

TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ : L'EXPÉRIENCE CANADIENNE

Rapport de
recherche,
partie 2

Ce rapport a été rédigé par des experts indépendants, en collaboration avec le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Il vise à soutenir les travaux du CSBE sur la performance et la gouvernance du système de santé et de services sociaux du Québec. Le CSBE contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux.

Édition

Commissaire à la santé et au bien-être

880, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1S 2L2
Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être :

www.csbe.gouv.qc.ca

En collaboration avec

Joanne Castonguay
Commissaire à la santé et au bien-être

Recherche et rédaction

Jean-Louis Denis
Professeur au département de gestion, d'évaluation et de politiques en santé de l'École de santé publique, à l'Université de Montréal

Shoghig Téhinian
Agente de recherche au département de gestion, d'évaluation et de politiques en santé de l'École de santé publique, à l'Université de Montréal

Graphisme

Pro-Actif

Dépôt légal

ISBN : 978-2-550-93969-6

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION : LA GOUVERNANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ 5

I – Méthodologie 8

II – Sommaire des cas de transformation de la gouvernance du système de santé dans différentes juridictions canadiennes 10

TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN ALBERTA 11

Apprentissages clés 20

TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU MANITOBA 22

Apprentissages clés 30

TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN ONTARIO 31

Apprentissages clés 39

**TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE
DU SYSTÈME DE SANTÉ EN NOUVELLE-ÉCOSSE 40**

**TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE
DU SYSTÈME DE SANTÉ EN SASKATCHEWAN 45**

**LEÇONS APPRISSES DE L'EXPÉRIENCE CANADIENNE
EN MATIÈRE DE TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE
DES SYSTÈMES DE SANTÉ 49**

**ANNEXE 1 – HISTORIQUE ET CONTEXTE DES CHANGEMENTS DE
GOUVERNANCE DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ DE QUATRE PROVINCES
CANADIENNES 51**

Alberta 52

Manitoba 64

Nouvelle-Écosse 71

Ontario 76

**ANNEXE 2 – TABLEAU COMPARATIF DE TRANSFORMATION DE LA
GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS CINQ PROVINCES
CANADIENNES (ALBERTA, ONTARIO, MANITOBA, SASKATCHEWAN,
NOUVELLE-ÉCOSSE) 85**

LISTE DES ACRONYMES 89

RÉFÉRENCES 90

INTRODUCTION : LA GOUVERNANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les systèmes de santé au Canada, le Québec ne faisant pas exception, sont marqués par un ensemble de vulnérabilités persistantes qui réduisent leur efficacité et leur efficacité (Forest et Martin, 2018). Certaines de ces vulnérabilités sont associées à la propension historique de ces systèmes à favoriser une offre de soins hospitaliers et médicaux nécessaires au détriment d'une couverture adéquate de soins et services globaux dans des secteurs devenus prioritaires (p. ex. : santé mentale, soins à domicile, soins de longue durée, soins primaires et préventifs) (Usher et al., 2020). Deux constats sont à faire à partir de l'expérience que des sociétés comparables de type État-providence avancé (*advanced welfare states*) (Tuohy, 2018) ont fait des systèmes publics de santé depuis leur création :

1. il faut regarder au-delà de la production des soins et services pour produire la santé — la santé publique ou la santé des populations (Szreter, 2003; Buck et al., 2018) en tant qu'institution sociétale (Meyer, 2010) a un rôle crucial à jouer sur ce plan; et
2. les individus font face de plus en plus à des trajectoires de vie avec des conditions complexes et de longue durée qui nécessitent des interventions renouvelées et soutenues du système de soins et de différents secteurs (Geneau et al., 2010; Knaul et al., 2015; Milani et Lavie, 2015; Nolte et Mckee, 2008). Le rôle de la santé publique sur ce deuxième registre est aussi potentiellement important (Forest, 2014).

Parmi les efforts à consentir pour améliorer les systèmes publics de santé, plusieurs conviennent que la gouvernance a un rôle clé à jouer pour favoriser une meilleure adaptation de ces systèmes à l'évolution des besoins de la population et pour accomplir une modernisation et une amplification des capacités requises afin de se doter d'un système de santé efficient et performant (Greer, Wismar et Figueras, 2015; Hassan et al., 2021; Polin et al., 2021; Sheikh et al., 2021).

Le rôle de la gouvernance dans le secteur public est de traduire en orientations, objectifs et cibles précis la volonté de la société et des élus. Ce rôle implique de mobiliser différents leviers pour passer de l'orientation des actions vers les résultats attendus. On fait référence ici à des politiques, stratégies et mécanismes qui soutiennent la priorisation, la supervision, le financement, l'incitation, l'habilitation et l'évaluation des résultats des organisations qui composent le système. (CSBE, 2022 : 27).

Cette définition générale renvoie en pratique à la distribution de l'autorité et des responsabilités à l'échelle d'un système de santé, aux règles, dispositifs et pratiques mis en place pour assurer l'imputabilité des prestataires de soins et services et des organisations face à des objectifs jugés socialement désirables et à un ensemble de leviers pour soutenir l'atteinte de ces résultats.

Au Canada, les faiblesses des modèles de gouvernance mis en place pour piloter les systèmes publics de santé ont été reconnues de longue date. Dans un texte paru voilà plus de vingt ans, Angus et Bégin (2000) soulignaient la réactivité faible des systèmes publics de santé au Canada aux attentes et aux besoins des patients et des citoyens, l'absence d'incitations pour favoriser une meilleure réactivité de ces systèmes, une gouvernance centrale du système (palier gouvernemental) en silo. Ce type de gouvernance contrevient à la mise en place de systèmes de soins intégrés et, plus largement, de politiques globales et cohérentes de santé ainsi qu'à l'intégration suffisante des médecins dans la gouvernance du système et dans les organisations de santé. Ce dernier point est important et renvoie à une problématique plus large de mobilisation de différents groupes influents historiquement dans l'amélioration des systèmes de santé (Tuohy, 2018). De plus, il importe de mettre en place des stratégies spécifiques lors d'une démarche de renouveau de la gouvernance pour donner voie à des acteurs et à des groupes sous-représentés à ce jour, mais concernés par l'évolution du système de santé, la qualité des soins et services produits et la santé de la population en s'appuyant sur les nombreux développements dans le domaine de la participation citoyenne et des patients en santé (Abelson et al., 2016; Bombard et al., 2018; Falanga, 2020; Fusco, Marsilio et Guglielmetti, 2020; Halabi et al., 2020; Li et al., 2015; Montesanti et al., 2017; Pomey et al., 2015; Pomey, Denis et Dumez, 2019).

L'intérêt porté à la gouvernance dans les systèmes publics de services croît depuis une trentaine d'années. En s'inspirant des travaux récents sur la gouvernance en santé publique (Carlson et al., 2015; Di Ruggerio et al., 2022), il est possible de définir les marqueurs d'une gouvernance performante du système public de santé. Plus précisément, une gouvernance performante axée sur l'atteinte de résultats désirables ou d'objectifs collectifs se doit : 1) de favoriser en continu l'innovation et l'adaptation des politiques publiques; 2) de présider à l'adoption de mesures législatives ou réglementaires favorables au bon fonctionnement et à la performance du système de santé; 3) de valoriser la contribution de l'expertise et des connaissances dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques et des régulations; 4) d'assurer une mobilisation efficace de parties prenantes et de groupes sociaux concernés dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques; et 5) de favoriser une utilisation efficiente et appropriée des ressources à tous les paliers d'intervention du système de santé, entre autres en s'assurant de l'atteinte de résultats sur le plan de la santé de la population (Sutherland, 2021; DiStefano et al., 2022). Globalement, une gouvernance performante contribue au fonctionnement optimal du système de santé et accroît, par un effort soutenu de vigilance et de connaissance, la capacité d'innovation et d'adaptation d'un système afin de mieux répondre à l'évolution des besoins de la population et de l'environnement et, ultimement, d'atteindre les meilleurs résultats.

Il importe enfin de souligner que l'analyse des réformes des systèmes de santé a révélé une caractéristique fondamentale de ces systèmes, soit : *qu'aucun système de santé ne semble pouvoir se soustraire à la temporalité longue des changements, des apprentissages et des améliorations*. Un tel constat s'applique aussi lorsqu'il s'agit de transformer la gouvernance d'un système de santé. Cela implique que des changements conséquents (profonds, radicaux) vont se produire en toute probabilité de façon incrémentale dans le système de santé, incluant dans son système de gouvernance. Enfin, dans ce rapport, nous considérons que la gouvernance du système de santé au Québec, comme dans celui d'autres provinces canadiennes, s'apparente à un système fortement institutionnalisé et que, conséquemment, sa transformation exige une gestion du changement et un effort de développement organisationnel à l'échelle du système de santé.

Ces considérations étant faites, nous allons maintenant présenter l'expérience canadienne en matière de transformation de la gouvernance des systèmes de santé et en discuter. Nous présentons l'expérience de cinq provinces en matière de transformation de la gouvernance (l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse) afin d'informer les réflexions actuelles sur la gouvernance du système de santé au Québec.

I – MÉTHODOLOGIE

La méthodologie utilisée est celle d'une synthèse rapide de la littérature existante sur les réformes de la gouvernance dans les systèmes de santé canadiens.

Dans un premier temps, une analyse ciblée de la littérature scientifique a été réalisée par le biais d'une recherche systématique par mots-clés d'articles ou d'ouvrages pertinents pour la période 1990 à 2022 dans les banques de données disponibles (Embase, Medline, Web of Science, ProQuest). Les mots-clés incluent « système de santé », « réforme », « gouvernance » et leurs synonymes. Un premier filtre géographique a été appliqué sur cette recherche pour ne retenir que les articles ou les ouvrages traitant de cas canadiens. Le matériel récolté a ensuite été classifié de façon préliminaire selon une échelle de pertinence (pertinent et peu ou pas pertinent) après consultation des titres et abrégés des articles.

Une première analyse interprétative (analyse préliminaire) a été réalisée à partir d'une revue en profondeur des publications jugées pertinentes. Cette analyse a permis d'identifier des propriétés des modèles de gouvernance et des éléments clés à considérer lors de la mise en œuvre de la transformation de ces derniers, incluant sur le plan de l'organisation et des capacités. De plus, des cas spécifiques de systèmes de santé qui pourraient faire l'objet d'une analyse plus approfondie ont aussi été identifiés : l'Alberta, la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan, le Manitoba et l'Ontario. Les références de ces publications ont aussi été consultées par effet boule de neige et retenues selon leur pertinence.

Cependant, les données recueillies dans l'analyse préliminaire étaient limitées concernant les processus de la mise en œuvre des transformations de la gouvernance et, surtout, en ce qui concerne la création d'une agence de coordination ou de prestation des services. Ainsi, des recherches additionnelles dans la littérature grise ont été effectuées à partir des sites WEB des gouvernements, des ministères ou des agences concernés et des sites d'associations professionnelles ou de groupes de réflexion. Les documents concernant la conception, la planification ou l'implantation d'une agence de coordination ou de prestation des services ont été retenus. Des communications officielles des établissements nommés ci-dessus ont aussi été incluses pour l'analyse secondaire.

