étaient légèrement plus faibles dans les dix domaines. Toutefois, comparée à la première cohorte, le pourcentage d'ÉSO dans la deuxième cohorte avec des réponses 4 ou 5 était beaucoup plus faible dans tout les domaines sauf *Intégration fonctionnelle et clinique*.

Toutes les ÉSO peuvent encore s'améliorer. D'après un classement par score moyen, aucune ÉSO ne s'est classée au-dessus du 80e rang centile (top 6) dans tous les domaines. Par contre, si on exclut *Ressources financières* et *Ressources non financières*, lesquels avaient les scores moyens les plus faibles, une ÉSO a vu $\geq 80\%$ de leurs répondants choisir la réponse 4 ou 5 dans les huit domaines restants. Il y avait dix ÉSO qui n'ont vu $\geq 80\%$ de leurs répondants choisir la réponse 4 ou 5 dans aucuns des domaines. Il y a des matériaux de soutiens, tels que des guides de pratique, des webinaires et balados, des communautés de pratique, des ateliers et de l'encadrement disponibles aux ÉSO 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.²¹ 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 deuxième cohorte d'ÉSO candidates a obtenu une note très élevée dans les domaines *Engagement à l'amélioration*, *Préparation au changement – Pertinence* et *Environnement d'équipe*. La variation était minime entre les scores des ÉSO par rapport aux scores intra-ÉSO dans les domaines d'*Engagement à l'amélioration* et *Préparation au changement – Pertinence* ce qui suggère un engagement général à l'initiative des ÉSO et une croyance générale que ce changement sera bénéfique. La grande variation vue dans *Environnement d'équipe* suggère que les ÉSO avec des scores plus bas peuvent être ciblées pour recevoir des soutiens pour adresser le domaine *Environnement d'équipe*. Ces résultats reflètent ceux de la première cohorte.

Comme dans la première cohorte, le domaine *Style de leadership* n'a pas un score aussi élevé (6^e rang des 10 domaines). Les deux éléments de question portant précisément sur la confiance des membres des ÉSO présentent des scores moyens plus faibles dans la deuxième cohorte (3,80 vs. 3,98 et 3,71 vs. 3,88). Cette constatation est préoccupante, 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. De plus, puisque seulement deux ÉSO ont vu $\geq 80\%$ de leurs membres ont qualifié leur leadership d'efficace, des efforts sont nécessaires dans la majorité des ÉSO de la deuxième cohorte 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.¹⁴