D'autres sources d'information ont aussi été utilisées pour compléter les informations recueillies par la revue de littérature, dont :

- Usher S, Denis J-L, Prével J, Côté-Boileau É, Valiquette-L'Heureux A. (2020). Health system reform trajectories in seven Canadian provinces : Narrative case studies of Alberta, Ontario, Manitoba, Nova Scotia, Saskatchewan and Québec (not published). Work supported by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) under Grant number 142179. [littérature scientifique et grise et entretiens semi-directifs avec informateurs clés];
- Entrevues avec des informateurs clés qui ont exercé un leadership lors de la transformation de la gouvernance de leur système de santé respectif (Alberta, Manitoba, Ontario).

Ainsi, ce rapport est structuré de manière hybride. Il contient dans un premier temps trois études de cas de transformation de la gouvernance des systèmes de santé albertain, ontarien et manitobain, enrichies de textes complémentaires (annexe 1). Ensuite, des cas plus succincts ont été ajoutés à titre illustratif, dont les cas de la Saskatchewan et de la Nouvelle-Écosse, qui ont entrepris une transformation de la gouvernance de leur système de santé de la même envergure que les trois provinces mentionnées ci-dessus. Enfin, les cinq cas narratifs sont accompagnés à l'annexe 2 d'un tableau comparatif se rapportant à différents éléments associés à la transformation de la gouvernance dans les différentes juridictions étudiées.

II – SOMMAIRE DES CAS DE TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ DANS DIFFÉRENTES JURIDICTIONS CANADIENNES

Cette section présente de façon sommaire cinq cas d'expériences de transformation de la gouvernance dans les systèmes de santé au Canada. L'attention est portée sur des juridictions qui ont créé une autorité unique ou plus intégrée de gouvernance pour l'ensemble du système de santé. D'un point de vue structurel, il s'agit de séparer les rôles d'orientation et de formulation des politiques de la gestion des opérations courantes du système de santé et, plus spécifiquement, de l'organisation et de la production des soins et services. Ce passage à une gouvernance partagée au niveau central entre le rôle politique et fiduciaire d'un ministère de la santé et un rôle de gestion des opérations par une agence dédiée s'accompagne, comme nous le verrons dans chacun des cas, de la création d'entités territoriales (zones) ou régionales. Ces entités ont le double rôle de concrétiser les orientations en matière d'organisation et de production des soins et services et d'adaptation de l'offre aux contingences locales. Concrètement, la gouvernance du système de santé consiste à installer des capacités et à définir des rôles et des responsabilités pour ces différents paliers d'intervention du système de santé. La gouvernance d'un système de santé mobilise ces capacités pour planifier l'offre de soins et services et pour s'assurer d'adapter en continu l'offre à l'évolution des besoins de la population.

L'analyse que nous présentons de l'évolution de la gouvernance dans cinq provinces s'appuie initialement sur les questions suivantes :

- Comment l'organiser?
- Quels rôles clés sont à définir?
- Quelles ressources et quelles expertises sont requises?
- Comment faire participer les acteurs clés du système de santé à cette transformation?
- Comment assurer l'atteinte des résultats souhaités par la nouvelle autorité de gouvernance?

Des informations partielles sont disponibles dans la littérature scientifique ou grise pour répondre à ces questions. Le lecteur constatera aussi que certains cas sont plus élaborés que d'autres reflétant ainsi les limites ou le potentiel de l'information disponible et aussi la période d'implantation de la transformation de la gouvernance. Les sommaires de chacun des cas sont complétés par une documentation plus exhaustive présentée à l'annexe 1. Les trois cas les plus approfondis (l'Alberta, le Manitoba et l'Ontario) sont présentés dans un premier temps en ordre chronologique, suivis des deux cas complémentaires (la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan).

TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN ALBERTA

L'Alberta est souvent évoquée en tant que la première province canadienne qui a centralisé la gouvernance de son système de santé en créant une seule entité de gouvernance responsable de la prestation des services de santé dans toute la province (Philippon et Braithwaite, 2008).

Structures préréforme : les régies régionales de santé

Le système de l'Alberta avait auparavant une gouvernance qui était composée de l'Alberta Health (ministère de la Santé) et d'environ 200 conseils d'administration d'établissements de santé responsables de la prestation des services. En 1994, sous le projet de loi *Regional Health Authorities Act*, 17 régies régionales de santé (Regional Health Authorities) ont été créées ayant pour objectifs d'administrer le système de santé de manière plus efficiente et de mieux répondre aux besoins des communautés locales. Ces régies ont été réduites à neuf en 2004 (Church et Smith, 2008).

L'Alberta a été marquée par des initiatives de soins de santé primaires qui ont façonné le contexte des services et ont permis à un leadership clinique médical de s'installer à l'échelle provinciale. C'est le cas de la création des Primary Care Networks (réseaux de soins primaires) qui ont été le résultat des Fonds de transition des soins de santé primaires fédéral et d'un accord entre l'Alberta Medical Association (association médicale de l'Alberta), l'Alberta Health et les régies régionales. Les trois parties ont signé un accord-cadre trilatéral de huit ans (2003-2011) pour soutenir les initiatives locales de soins primaires (Leslie et al., 2020; Spenceley et al., 2013).

La régionalisation témoignait des aspirations du gouvernement de passer à un système de santé plus intégré sur le plan de la gouvernance avec un objectif clair de réduction des coûts. Cependant, plusieurs années suivant

l'implantation des régies régionales, cette réforme de la gouvernance a été décevante en ce qui a trait à la performance affligeante, du mécontentement du public et des déficits majeurs continuels dans les budgets annuels des régies régionales. Du point de vue des décideurs gouvernementaux, la régionalisation avait créé des barrières pour les patients à l'échelle locale et avait exacerbé la fragmentation du système de santé. Il y avait un besoin criant pour une meilleure performance du système avec une intention de réduction des coûts administratifs (Veitch, 2018).

Phase de transition : opérationnalisation de la réforme pour un système intégré-centralisé de gouvernance

Le changement de gouvernement en 2008 a amorcé une démarche de centralisation majeure de la gouvernance du système de santé albertain. Dès le mois de mai de l'année 2008, le nouveau ministre de la Santé a annoncé la création d'une seule entité de gouvernance provinciale, l'Alberta Health Services (services de santé de l'Alberta, qui remplacerait toutes les instances de gouvernance régionales et provinciales. Dès lors, un seul conseil d'administration, l'Alberta Health Services Board (conseil des services de santé de l'Alberta), a été créé en remplacement de tous les conseils existants (Government of Alberta, 2008). Ce conseil a été l'instigateur de la transformation du système entre 2008 et 2009 en entretenant de nombreuses rencontres pour structurer l'Alberta Health Services et mettre en place des conditions pour l'implantation d'un système de gouvernance intégré et ultimement d'un système de santé plus coordonné et intégré (Alberta Health Services, 2008a).

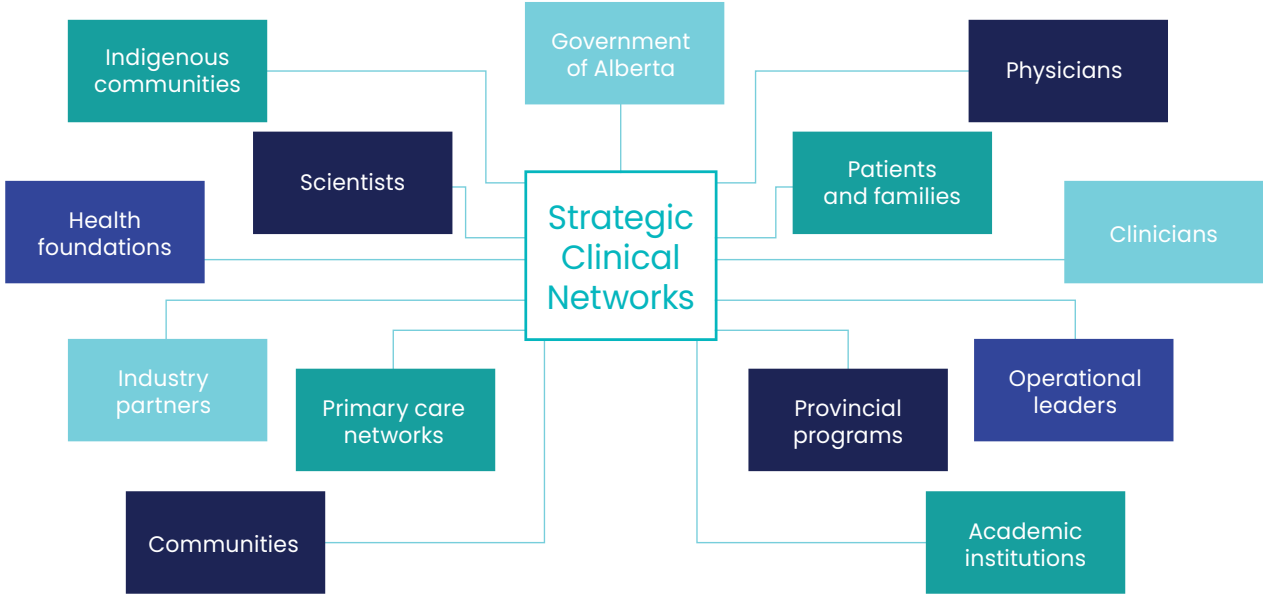
Le 1^{er} avril 2009 marquait le début officiel de l'Alberta Health Services avec la nouvelle année financière. Les débuts de l'Alberta Health Services étaient marqués par l'incertitude, l'instabilité, le désengagement et la méfiance envers le nouveau système de gouvernance, surtout par les communautés qui doutaient du degré d'attention que cette nouvelle structure pourrait leur porter. Ainsi, pour répondre aux besoins locaux, l'Alberta Health Services a établi en 2010 cinq larges zones géographiques et a créé des canaux de communication avec les citoyens. La création de ces zones était une étape importante vers le maintien d'une certaine décentralisation de la prise de décision, permettant au système de mieux répondre aux besoins des communautés locales. Cette division en zones a joué un rôle facilitateur dans la mise à niveau d'initiatives et de meilleures pratiques cliniques (*best practices*) grâce à des relations renouvelées de partenariat réduisant la compétition qui existait auparavant entre les régions. L'Alberta Health Services a aussi consacré sa première décennie à renforcer les relations avec les personnes à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation pour atténuer le désengagement initial des différentes parties prenantes envers la nouvelle structure de gouvernance (Church et Smith, 2022).

Suivant cette réforme à grande échelle, un besoin de structures et de processus provinciaux pour équilibrer les priorités organisationnelles locales et les enjeux cliniques provinciaux s'est manifesté par des leaders cliniques. Pour y répondre, des Strategic Clinical Networks (réseaux cliniques stratégiques) ont été créés. Ces derniers sont des équipes multipartites composées de cliniciens, de patients, de gestionnaires et d'autres acteurs qui travaillent ensemble pour faire progresser l'innovation et l'amélioration du système de santé (**figure 1**). Chaque réseau utilise des données probantes pour identifier les lacunes dans les soins, hiérarchiser les domaines à améliorer, élaborer et évaluer des stratégies et mettre en œuvre des solutions qui améliorent les impacts en santé, l'accès, les expériences des patients et des familles et la prestation des services de santé. Cette approche ascendante (*bottom-up*) offre une alternative au changement du système de santé uniquement dirigé du haut vers le bas. Les fournisseurs de soins ne sont cependant jamais mandatés à implanter les stratégies ou les outils élaborés par les réseaux cliniques stratégiques. L'implantation se fait sur une base volontaire lorsque les résultats cliniques des réseaux cliniques stratégiques fondés sur des preuves sont publiés et convainquent les fournisseurs de suivre (Ambler, Leduc et Wickson, 2019; Wasylak, Strilchuk et Manns, 2019; Yiu, Belanger et Todd, 2019b).