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 deuxième cohorte postulantes sont engagés et positifs malgré un délai aussi court pour répondre et à quel point ils ont déployé d'énergie dans cette initiative dans le contexte de la COVID-19. 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. Project INTEGRATE - a common methodological approach to understand integrated health care in Europe. *International journal of integrated care*. 2014;14(4):e035.
2. Kassianos AP, Ignatowicz A, Greenfield G, Majeed A, Car J, Pappas Y. "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. *Int J Integr Care*. 2015;15(3).
3. Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *Int J Integr Care*. 2012;12(5).
4. Lyngsø AM, Godtfredsen NS, Høst D, Frølich A. Instruments to assess integrated care: A systematic review. *Int J Integr Care*. 2014;14(3).
5. Curry N, Ham C. *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London, UK: The King's Fund; 2010.
6. Friedman L, Goes J. Why integrated health networks have failed. *Frontiers of health services management*. 2001;17(4):3–28.
7. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & Health Services Administration*. 1993;38(4):467-89.
8. Wodchis WP, Baker GR, Kuluski K, Shaw J, Steele Gray C. *How can we implement integrated care? A practice guide*. Toronto, ON: Health System Performance Research Network; 2019.
9. Evans JM, Grudniewicz A, Baker GR, Wodchis WP. *Organizational Context and Capabilities for Integrating Care: A Framework for Improvement*. *Int J Integr Care*. 2016;16(3):15.
10. Evans JM, Grudniewicz A, Baker GR, Wodchis WP. *Organizational Capabilities for Integrating Care: A Review of Measurement Tools*. *Evaluation & the Health Professions*. 2016;39(4):391-420.
11. Evans JM, Grudniewicz A, Gray CS, Wodchis WP, Carswell P, Baker GR. *Organizational Context Matters: A Research Toolkit for Conducting Standardized Case Studies of Integrated Care Initiatives*. *Int J Integr Care*. 2017;17(2):9.
12. Hall RE, Walker K, Wodchis WP. *Ontario Health Team Central Evaluation – Formative Evaluation: Findings from the Organizing for OHTs Survey [Online]*. Toronto, ON: Health System Performance Network; 2020.
13. Riggs E, Block K, Warr D, Gibbs L. Working better together: new approaches for understanding the value and challenges of organizational partnerships. *Health Promotion International*. 2013;29(4):780-93.
14. Lasker RD, Weiss ES, Miller R. Partnership Synergy: A Practical Framework for Studying and Strengthening the Collaborative Advantage. *The Milbank Quarterly*. 2001;79(2):179-205.
15. Kivimaki M, Elovainio M. A short version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1999;72(2):241-6.
16. Holt DT, Armenakis AA, Feild HS, Harris SG. Readiness for Organizational Change: The Systematic Development of a Scale. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 2007;43(2):232-55.
17. Haggerty J, Denis J-L, Champagne M, Breton M, Trabut I, Gerbier M, et al., editors. *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.
18. Weiss ES, Anderson RM, Lasker RD. Making the Most of Collaboration: Exploring the Relationship Between Partnership Synergy and Partnership Functioning. *Health Education & Behavior*. 2002;29(6):683-98.

19. Tremblay D, Touati N, Roberge D, Breton M, Roch G, Denis J-L, et al. Understanding cancer networks better to implement them more effectively: a mixed methods multi-case study. *Implementation Science*. 2016;11(1):39.
20. Sibbald SL, Hall RE, Embuldeniya GE, Gutberg J, Overall-Day A, Abdelhalim R, et al. Ontario Health Team Central Evaluation – Formative Evaluation: Document Analysis. Toronto, ON; 2020.
21. Minkman M. The Development Model for Integrated Care: a validated tool for evaluation and development. *Journal of Integrated Care*. 2016;24(1):38-52.