La figure 1 présente l'ensemble de la gouvernance du système de santé en Alberta et les réseaux cliniques stratégiques en tant que leviers privilégiés pour intégrer les soins et services autour d'enjeux cliniques spécifiques. Pour plus de détails sur les réseaux cliniques stratégiques et leurs impacts, voir l'historique de l'Alberta à l'annexe 1.

Figure 1 : Ensemble des parties prenantes dans la gouvernance des SCNs

Appendix 1 (as submitted by the authors): Strategic Clinical Network stakeholders



Appendix to: Yiu V, Belanger F, Todd K. Alberta's Strategic Clinical Networks: Enabling health system innovation and improvement. CMAJ 2019. doi: 10.1503/cmaj.191232. Copyright © 2019 The Authors) or their employers). To receive this resource in an accessible format, please contact us at cmajgroup@cmaj.ca.

Après que la réforme a eu lieu, divers rapports qui ont informé les décideurs des répercussions de la transformation de la gouvernance du système de santé en Alberta ont été publiés. Parmi ces rapports, celui du Conseil de la qualité de santé de l'Alberta en 2012 soulevait des inquiétudes concernant les longues attentes jugées dangereuses aux urgences, une culture de « peur et d'aliénation » et une ingérence politique persistante dans la gouvernance du système (Health Quality Council of Alberta, 2012). En parallèle, le rapport du vérificateur général de l'Alberta en 2012 a identifié les lacunes du système des soins primaires et de l'intégration des services dans la nouvelle structure, surtout en ce qui concerne la gouvernance d'ensemble du système de santé (Office of the Auditor General, 2012). En réponse, le gouvernement a créé une commission chargée d'identifier des moyens d'amélioration de la gouvernance du système de santé par rapport aux acteurs clés (Alberta Health Services, Alberta Health Services Board, le ministère et les médecins). Le résultat de cette commission était un rapport qui clarifiait surtout les rôles que devrait jouer chacun des acteurs dans le système (voir l'annexe 1 pour les recommandations de la commission) (Alberta Health, 2013). Un autre rapport du vérificateur général en 2017 attirait l'attention une fois de plus sur la problématique de la duplication des actions entre les différents paliers de gouvernance (Office of the Auditor General, 2017). Enfin, en 2012, la firme EY (anciennement appelée Ernst & Young) a été contractée pour évaluer la performance du système de santé (Ernst & Young LLP, 2012).

Suivant ces rapports, le gouvernement a publié un plan de mise en œuvre en 2020 qui s'étale sur plusieurs années. Ce plan vise à renforcer le système de santé selon cinq thématiques d'action, dont l'une d'elles est la gouvernance. Neuf recommandations ont été faites à ce sujet, dont trois ciblent l'Alberta Health Services et six le ministère de la Santé, l'Alberta Health. Ces recommandations incluent (Alberta Health Services, 2020) :

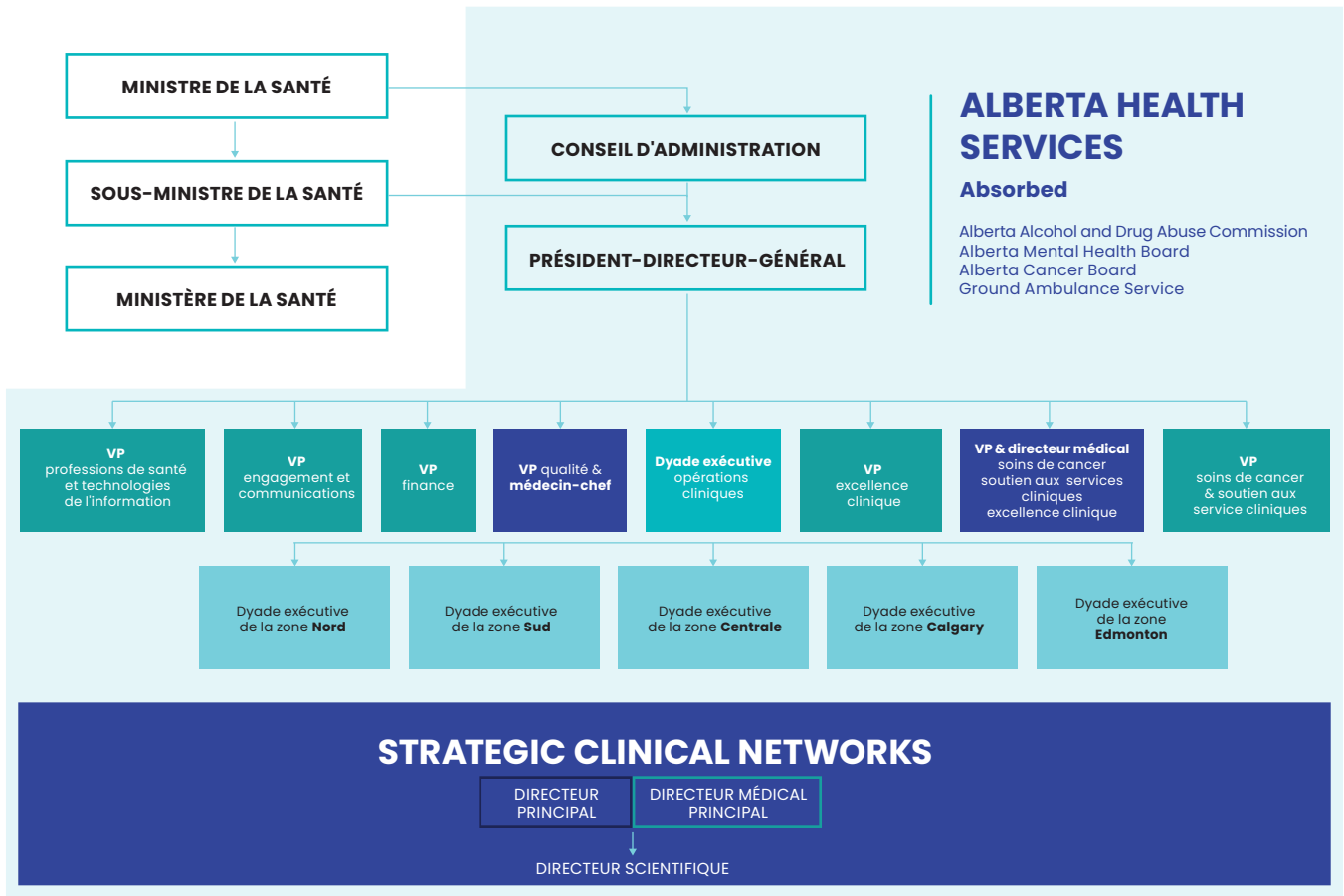
- Le renforcement de l'imputabilité entre l'Alberta Health et l'Alberta Health Services;
- L'affectation d'un leader senior pour gérer l'interface entre l'Alberta Health et l'Alberta Health Services;
- L'établissement d'un secrétariat dédié aux prestataires indépendants;
- La création d'un modèle de financement pour séparer les fonds en trois catégories (budgets globaux, subventions ciblées pour les priorités de la province, financement spécifique pour les services de prestataires indépendants);
- La terminaison de l'entente avec un prestataire privé (Covenant Health) et la signature d'une nouvelle entente;
- Le développement d'un cadre d'imputabilité pour les technologies de l'information et pour les soins de santé primaire;
- La reconsidération du nombre et du mandat des SCNs;
- La complétion de la consolidation du système de santé intégré.

La structure de l'autorité de gouvernance : l'Alberta Health Services

L'Alberta Health Services réunit 12 entités de santé autrefois distinctes dans la province, dont trois organisations provinciales de la santé (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Alberta Mental Health Board, Alberta Cancer Board) et le service d'ambulance qui a été ajouté aux responsabilités de l'Alberta Health Services les jours suivant l'annonce de sa création (Alberta Health Services, 2022a).

L'Alberta Health Services s'est structuré de manière à impliquer les cliniciens dans la gouvernance en tant que cadres supérieurs entretenant une imputabilité partagée avec les gestionnaires en ce qui concerne le budget ainsi que les résultats. Pour ce faire, des « dyades » (*dyad leadership system*) ont été instaurées dans le but de transférer certaines responsabilités à l'exécutif de l'Agence. C'est le cas pour la vice-présidence des opérations cliniques à l'échelle des zones administratives, qui est partagée entre un gestionnaire et un clinicien. Chacune des zones est aussi dirigée par ces dyades qui constituent des équipes exécutives imputables aux deux chefs des opérations cliniques (**figure 2**) (Alberta Health Services, 2021).

Figure 2 : Structure de gouvernance de l'agence Alberta Health Services telle qu'elle s'inscrit dans le système de santé albertain.



Adapté de Alberta Health Services. (2023). *Organization Chart*. Alberta Health Services. Retrieved February 11, 2023, from <https://www.albertahealthservices.ca/about/Page11884.aspx>

Pour maintenir une relation adéquate avec les communautés à l'échelle locale, le conseil de l'Alberta Health Services entretient aussi des partenariats avec 12 conseils représentant les régions géographiques partout dans la province. Quatre autres conseils se préoccupent des services et des programmes à l'échelle de la province, dont : la dépendance et la santé mentale; les soins pour le cancer; les soins pour les aînés et les soins continus; et les soins pour les personnes s'identifiant à une orientation sexuelle, une identité et une expression de genre différentes. Enfin, le PDG entretient aussi des relations avec un conseil de sagesse, qui représente les peuples autochtones sur le territoire albertain pour une prestation de services de santé culturellement appropriée et innovante (Alberta Health Services, 2022c).

Le financement de l'Alberta Health Services provient du ministère qui leur verse un certain montant, réparti dans plusieurs postes budgétaires. L'Alberta Health Services doit rester à moins de 5% de ces enveloppes et les frais d'administration ne peuvent pas dépasser 3,3% des dépenses totales. Dans leur évaluation de la performance du système de santé albertain, la firme EY rapporte que ce système équilibre la flexibilité opérationnelle de l'Alberta Health Services et son imputabilité devant son administrateur (Ernst & Young LLP, 2019).

Il existe une entente d'imputabilité claire entre le ministre et l'agence qui se matérialise principalement par des documents émis par l'Alberta Health Services dont : le plan de santé, le plan d'affaires, le budget, le rapport annuel, le mandat et les lettres d'imputabilité, les rapports de performance trimestriels et le code de conduite (Alberta Health Services, 2008b, 2022d).

Le **tableau 1** décrit le rôle des différentes entités impliquées dans la gouvernance du système de santé.

Tableau 1 : Rôles des entités clés dans la gouvernance du système de santé albertain

Entité de gouvernance	Rôles et responsabilités
Ministre, sous-ministre et ministère	Orientation globale stratégique du système de santé, incluant les politiques de santé, la surveillance de la performance du système de santé, le recrutement des membres du CA de l'Alberta Health Services, l'approbation du budget de l'Alberta Health Services et son financement.
CA de l'Alberta Health Services	Gouvernance opérationnelle de l'agence, incluant la mise en œuvre des politiques gouvernementales, le recrutement et l'évaluation du PDG, la mise en place de comités soutenant le bon fonctionnement du CA et les relations avec les conseils communautaires.
PDG de l'Alberta Health Services	Leadership et gestion de l'agence, incluant l'administration de tous ses programmes et opérations.