Annexe A – Distributions des réponses aux questions du SOÉSO

Question	Texte	1 (%)		2 (%)		3 (%)		4 (%)		5 (%)	
		C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1
3	Élaborer les objectifs qui sont bien compris et soutenus par les membres.	1,2	0,5	2,8	2,7	20,9	21,6	56,2	51,5	18,5	23,7
4	Identifier les façons dont les différents organismes ou programmes communautaires pourraient aider.	1,6	0,5	6,8	4	32,9	30	44,2	49,9	14,5	15,6
5	Répondre aux besoins et aux problèmes de la collectivité.	1,2	0,1	6,4	4,8	33,7	30,6	43,8	51	14,9	13,4
6	Inclure les perspectives et les priorités des personnes touchées par les travaux de l'ÉSO.	1,6	0,7	10,4	7,6	30,5	26	40,2	50,2	17,3	15,5
7	Obtenir le soutien des individus et des organismes de la collectivité.	1,2	0,6	7,6	6	32,5	27,9	42,6	51,1	14,9	14,4
8	Nous avons une vision commune quant à la façon d'améliorer l'intégration des soins.	1,6	0,6	4,4	3	16,1	12,3	43,8	36,7	33,7	47,4
9	Nous comprenons notre rôle en entreprenant la responsabilité de la population locale.	0,8	0,7	6,4	5,4	20,9	18,1	41,4	44,2	30,1	31,6
10	Nous comprenons notre rôle dans la coordination des soins.	2,0	0,6	9,6	7,6	25,3	26	42,6	41,4	20,1	24,4
11	Nous sommes convenus de nous partager la responsabilité d'améliorer les résultats pour les patients.	0,4	1	4,8	2,7	16,9	14,3	34,5	34,9	43,0	47
12	Nous partageons des outils de coordination clinique.	3,2	2,9	24,5	18,1	34,5	37,2	25,3	30,5	10,8	11,3
13	Nous échangeons de l'information clinique entre partenaires.	8,0	3	20,9	20,6	33,7	36,5	27,7	29,9	7,2	9,9
14	Nous nous sommes servis de données afin de cerner les améliorations possibles pour notre (nos) population(s) cible(s).	2,0	0,6	10,0	7,5	28,5	21,1	36,5	40	21,7	30,8
15	Nous sommes prêts à remettre en question les bases du travail de l'équipe.	1,6	1,3	8,4	4,7	22,5	21,3	38,2	34,4	28,5	38,3
16	Nous évaluons de manière critique les faiblesses potentielles de la planification de notre ÉSO.	2,4	1,1	9,2	7,8	32,1	22,4	35,7	39,8	19,7	28,8
17	Les membres de l'ÉSO s'inspirent des idées des autres.	1,2	0,8	5,2	3,2	18,9	16,1	34,9	31,4	39,4	48,6
18	Favoriser l'autonomisation des personnes/membres impliqués dans l'ÉSO.	2,4	2	13,3	7,1	22,9	21,1	34,5	41,6	26,9	28,3
19	Communiquer la vision de l'ÉSO.	2,8	1,9	9,2	10,5	21,3	22,9	38,6	33,1	27,7	31,6
20	Créer un environnement où les différences d'opinion peuvent être exprimées.	4,4	2,7	13,7	8,1	19,3	22,1	28,5	32,2	33,7	34,9
21	Encourager l'ÉSO à être créative et à envisager les choses différemment.	4,8	2,2	13,7	11,8	26,1	22,1	34,1	38,1	20,9	25,9
22	Promouvoir le respect, la confiance et l'inclusion parmi les membres de l'ÉSO.	4,8	3	12,0	7,6	16,5	18,1	29,7	30,9	36,5	40,5
23	Communiquer entre les membres.	1,6	1,6	10,4	9	26,1	20,3	35,7	37,4	25,7	31,6
24	Organiser des activités des membres de l'ÉSO, y compris les réunions et des projets.	2,0	1,7	5,2	6,7	24,1	14,2	34,9	35,4	33,7	42,1
25	Des compétences et de l'expertise	0,4	0,6	2,8	2	28,9	31,9	55,4	56,7	9,2	8,8
26	Des données et de l'information	0,8	0,8	6,0	5,9	45,4	55,5	33,7	32,5	6,0	5,4
27	La capacité d'identifier des patients particuliers qui répondent aux critères de la population cible et de mener des interventions.	1,2	0,6	4,8	3,4	34,1	37	36,5	45,4	12,9	13,5
28	Des connexions avec des décideurs politiques, des agences gouvernementales, etc.	1,2	1,3	6,0	5,3	31,7	38,8	35,3	37,5	12,0	17,1
29	De l'argent	8,4	14,4	21,7	31,7	37,8	47,3	10,4	6,1	2,0	0,6
30	Des outils et des technologies	5,2	5,3	22,9	25	42,6	53,1	16,1	14,5	2,4	2,2