Autres considérations liées à la transformation de la gouvernance en Alberta

SYNDICATS

Lors de la transformation, le gouvernement albertain n'a pas rencontré d'obstacles quant aux conventions collectives. Le contexte du système de santé albertain est tel qu'il y a peu d'unités de négociation syndicale (Alberta Union of Provincial Employees, Health Sciences Association of Alberta, United Nurses of Alberta, Alberta Medical Association). En ce qui concerne les employés de l'Alberta Health Services, la majorité ont été pris en charge par deux autres grandes unités de négociation qui existaient déjà, le Health Sciences Association of Alberta et l'Alberta Union of Provincial Employees.

LA RÉORGANISATION DES PRIMARY CARE NETWORKS (RÉSEAUX DE SOINS PRIMAIRES)

C'est avec les transformations au niveau de la gouvernance que les lacunes identifiées par le vérificateur général en 2012 ont pu être engagées pour appuyer l'amélioration du système de soins de santé primaire. Une nouvelle structure pour intégrer les Primary Care Networks a été créée, dans laquelle ces réseaux et l'Alberta Health Services coplanifieraient leur prestation de services. Cette structure comprend un comité des Primary Care Networks à l'échelle provinciale qui assure la gouvernance, le leadership et les priorités stratégiques — et cinq comités à l'échelle des zones de l'Alberta Health Services. Les médecins responsables du ministère de la Santé, de l'Alberta Health Services, des Primary Care Networks et un représentant sans droit de vote de l'Alberta Medical Association (association médicale de l'Alberta) sont membres du comité provincial des Primary Care Networks (Leslie et al., 2020).

MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE POUR LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Même après la création de l'Alberta Health Services, il n'y avait pas de plan pour les technologies de l'information qui comprenaient plus de 1 300 systèmes d'information clinique indépendants. L'Alberta Health Services a soumis un plan stratégique en 2014–2015 et a obtenu un financement du ministère pour le mettre en œuvre. Une feuille de route a été élaborée en 2016–2017. L'Alberta Health Services a depuis mis en place diverses initiatives de consolidation de ces systèmes et a réinvesti ses économies dans un système d'information clinique provincial partagé surnommé *Connect Care*, permettant aux équipes de soins de santé de l'Alberta Health Services d'accéder à l'information et de l'enregistrer dans le même dossier de santé, plutôt que d'entreposer les informations de santé dans de nombreux systèmes qui ne communiquent pas entre eux. Ainsi, lorsque l'implantation de ce système sera complétée, les patients non seulement auront accès à leurs informations, mais elles pourront aisément voyager d'un service à l'autre (Alberta Health Services, 2019c, 2022b, 2022e).

1 L'Alberta Health Services fournit un plan de mise en œuvre du système d'information : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/cis/if-cis-cc-infographic-site-implementation-timeline.pdf>

APPRENTISSAGES CLÉS

Il se dégage de l'expérience albertaine en matière de transformation de la gouvernance du système de santé (voir l'historique en annexe 1 du présent rapport) un ensemble d'éléments à retenir :

- Un démarrage rapide, c'est-à-dire la mise en place précipitée d'une nouvelle structure de gouvernance à l'échelle d'un système de santé, peut mener **à court terme** à une perte de confiance des prestataires de soins et services.
- L'absence ou le manque de planification stratégique lors de la création de l'agence et le manque d'examen approfondi des risques et des conditions de mise en œuvre peut semer la confusion chez les prestataires de soins et services (personnel clinique et organisations) et la population quant aux attentes manifestées et leurs rôles respectifs.
- L'absence d'une définition claire des rôles et responsabilités de chacun des acteurs clés du système lors du démarrage de la nouvelle structure de gouvernance peut mener **à court terme** au dédoublement des actions et à une perte d'efficacité.
- La mise en place d'un conseil d'administration qui pilote et planifie la transformation par des ententes et des attentes claires du ministère envers cette entité de gouvernance joue un rôle facilitant.
- Un instrument d'imputabilité (tel le Health Plan) mis en place entre l'agence et le gouvernement joue un rôle important dans la surveillance de la transformation et de son impact.
- La réflexion continue ou périodique par le biais de rapports ou de commissions (rapports du vérificateur général en 2012 et 2017, commission sur la gouvernance en 2013 et rapport de la firme EY en 2019) joue un rôle clé dans la mise en œuvre de la transformation et dans l'ajustement du modèle initial de gouvernance.
- La mobilisation du leadership clinique est cruciale à la mise en place d'initiatives durables et à fort impact pour le système de santé (exemple des Strategic Clinical Networks).
- L'importance de maintenir un équilibre entre la centralisation et la décentralisation pour stimuler la création d'initiatives locales à fort impact sur l'organisation et la production des soins et services (zones au sein de l'agence).
- L'importance des initiatives visant à soutenir l'intégration des soins par groupe de patients ou par problématiques de santé afin de mieux répondre aux besoins de la population — ce qui semblait difficile à réaliser avec le modèle de gouvernance d'avant 2008 : les Strategic Clinical Networks.

Résultats présumés

- Meilleure équité due à l'amélioration de l'intégration des soins et services, ainsi que leur standardisation partout dans la province (soins de longue durée, soins ambulatoires).
- Meilleur flux continu des patients entre les zones, jouant un rôle facilitateur lors de la pandémie de COVID-19.
- Amélioration perçue de la qualité des soins avec les Strategic Clinical Networks, p. ex. réduction de 9% de l'utilisation inappropriée d'antipsychotiques dans les soins de longue durée; réduction de moitié du temps entre le diagnostic d'un accident vasculaire cérébral et le traitement.
- Amélioration de l'efficacité du système de santé : une analyse intermédiaire des coûts, des avantages et de la valeur cumulés du Strategic Clinical Networks (basée sur 15 projets lancés entre 2012 et 2018) a montré que le travail des Strategic Clinical Networks a entraîné des économies cumulées de 143 800 jours-lits et généré des économies nettes de 62,5 millions de dollars. De plus, le retour sur l'investissement cumulé est estimé de 1,54\$ pour chaque dollar investi. Ces résultats sont mesurés régulièrement en continu.
- La création de l'Alberta Health Services semble favoriser la mise en œuvre d'un système d'information clinique provincial partagé (*Connect Care*).
- Moins de doublons des actions entre le ministère et les fournisseurs de soins et services que dans d'autres provinces qui n'ont pas centralisé leur système de santé par le biais d'une agence responsable de l'organisation des soins et services de santé.
- La création d'une autorité unique de gouvernance qui n'a pas éliminé une **politisation périodique** de la gouvernance.

Dans l'ensemble, la mise en place en Alberta dès 2008 d'une autorité unique et intégrée de gouvernance pour l'ensemble du système de soins témoigne d'un long processus de maturation avant que des initiatives structurantes prennent forme et créent de la valeur pour le système de santé. Ce long processus de maturation ne surprend pas étant donné la temporalité longue des changements et les améliorations dans les organisations et systèmes de santé. Il est fort probable qu'une planification plus attentive du démarrage au concret de la nouvelle entité de gouvernance (Alberta Health Services) aurait permis de stabiliser plus rapidement le fonctionnement et le rôle de l'Alberta Health Services à l'égard des autres composantes du système de gouvernance et de santé de l'Alberta, entre autres. Enfin, l'Alberta montre clairement que la création d'une autorité unique de gouvernance pour le système de santé doit s'accompagner d'un changement important du rôle du ministère de la Santé dans la gouvernance du système. De plus, elle souligne les capacités importantes requises pour opérer des transformations à grande échelle dans le système de santé.

TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU MANITOBA

Les réformes du système de santé au Manitoba ont généralement laissé les transformations des structures de gouvernance régionales et provinciales intactes et ont été marquées par une participation citoyenne plus apparente que dans d'autres juridictions.

Structures préréforme : régies régionales de santé

En 1997, le système de santé du Manitoba a été réorganisé en régions avec la création de onze régies régionales de santé responsables de la prestation des services de santé. Les activités de ces régies étaient coordonnées à l'échelle provinciale par une organisation appelée Regional Health Authorities of Manitoba Inc. (Bergevin et al., 2016).

Dans les années 2000, les régies régionales de santé se sont surtout concentrées sur la prestation des soins de santé primaires et ont mis en place de nombreuses initiatives se rapportant à leur renouvellement. En parallèle, le ministère de la Santé a mis en place des partenariats avec d'autres ministères en établissant une division de coordination interdépartementale pour offrir des soins et services intégrés de qualité. Une des particularités de la province, qui existe encore à ce jour, est l'entente conclue entre le gouvernement et l'Université du Manitoba établissant le Manitoba Centre for Health Policy (Centre des politiques de santé du Manitoba). Cette institution a développé une collaboration avec cinq ministères et les 11 régies régionales de santé pour répondre à des besoins de recherche visant à améliorer l'état de santé des Manitobains en se fondant sur les connaissances scientifiques (Marchessault, 2011; Martens, 2011).

En 2012, les régies régionales ont été fusionnées et réduites à cinq dans le but d'économiser sur des coûts administratifs et ainsi épargner 10 millions de dollars. Par la suite, en collaboration avec des dirigeants médicaux, le gouvernement a établi le Provincial Medical Leadership Council relevant du sous-ministre pour assurer un leadership dans la planification de la prestation des services cliniques et pour soutenir une approche intégrée de recrutement et de rétention du personnel médical dans la province du Manitoba (Government of Manitoba, 2012; Manitoba Health, Seniors et Active Living, 2017).

Phase de transition : opérationnalisation de la réforme pour un système de gouvernance intégré-centralisé

En 2016, les élections provinciales, remportées par le parti progressiste-conservateur, ont été précurseurs de changement dans le domaine de la santé. Suivant à cette victoire, le ministre de la Santé du Manitoba a donné suite à une promesse faite de revoir les dépenses en soins de santé en prévision des compressions budgétaires fédérales.

Trois rapports clés ont suivi en 2017 et ont agi comme déclencheurs des transformations structurelles de gouvernance du système. Ces trois documents ont conclu que le système de santé manitobain était trop complexe et agissait comme obstacle à la prestation efficace et efficiente des services. Les défis documentés concernaient surtout les structures organisationnelles et les modèles de gouvernance trop complexes et inadéquats par rapport au nombre d'habitants, produisant un dédoublement des rôles et des fonctions des agences de santé. De plus, les résultats du système de santé démontraient un manque d'efficacité, avec des coûts énormes ne produisant pas les résultats souhaités en comparaison avec les autres provinces. Ainsi, ces problèmes ont suscité une attention particulière du gouvernement à l'amélioration de l'efficacité par le biais de l'intégration des soins et services de santé (Elhard et al., 2017; KPMG, 2017a, 2017b; Peachey et al., 2017).

Les trois documents proposaient aussi la création d'un organisme provincial de la santé permettant une meilleure planification et une intégration accrue des services de soins de santé dans la province. Le Manitoba s'est aussi fondé sur les transformations de la gouvernance qui ont eu lieu en Alberta, en Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse. Cependant, le gouvernement manitobain n'a pas poursuivi une politique de centralisation de la gouvernance comme celle des autres provinces. Plus particulièrement, le but était d'intégrer les services qui seraient pertinents de fournir à une échelle provinciale plutôt que régionale, tels que les services administratifs (chaînes d'approvisionnement, service de paie unique, ressources humaines), certains services cliniques (services de diagnostic, services d'urgence, ingénierie clinique, banque de tissus, prévention et contrôle des infections), les services

prenant en charge les conventions collectives et la planification des services cliniques à l'échelle provinciale. La sous-ministre a été une interlocutrice importante au début en implantant certaines des recommandations reçues par les parties prenantes en ce qui concerne la structure de gouvernance. Une des priorités de la transformation a ainsi été la standardisation de la réglementation de la profession médicale et la provincialisation des comités des normes médicales (informateur clé).