Question	Texte	1 (%)		2 (%)		3 (%)		4 (%)		5 (%)	
		C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1	C2	C1
31	L'attitude de l'organisme ou milieu de pratique envers les changements	0,4	0,7	18,1	17,2	41,8	37,7	38,2	44,5	--	0
32	Les VALEURS communes de votre organisme/milieu de pratique sont compatibles avec celles des autres membres de votre ÉSO.	0,8	0,3	0,8	1	6,0	5,2	29,3	24,9	61,0	68,4
33	Le PERSONNEL de votre organisme a un fort sentiment d'appartenance à votre ÉSO.	4,4	3,4	20,5	12,3	25,3	31,9	34,5	36,8	10,0	15,5
34	Je crois que ce changement sera bénéfique à mon organisme/milieu de pratique.	0,4	1,9	3,6	3,6	16,1	10,7	30,5	31,8	47,0	51,9
35	Ce changement rendra mon rôle plus facile.	2,4	3,6	29,3	36	22,5	21,6	30,9	27	7,6	11,9
36	Je crois qu'il m'en vaudra la peine si l'organisme adoptait ce changement.	1,2	1,3	1,2	2,1	11,2	8,7	28,1	27,4	54,2	60,5
37	J'ai les compétences nécessaires pour que ce changement soit efficace.	0,0	0,4	0,4	0,9	10,8	7,1	31,3	31,5	53,4	60,1
38	Ce changement perturbera plusieurs rapports professionnels que j'ai établis.	23,7	24,2	52,6	48,5	11,2	12,6	4,8	12	3,2	2,7
39	Nous adoptons une attitude « d'être tous logés à la même enseigne ! »	2,0	1,5	4,8	3,1	14,9	11,7	34,9	25,6	43,0	58,2
40	Nous prenons le temps nécessaire pour développer de nouvelles idées.	1,2	1,4	10,4	4,1	19,3	21,4	34,1	36,8	34,5	36,3
41	Croyez-vous que les objectifs de votre ÉSO pourront être atteints?	0,8	0	5,6	3,7	23,7	23,1	53,8	47,1	15,7	26,1

N.B. C1 = 1^{ère} cohorte ; C2 = 2^{ème} cohorte.

Annexe B – 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
Estimations de régression										
Ordonnée	3,70***	3,75***	4,05***	3,41***	4,26***	4,17***	4,22***	3,97***	2,65***	3,52***
Dirigée par un hôpital (1 = oui, 0 = non)	0,13	0,00	-0,06	-0,23	-0,36	-0,17	-0,41	0,03	0,19	0,15
Zone géographique (1 = urbaine, 0 = rurale)	-0,44	-0,33	-0,58	-0,41	-0,44	-0,51	-0,50	-0,88	0,31	0,11
Hôpital * Zone géographique	0,32	0,26	0,47	0,27	0,44	0,47	0,47	0,73	-0,54	-0,32
Paramètres des effets aléatoires										
ÉSO										
Variance (ordonnée)	-1,11**	-1,59***	-1,52***	-20,17***	-24,00	-2,01*	-29,85***	-1,07**	-1,43***	-1,93***
Variance (résiduelle)	-0,05	-0,38***	-0,27***	-0,04	-0,29***	-0,26***	-0,12**	-0,12*	-0,32***	-0,51***
Comparaisons (différences) entre le type d'organisation directrice et la zone géographique										
Hôpital vs Communautaire	0,29	0,13	0,17	-0,09	-0,14	0,07	-0,17	0,40	-0,09	-0,01
Urbaine vs Rurale	-0,28	-0,20	-0,35	-0,27	-0,22	-0,28	-0,26	-0,51*	0,03	-0,05
Comparaisons (différences) entre toutes les combinaisons de type d'organisation directrice et de zone géographique										
Communautaire Urbaine vs Communautaire Rurale	-0,44	-0,33	-0,58	-0,41	-0,44	-0,51	-0,50	-0,88	0,31	0,11
Hôpital Rurale vs Communautaire Rurale	0,13	0,00	-0,06	-0,23	-0,36	-0,17	-0,41	0,03	0,19	0,15
Hôpital Urbaine vs Communautaire Rurale	0,01	-0,07	-0,18	-0,36	-0,36	-0,21	-0,43	-0,12	-0,05	-0,07
Hôpital Rurale vs Communautaire Urbaine	0,57	0,33	0,51	0,18	0,08	0,35	0,09	0,91	-0,12	0,04
Hôpital Urbaine vs Communautaire Urbaine	0,45	0,26	0,40	0,05	0,08	0,30	0,07	0,76	-0,36	-0,18
Hôpital Urbaine vs Hôpital Rurale	-0,13	-0,07	-0,11	-0,13	0,00	-0,04	-0,02	-0,15	-0,24	-0,21

N.B. : * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001. Valeurs p ajustées avec la correction de Bonferroni pour les comparaisons multiples.