Le Manitoba se distingue aussi des autres provinces par l'importance accordée à la planification de la transformation de son système de santé. En juin 2017, la direction de la future agence de coordination nommée Shared Health annonçait la création d'un plan provincial des services cliniques et préventifs (Wright, 2017). Puis, en décembre 2017, la sous-ministre annonçait l'établissement du Transformation Leadership Team (Équipe de direction de la transformation), sous sa présidence, pour opérationnaliser la transformation en effectuant une planification stratégique et en rédigeant une feuille de route pour son opérationnalisation sur plusieurs années (Herd, 2017).

En 2018, l'organisation des services diagnostiques (Diagnostic Services Manitoba) devenait la coquille du ministère de la Santé de l'Alberta (Herd, 2018a). Le Transformation Management Board (conseil de gestion de la transformation), présidé par le ministre de la santé, a été créé pour piloter l'ensemble du processus de transformation du système de santé au niveau ministériel. Le but du Transformation Leadership Team était de diminuer les couches organisationnelles bureaucratiques pour permettre une transformation plus rapide (informateur clé).

Vers la fin de l'année 2018 et au début de l'année 2019, le Transformation Leadership Team s'est surtout concentré sur la finalisation du plan des services provinciaux cliniques en collaboration avec le leadership médical clinique de la province. Ce plan vise à assurer que les modèles de soins, les rôles des fournisseurs et le cheminement clinique des patients sont clairement définis dans tout le continuum de soins, ce qui se traduira par une amélioration de l'accès, de l'équité et des résultats pour les patients (Shared Health, 2019c).

L'activation de l'Agence de soins communs (Shared Health) n'a eu lieu qu'en avril 2019, deux années après l'annonce de sa création, en commençant avec le transfert de certains services et certains programmes régionaux (Shared Health, 2019a). En parallèle, le projet de loi associé à la transformation du système a été déposé à l'Assemblée législative. Ce projet de loi avait pour but de remplacer le *RHA Act* par la «Loi modifiant la loi sur les offices régionaux de la santé (gouvernance et obligation redditionnelle au sein du système de santé)»². Suivant ces premières étapes d'activation,

2 PL 10, Loi modifiant la loi sur les offices régionaux de la santé, 4^e sess, 41^e leg, Manitoba, 2019. <https://web2.gov.mb.ca/bills/41-4/pdf/b010.pdf>

la transition vers la phase deux du programme de transformation a été amorcée dans le but de rendre l'Agence de soins communs opérationnels (Shared Health, 2019b). La pandémie de COVID-19 a beaucoup ralenti l'avancement du programme de transformation. Cependant, en 2021, les processus se sont remis en marche et une revue de la gouvernance du conseil d'administration par intérim de l'Agence de soins communs a été demandée auprès d'un consultant pour pouvoir mettre en place un conseil permanent. Ce n'est qu'en avril 2022 que l'Agence de soins communs a commencé à être opérationnelle.

Un point clé opérationnel de la transformation est la mise en place du Programme de transformation du système qui sert à guider la planification stratégique et la mise en œuvre progressive des vastes changements qui y associés. Il est pertinent de noter que le gouvernement manitobain a fait preuve de transparence et a fourni des renseignements extensifs sur l'opérationnalisation de cette réforme. Il existe une section complète sur leur site intitulé Transformation du système de santé (*Health System Transformation*) où il y dépose toutes les lettres du sous-ministre ainsi que du PDG en parallèle aux présentations, aux rapports et aux mises à jour qui contiennent toutes les informations nécessaires pour suivre l'évolution de ce programme. Une charte existe pour identifier sa portée générale, incluant son rôle et son mandat et permettre d'établir une base solide pour sa gouvernance en définissant sa portée et sa structure, assurant ainsi une compréhension commune du rôle et des responsabilités des principaux dirigeants, des projets et des résultats (Government of Manitoba, 2022).

La structure de l'autorité de gouvernance : Agence de soins communs

Dans le cas du Manitoba, les régies régionales et leur conseil d'administration n'ont pas été dissolus. Ils se voient attribuer le rôle d'organisations prestataires des soins et services de santé, étant redevables au ministre de la Santé par le nouveau cadre d'imputabilité créé par le Programme de transformation de santé. Chacune des régies régionales de santé est toujours responsable de la prestation des services dans la région qui lui est attribuée. L'Agence de soins communs joue alors le rôle de coordination en soutien aux régies régionales de santé et de planification stratégique de la prestation des services dans toute la province en absorbant toutes les organisations qui opéraient à l'échelle provinciale, à l'exception de l'organisation des soins pour le cancer. De plus, une des fonctions uniques qui s'ajoute aux responsabilités de l'Agence de soins communs est la planification des services cliniques, avec le Health Sciences Center en tant qu'hôpital qui fournit des services plus spécialisés qui sont planifiés à l'échelle provinciale (traumatismes, greffes, grands brûlés, neurosciences, soins complexes contre le cancer et soins pédiatriques).

Le premier changement implanté concerne le rôle du ministère de la Santé qui devait se départir de la prestation directe de services de santé. Dès lors, ce dernier est plutôt tenu de se concentrer sur les politiques, la planification, le financement et la surveillance du système de santé. Ainsi, le chevauchement entre le ministère et les fournisseurs de services de santé est diminué et le ministère peut assurer une surveillance et une responsabilisation appropriées du système dans son ensemble. Afin de renforcer le rôle du ministère, des ressources spécifiques des régies régionales de santé et des organisations de la province lui ont été transférées, incluant des ressources de gestion et d'analyse de l'information, de gestion du rendement et de la responsabilisation et de politiques.

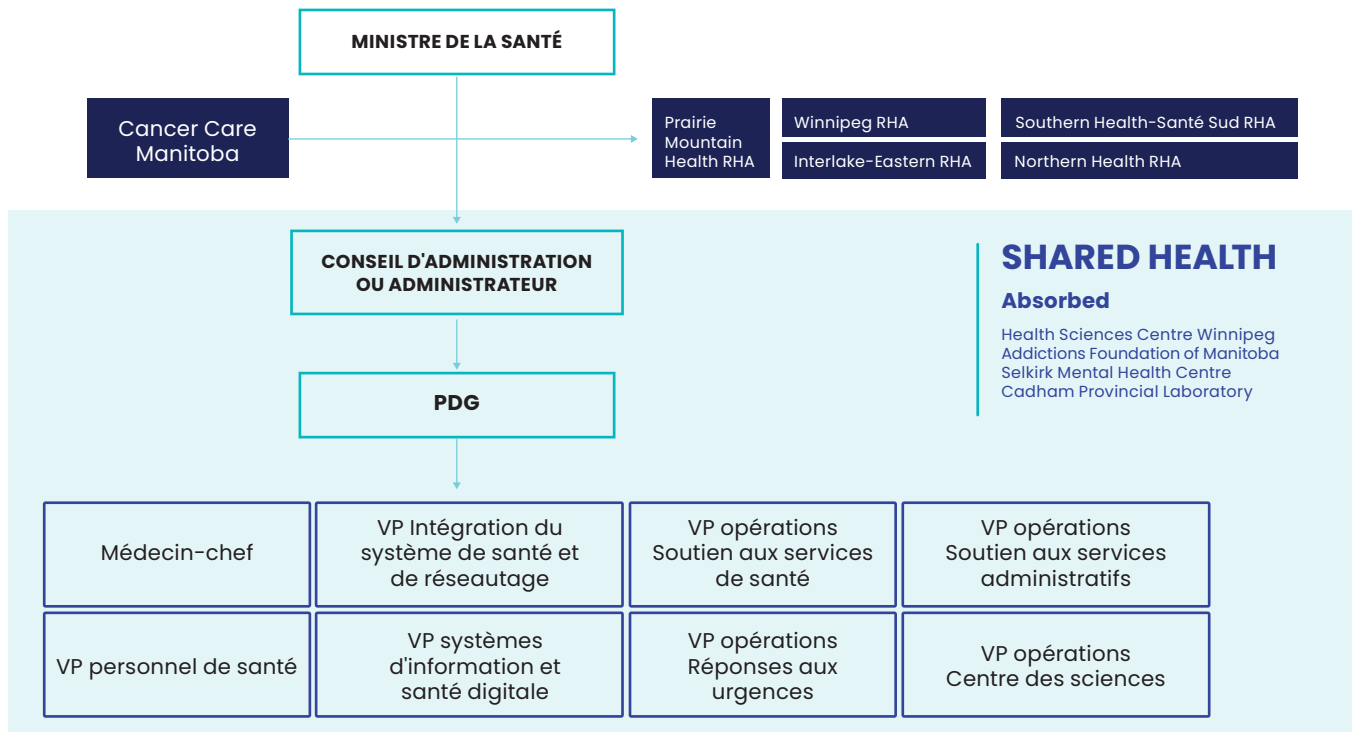
Pour ce qui est de l'intégration des services de l'Agence de soins communs, des ressources, des services et des établissements à l'échelle provinciale sont absorbés par l'agence :

- Les ressources associées à la planification et à la gouvernance clinique, la négociation centrale, les services de soutien (services alimentaires, services de blanchisserie et le retraitement des dispositifs médicaux) et les services administratifs (paie et avantages sociaux, chaîne d'approvisionnement, planification juridique et capitale);
- Les établissements de santé provinciaux, incluant le Health Sciences Centre Winnipeg, l'Addictions Foundation of Manitoba, le Selkirk Mental Health Centre et le Cadham Provincial Laboratory;
- Les programmes de santé provinciaux tels que les services médicaux d'urgence, les diagnostics et l'approvisionnement et la distribution de produits pharmaceutiques.

Ainsi, les régies régionales de santé sont responsables des services de santé de leur région, des ressources et du rendement de leur régie régionale, tandis que l'Agence de soins communs planifie (dans le sens d'une optimisation et de la logistique) les services cliniques et préventifs dans toute la province, elle assure dans certains cas la prestation de services cliniques et soutient les régies régionales par des fonctions administratives centralisées qui utilisent au mieux les ressources humaines et financières (Manitoba Health, Seniors et Active Living, 2018, 2020).

La **figure 3** et le **tableau 2** présentent respectivement la structure de gouvernance du système de santé au Manitoba et le rôle des différentes parties prenantes impliquées. À titre informatif, la **figure 4** présente le processus systématique d'organisation ou de pilotage de la transformation mis en place au Manitoba pour renouveler la gouvernance de son système de santé.

Figure 3 : Structure de gouvernance de l'Agence de soins communs telle qu'elle s'inscrit dans le système de santé manitobain.

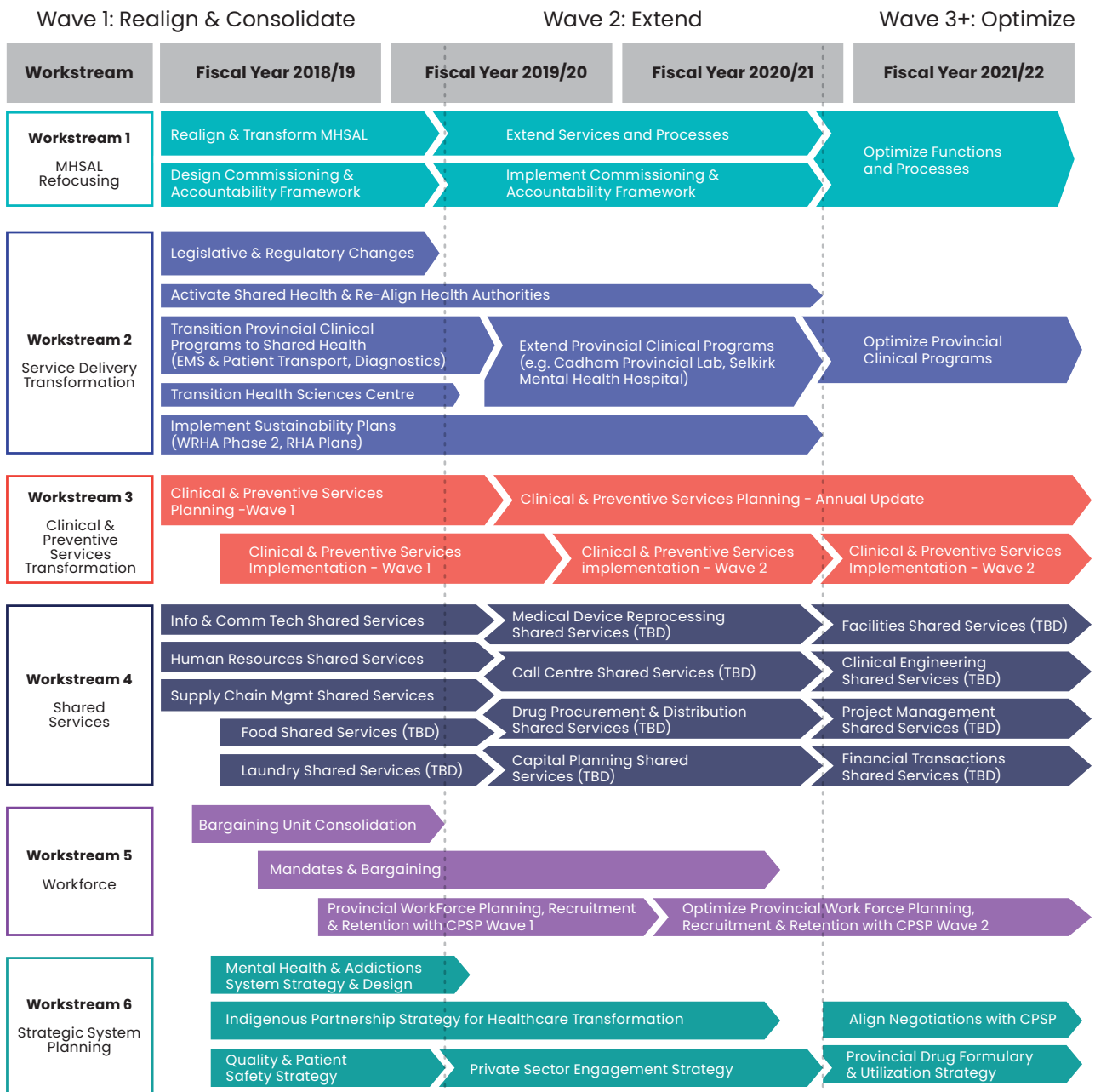


Adapté de Shared Health. (2023). Organizational Structure. Shared Health. <https://sharedhealthmb.ca/about/organizational-structure/>

Tableau 2 : Rôles des entités clés dans la gouvernance du système de santé manitobain

Entité de gouvernance	Rôles et responsabilités
Ministre de la Santé	Orientation stratégique des priorités, des objectifs provinciaux et des décisions sur les types de services de santé à offrir; coordination des activités de l'agence avec celles du gouvernement; gestion ou administration de l'agence
Agence de soins communs	Planification stratégique des soins et services de santé à l'échelle provinciale, prestation de services provinciaux de soutien aux régies régionales de santé
Régies régionales de santé	Responsables de l'administration et de la prestation de services de santé dans leur région sanitaire en suivant les plans provinciaux établis par l'Agence de soins communs

Figure 4 : Planification de la transformation de la gouvernance du système de santé manitobain



Tiré de Government of Manitoba, (2018). *Health System Transformation—Blueprint for Change*
<https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/blueprint-for-change.pdf>

Autres considérations liées à la transformation de la gouvernance au Manitoba

SYNDICATS

Lors de la transformation, le gouvernement manitobain a rencontré des obstacles à cause des conventions collectives. Le contexte du système de santé manitobain est tel qu'il existait des centaines d'unités de négociation syndicale dans toutes les régions. Avec la finalisation de la planification stratégique et de la feuille de route, le projet de loi³ sur la révision des négociations dans le secteur de la santé a été proclamé avec la nomination d'un commissaire chargé de consolider les unités de négociation et simplifier les négociations collectives au sein du système de santé du Manitoba (Shared Health, 2018a). Ainsi, le projet de loi définit sept unités de négociation pour chaque région et pour chaque employeur à l'échelle provinciale, dont le personnel infirmier, les médecins, les médecins résidents, les assistants cliniques, les professionnels, les techniciens et les ambulanciers, le soutien aux infrastructures et le soutien à la communauté. C'est le rôle du commissaire de placer les unités dans ces sept catégories.

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Suivant la feuille de route établie, un service provincial unique de technologies de l'information et des communications a été amorcé en octobre 2018 pour favoriser un meilleur accès aux soins grâce à la responsabilisation et à la gestion des ressources informatiques en soins de santé à l'échelle de la province. Pour ce faire, le ministère a renforcé les capacités du système pour soutenir la transformation du système de santé, l'amélioration de la qualité, l'administration des normes provinciales de qualité des données et l'intégration des systèmes des processus et des données (Shared Health, 2018b).

3 PL 29, Loi sur la restructuration des unités de négociation dans le secteur de la santé, 2^e sess, 41^e leg, Manitoba, 2017. <https://web2.gov.mb.ca/bills/41-2/pdf/b029.pdf>

APPRENTISSAGES CLÉS

- L'approche incrémentale informée par des consultations auprès d'une diversité d'acteurs du système de santé semble favoriser le développement et l'appropriation des changements sur le plan de la gouvernance.
- La mise en place d'un programme systématique de gestion du processus de transformation de la gouvernance avec plusieurs équipes dédiées au pilotage, à la planification et à la mise en œuvre semble un atout important.
- Une planification stratégique systématique de la transformation de la gouvernance (*Peachey report*), fondée sur une filiation logique avec les politiques antérieures est un atout important. Les plans sont produits en collaboration avec des firmes ou des experts externes ayant une expertise et une expérience dans le domaine.
- La transformation de la gouvernance est informée par l'expérience et le fonctionnement des régies régionales de santé, surtout celle de Winnipeg.
- La transformation est soutenue par un leadership médical actif (Provincial Medical Leadership Council) et des capacités analytiques fortes (Manitoba Centre for Health Policy).
- L'implication du ministre dans le Transformation Management Board facilite le processus de la transformation et permet de détourner des obstacles de nature bureaucratique.
- L'effort de transparence du gouvernement et des équipes de pilotage via des communications et des mises à jour régulières à la population et aux prestataires de soins et services est un atout.

Dans l'ensemble, l'approche adoptée pour la transformation de la gouvernance du système de santé au Manitoba prend acte de la maturation des processus de changements, de l'importance de développer systématiquement des capacités et un processus de pilotage des transformations et semble s'inscrire en continuité avec les structures de gouvernance ayant précédées la création de l'Agence de soins communs. L'approche adoptée pour le design et la mise en place de l'Agence de soins communs s'apparente à celle adoptée pour opérer des réformes dans le système de santé au Manitoba au fil du temps, soit l'adoption d'une approche incrémentale et relativement systématique.

TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN ONTARIO

L'Ontario est souvent reconnue pour ses initiatives dans les domaines des soins de santé primaires et de l'amélioration de la qualité des soins à l'échelle du système de santé ou par secteur (p. ex. : Cancer Care Ontario). Les réformes en Ontario ont suivi une approche incrémentale (Pink et Leatt, 2003) en laissant place à des variations locales dans l'organisation et dans la prestation des soins et des services (Local Health Integration Network, Health Links). La mise en place d'une régie unique et intégrée de gouvernance pour le système de soins (Ontario Health) en 2019 représente le changement le plus important sur le plan structurel et de la gouvernance qu'a connu ce système.

Structures pré-réforme : les réseaux d'intégration de santé locaux (Local Health Integration networks) et l'amélioration de la qualité

À l'origine, des bureaux régionaux du ministère étaient responsables du financement et du suivi des prestataires de services de santé avec 16 conseils de santé de district responsables de la planification du système de santé. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ([Ontario Ministry of Health and Long-Term Care](#)) a annoncé la création de 14 réseaux d'intégration de santé locaux en septembre 2004. Ces derniers sont entrés en vigueur en mars 2006 avec l'adoption du *Local Health System Integration Act* (projet de loi sur l'intégration du système de santé local). Le système antérieur étant dissolu, en avril 2007, tous les réseaux d'intégration de santé locaux ont commencé à assumer leur rôle dans la gestion des services de santé locaux et en juillet 2010, ils étaient considérés comme fonctionnels dans l'ensemble des secteurs d'activité qui sont sous leur responsabilité (McKay et al., 2022).

Les réseaux d'intégration de santé locaux présentent des similitudes et des différences avec les régies régionales de santé d'autres provinces canadiennes. Ces réseaux étaient partiellement responsables de la planification des services de santé d'une population géographiquement définie, mais desservaient une population considérablement plus grande que leur analogue, avec une échelle d'activités aussi plus étendue. De plus, les réseaux d'intégration de santé locaux n'étaient pas des régies, puisqu'ils ne régissaient ni ne fournissaient directement les services de santé et tous les fournisseurs de soins conservaient leurs conseils d'administration respectifs (Huras, Switzer et Eliasoph, 2015). Les réseaux d'intégration de santé locaux ont été chargés de la planification du système de santé local pour intégrer les services, avec des ententes d'imputabilité de services avec les hôpitaux, les centres de soins de longue durée et des organismes communautaires. Les réseaux avaient pour objet la mise en place de conditions favorisant la construction d'un système de santé intégré avec des soins de santé mieux coordonnés. Cependant, il n'y a pas eu d'amélioration majeure du système de santé de l'Ontario après une décennie de l'introduction de ces réseaux. Des analyses ont révélé de nombreuses faiblesses des réseaux d'intégration de santé locaux (Huras, Switzer et Eliasoph, 2015; Marchildon et Hutchison, 2016; Cheng, 2018) dont une performance très variable d'un réseau à l'autre; un dédoublement et un manque de clarté dans les rôles et les responsabilités entre les réseaux et le ministère, mais aussi avec certains groupes clés de fournisseurs de services (centres d'accès aux soins communautaires, soins primaires et santé publique); une taille et des frontières qui ne contribuent pas à l'engagement et la coordination des services. Une des plus grandes lacunes identifiées était que les réseaux d'intégration de santé locaux ne s'étaient pas engagés dans une intégration et une planification plus robustes et substantielle centrées sur les besoins des patients, les actions pointant plutôt vers une réduction des organisations. Les raisons identifiées sont le manque de capacités des politiques opérationnelles (surtout à cause des capacités de planification régionale et provinciale) et analytiques (accès à l'information) au plan organisationnel. De plus, le ministère ne redistribuait pas les gains financiers obtenus par l'amélioration de l'efficacité et les réseaux d'intégration avaient une autorité limitée sur les secteurs des soins primaires, de santé publique et des services ambulatoires (Cheng, 2018). Les déceptions envers ce système ont mené le gouvernement à considérer de nouvelles initiatives d'intégration.

En parallèle, le système de santé ontarien a aussi été marqué par diverses politiques ayant pour but l'amélioration de la qualité des soins de santé. En juin 2010, le projet de loi de soins excellents pour tous a été adopté, formalisant l'engagement du gouvernement de l'Ontario envers la qualité et aboutissant à la création d'une organisation responsable des soins de santé de qualité en Ontario appelée Qualité des services de santé Ontario (Health Quality Ontario). Deux années plus tard, en 2012, l'initiative nommée Maillons santé (*Health Links*) a surgi pour répondre à des besoins particuliers

de santé au sein de 5% de la population utilisant 65% des soins et services de santé (Evans et al., 2014; Grudniewicz et al., 2018; Rudoler et al., 2019). En décembre 2016, le gouvernement adopte un projet de loi qui « modifie diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients », visant la réduction de la bureaucratie et la simplification de la planification du système de santé à l'échelle locale pour une meilleure intégration des soins et des services. Cette loi a, d'une part, élargi les rôles et les responsabilités des réseaux d'intégration de santé locaux et, d'autre part, divisé ces derniers en sous-régions pour répondre aux besoins de santé des populations locales (Gordon et al., 2020; Ministry of Health and Long-Term Care, 2012, 2017a).

Malgré une difficulté à maintenir une cohérence parmi l'ensemble de ces politiques visant à réformer la gouvernance du système de santé, ces initiatives passées ont joué un rôle de catalyseur dans le développement des réformes subséquentes en matière de gouvernance du système de santé en Ontario.

Phase de transition : opérationnalisation de la réforme pour un système intégré-centralisé de gouvernance

En 2017, le projet de loi sur l'intégration du système de santé local a été modifié par l'ajout d'une nouvelle organisation provinciale, les Services communs pour la santé Ontario (Health Shared Services Ontario) qui avait comme objectif principal de fournir des services partagés aux réseaux d'intégration de santé locaux et à d'autres organisations de soins dans le secteur communautaire en vue de favoriser la planification, la coordination et l'intégration des soins et services (Ministry of Health and Long-Term Care, 2017b).

En 2018, le contexte politique de l'Ontario est appelé à changer avec l'arrivée au pouvoir du Parti progressiste-conservateur de l'Ontario. En 2019, un premier rapport provisoire du Conseil du premier ministre sur l'amélioration des soins de santé et la fin de la « médecine de couloir » est publié. Il identifiait les défis du système de santé actuel et révélait des opportunités en matière d'efficacité du système (Ministry of Health and Long-Term Care, 2019). Ce rapport est suivi par un plan ministériel de renforcement du système de santé qui repose sur des consultations avec de nombreuses parties prenantes et de nombreux acteurs clés, incluant les gestionnaires, les fournisseurs et les prestataires (Government of Ontario, 2019). La sous-ministre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée y annonce le dépôt d'un nouveau projet de loi qui répondrait aux besoins de gain d'efficacité et permettrait à l'Ontario de passer d'un système axé sur les soins aigus et de courte durée vers des soins et services centrés sur le patient. Cette transformation vise surtout à réduire la bureaucratie dans le système de santé ainsi que d'intégrer ce dernier. Cette intégration permettrait d'effectuer une mise à

niveau de capacités des diverses agences qui ont été absorbées (p. ex. : capacités d'analyse de données bien développées et de mesure de la qualité de Cancer Care Ontario) (informateur clé).

Ainsi, en avril 2019, le projet de loi⁴ passe à l'Assemblée législative, fournissant un cadre législatif à la transformation de la gouvernance et permettant au gouvernement de l'Ontario d'apporter des modifications à un ensemble d'autres projets de loi. Celui-ci permet aussi la création d'un nouveau modèle de système de prestation de soins de santé intégré centré sur le patient et ce, par l'entremise d'une seule agence de santé, Santé Ontario. Ce projet de loi décrit les objectifs et le fonctionnement de la nouvelle agence, incluant les transferts de ressources et de responsabilités qui seront effectués. Le gouvernement avait aussi commencé, dès décembre 2019, à instaurer des ententes d'imputabilité avec plusieurs des organisations provinciales et avec l'équipe initiale de Santé Ontario. À la fin de 2020, les transferts des organisations ou agences provinciales vers Santé Ontario avaient commencé, des lettres et des protocoles d'entente du ministre spécifiant les rôles et responsabilités étaient publiés et la structure organisationnelle et opérationnelle de Santé Ontario était mise en place.

La structure de l'autorité de gouvernance : Santé Ontario

Dès novembre 2019, des transferts ont été effectués vers la nouvelle agence, incluant : Cancer Care Ontario, eHealth Ontario, HealthForceOntario Marketing and Recruitment Agency, Health Shared Services Ontario, Ontario Health Quality Council, CorHealth Ontario et Trillium Gift of Life Network. Pour ce qui est des 14 réseaux d'intégration de santé locaux, certaines fonctions spécifiques, dont les fonctions exécutives, ont aussi été absorbées par l'agence. Cependant, les fonctions des réseaux d'intégration de santé locaux concernant les soins à domicile et de longue durée n'ont pas été transférées et celles-ci demeurent toujours sous leur responsabilité. Aussi, les réseaux d'intégration ont adopté un nouveau nom : Services de soutien à domicile et en milieu communautaire (Ontario Health, 2022). Santé publique Ontario est aussi demeurée indépendante et n'a pas été absorbée par l'agence. Les Services de soutien à domicile et en milieu communautaire et Santé publique Ontario ont ainsi leur propre protocole d'entente avec le ministère de la Santé, indépendant des ententes entre Santé Ontario et le ministère.

4 PL 74, Loi concernant la prestation de soins de santé, la prorogation de Santé Ontario, l'ajout de modifications corrélatives et connexes et des abrogations, 1^{er} sess, 42^e leg, Ontario, 2019.

Le rôle de Santé Ontario dans le système de santé ontarien est défini dans le projet de loi. Celui-ci est responsable de :

- l'implantation des stratégies du système de santé développées par le ministère;
- la gestion opérationnelle et la coordination du système;
- la mesure de la performance (évaluation et suivi);
- l'amélioration de la qualité du système;
- l'élaboration de normes cliniques et de qualité;
- la diffusion des connaissances;
- l'engagement des patients;
- les services de santé numérique, de technologies de l'information et de gestion des données;
- le soutien au recrutement et à la rétention des professionnels.

Les états financiers de Santé Ontario démontrent que ce dernier joue un rôle important dans le financement des prestataires de services de santé qui sont financés par différentes enveloppes budgétaires. Ces prestataires incluent les hôpitaux, les programmes cliniques provinciaux (cancer et dépistage, médicaments, maladies rénales et transplantations, tests de COVID-19), les programmes communautaires de santé mentale, les services de soutien communautaire, les dépendances, les soins de longue durée, etc.

La structuration de Santé Ontario s'insère dans un cadre de référence qui a été finalisé et communiqué à tous les membres de l'organisation en septembre 2020 (Anderson, 2020). Celui-ci permet d'illustrer la vision du système centré sur le patient ainsi que de démontrer les relations existantes entre les équipes et les services fournis. Les patients et les communautés sont ainsi représentés au premier plan, suivis des premiers répondants au niveau des localités : les fournisseurs de services (agences de services sociaux, unités de santé publique, soins aigus et primaires et soins spécialisés). Le cadre illustre aussi des équipes nouvellement créées sous le nom Équipes Santé Ontario, afin de maintenir un équilibre entre la centralisation par le biais de l'agence et une décentralisation pour répondre aux besoins locaux des communautés. Basées sur le modèle des organismes de soins responsables (accountable care organizations) (Farmanova et al., 2019), celles-ci sont des groupes de fournisseurs de soins de santé et d'organisations qui travaillent avec les patients et les soignants pour offrir un continuum de soins complet et coordonné, attribué à une population géographique définie (voir le cas détaillé de l'Ontario à l'annexe 1 pour plus de détails sur ces équipes).

Au deuxième plan, la structure fonctionnelle de l'agence est décrite, présentant quatre fonctions opérationnelles et leurs interrelations : fonctions régionales, fonctions systémiques (ou du système de santé), fonctions corporatives de soutien, fonctions de gouvernance, de stratégie et de leadership.

Le cadre de référence est alors traduit en une structure organisationnelle comprenant quatre dossiers au sein de l'agence qui portent les mêmes identifiants que ceux de leurs fonctions :

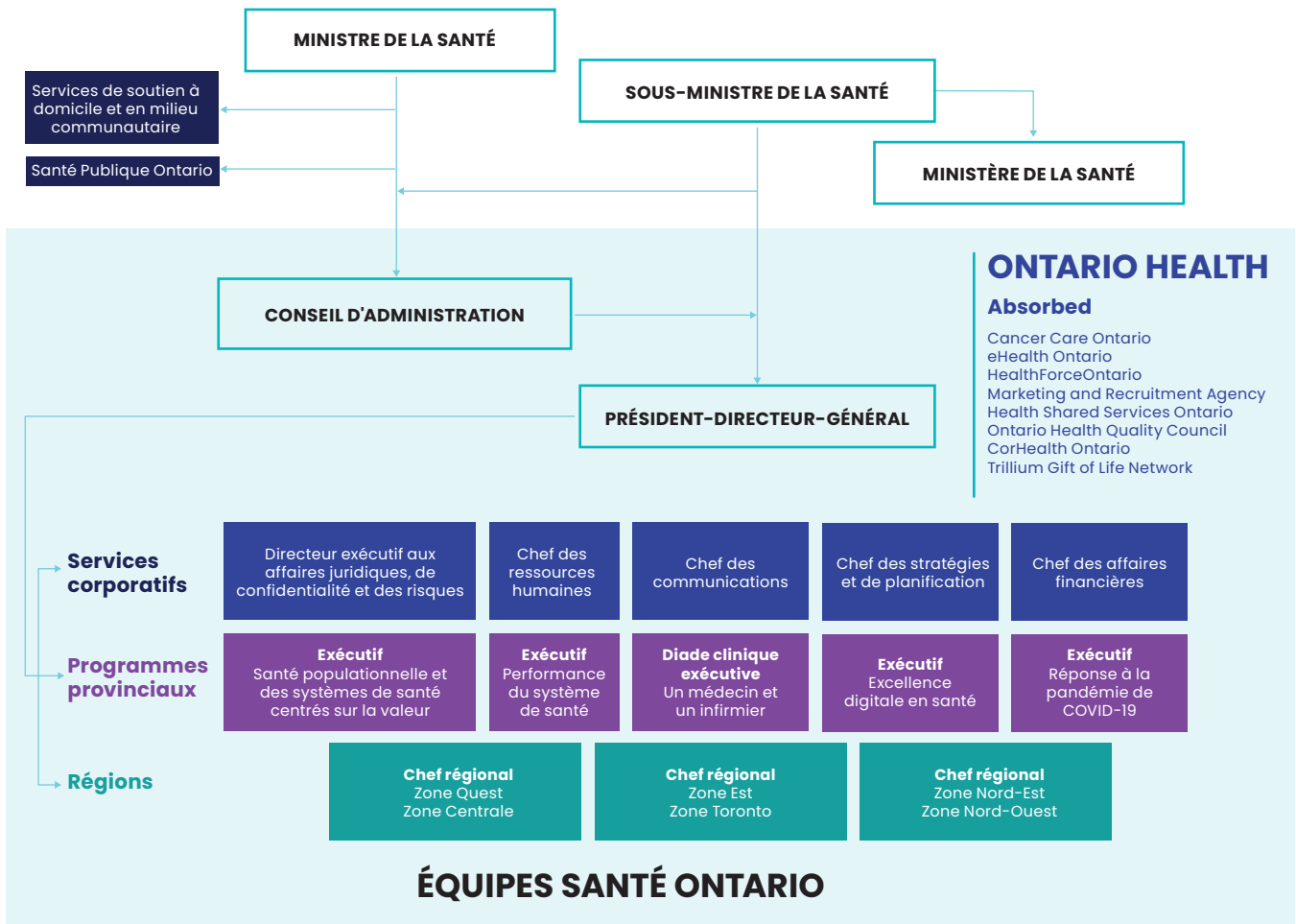
- L'équipe responsable du dossier régional est la porte d'entrée pour les communautés par les zones instituées au sein de l'agence Santé Ontario. Cette équipe est celle qui est directement reliée aux fournisseurs de services et comprend les trois chefs des zones.
- L'équipe responsable du dossier du système de santé est celle qui développe et planifie les programmes et services provinciaux. Ce dossier est divisé en quatre sous-dossiers, dont la santé populationnelle et les systèmes de santé fondés sur la valeur, les instituts cliniques et les programmes de qualité, la performance du système et l'excellence numérique.
- L'équipe responsable du dossier corporatif s'occupe des dossiers juridiques, de confidentialité et des risques, des finances, des ressources humaines, des communications et de l'engagement et de la planification d'entreprise.
- L'équipe de gouvernance inclut le conseil d'administration, le PDG et le personnel qui occupe des postes de direction. Il est cependant important de noter que cette nouvelle structure de gouvernance est dans sa phase initiale de développement et d'implantation, donc les objectifs et les fonctions ressortant du cadre théorique ne correspondent pas entièrement aux structures qui sont présentement en place.

Le **tableau 3** décrit le rôle des différentes composantes du système de gouvernance du système de santé en Ontario. La **figure 5** présente la structure de l'agence telle qu'elle s'inscrit dans le système de santé ontarien et la **figure 6** présente le cadre de référence sur lequel est basée cette structure.

Tableau 3 : Rôles des entités clés dans la gouvernance du système de santé ontarien

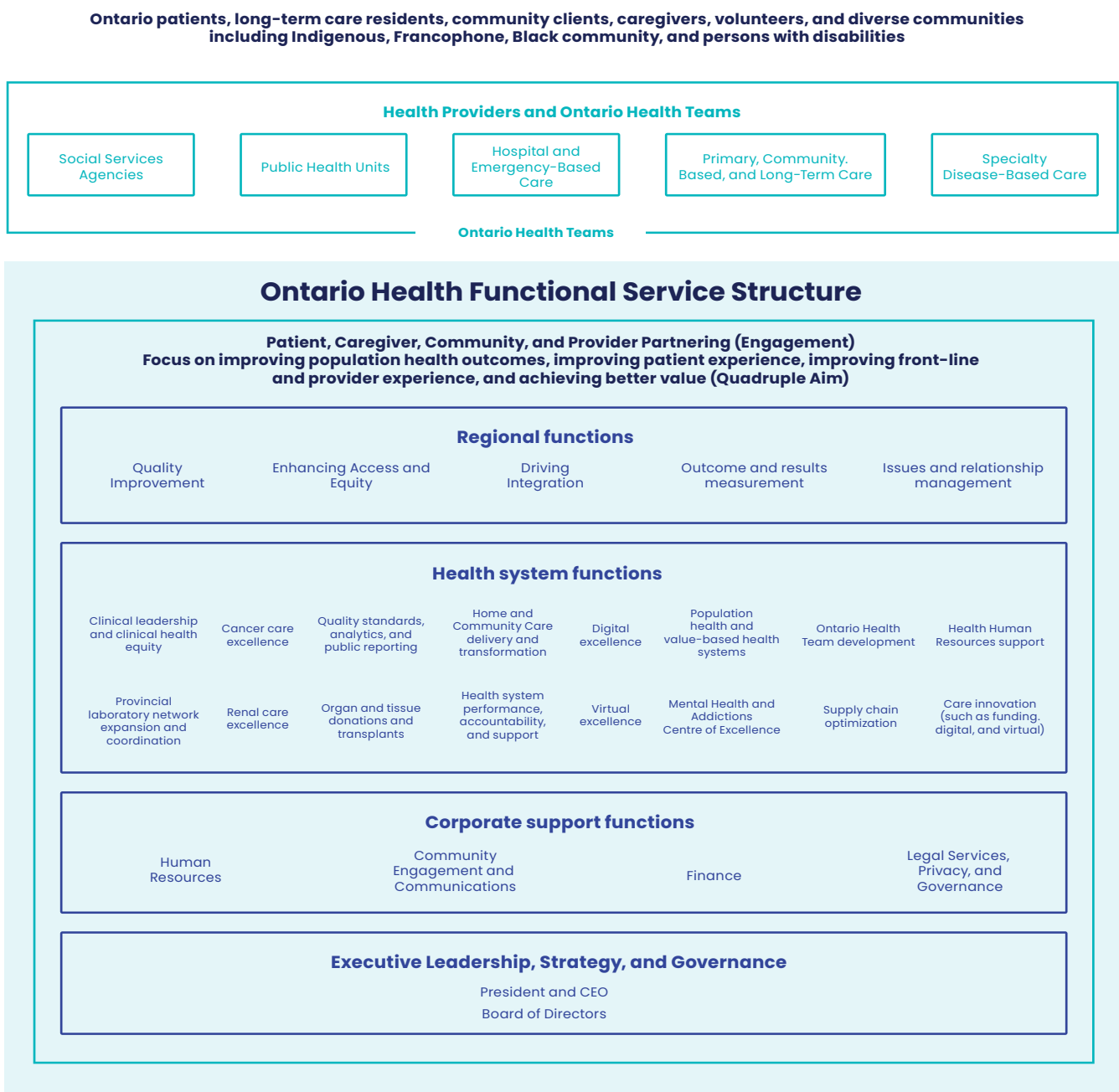
Entité de gouvernance	Rôles et responsabilités
Ministre	Élaboration du protocole d'entente avec l'Agence et le signataire, élaboration de la lettre de mandat pour l'Agence, approbation du rapport annuel et du plan d'activités de l'Agence, établissement d'une gouvernance liée à la gestion de l'information, aux données et aux fonctions analytiques
Sous-ministre	Surveillance de l'Agence au nom du ministre et soumission d'un plan d'évaluation et de gestion des risques pour chaque catégorie de risque au ministre.
Ministère	Direction des travaux d'élaboration des politiques de santé
CA de Santé Ontario	Gouvernance opérationnelle de l'Agence, incluant l'élaboration et l'approbation des plans d'activités annuels et les rapports annuels de l'Agence à soumettre au ministre, l'établissement des mesures de rendement internes, des objectifs et des systèmes de gestion pour surveiller et évaluer le rendement interne de l'Agence, l'évaluation du PDG, la mise en place de comités soutenant le bon fonctionnement du CA
PDG de Santé Ontario	Leadership et gestion de l'Agence, incluant l'administration de toutes ses opérations et tous ses programmes

Figure 5 : Structure de gouvernance de l'Agence « Ontario Health » telle qu'elle s'inscrit dans le système de santé ontarien.



Adapté de Ontario Health. (2023). *Senior Leadership Team Organization Structure | Ontario Health.*
<https://www.ontariohealth.ca/about-us/our-people/senior-leadership-team/organization-structure>

Figure 6 : Cadre théorique du fonctionnement de l'Agence « Ontario Health »



Ontario Health Operating Model

Tiré de Anderson, M. (2020). *Ontario Health's Operating Model: Patient Perspective and Integrated Top-Line Organizational Structure*. https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-09/OH_OpModel_and_OrgStructure_Internal_Sep92020.pdf

Autres considérations liées à la transformation de la gouvernance en Ontario

Selon le modèle de gouvernance adopté en Ontario, certains prestataires de soins et services, dont les hôpitaux, ont conservé une autonomie de gouvernance exercée par un conseil d'administration (Ontario Hospital Association, 2022). Dans le cas des soins et services à domicile ou de longue durée, la prestation a été prise en charge par les 14 organisations nouvellement appelées Services de soutien à domicile et soutien communautaire. Indépendamment de Santé Ontario, un seul CA régit ces dernières, mais elles ont chacune leur propre protocole d'entente avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Certaines d'entre elles ont des liens collaboratifs avec des hôpitaux pour assurer une meilleure transition de soins (Ministry of Health and Long-Term Care, 2021).

APPRENTISSAGES CLÉS

Il se dégage de l'expérience ontarienne en matière de transformation de la gouvernance du système de santé un ensemble d'éléments à retenir :

- L'approche incrémentale informée par un ensemble de transformations passées semble faciliter l'appropriation locale du changement.
- La prolifération des politiques et des initiatives dans le passé pour améliorer les soins et les services peut donner l'impression d'un manque de cohérence d'ensemble des réformes et favoriser de l'incertitude chez les prestataires de soins et services (cliniciens, organisations) face à la transformation de la gouvernance.
- La mise en place de nouvelles structures de soins telles que les Équipes Santé Ontario peut jouer un rôle significatif dans la mise en œuvre de la transformation de la gouvernance.
- Les rapports et les conseils (*council*), qui identifient les besoins d'adaptation du système de santé (et de sa nouvelle gouvernance), peuvent jouer un rôle clé dans la mise en œuvre des transformations (Rapport Health Quality Ontario, Minister's Patient and Family Advisory Council, Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine).

Dans l'ensemble, l'expérience du système de santé ontarien en matière de réforme et de transformation de sa gouvernance suggère l'importance de développer un ensemble de capacités, dont l'expertise en matière de gestion de la qualité et de la sécurité des soins à grande échelle que nous désignerons ultérieurement sous le vocable de gouvernance clinique. Il importe aussi d'assurer une cohérence d'ensemble des changements que nécessite la mise en place d'une nouvelle autorité de gouvernance pour l'ensemble du système de santé et de piloter avec attention le processus de transformation.

TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN NOUVELLE-ÉCOSSE

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a opérationnalisé une réforme de la gouvernance de son système de santé en favorisant une approche fondée sur l'engagement des parties prenantes, la planification stratégique et le développement des capacités opérationnelles.

Structures préréforme : régions régionales et districts de santé

Comme de nombreuses autres provinces, la Nouvelle-Écosse a régionalisé ses autorités sanitaires dès 1994 avec la création de quatre régions régionales qui ont été élargies en 2001 à neuf districts de santé redevables aux 37 conseils de santé communautaires (Barker et al., 1999; Department of Health of Nova Scotia, 2002). La province a aussi connu de nombreuses réformes au plan de la gouvernance en santé publique, dont la création d'un office de la promotion de la santé en 2002, la fusion des départements de santé publique avec les médecins-chefs (*Chief Medical Officers*) en 2006 pour créer le Département de promotion et de protection et la fusion des départements de santé et de santé publique en 2011 créant le Département de la santé et de bien-être (Nova Scotia Archives, 2020).

Les districts de santé étaient responsables de la prestation des services, tandis que le Département de santé se concentrait sur l'orientation stratégique de la planification de la santé, ainsi que sur l'allocation des budgets pour chacune des unités. Le ministre de la Santé conservait la responsabilité de :

- la création, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé;
- l'élaboration de normes pour la prestation des soins de santé;
- la surveillance, la mesure et l'évaluation et l'accessibilité et l'intégralité des services de santé;
- la planification des ressources financières et humaines;
- l'établissement des exigences pour les systèmes d'information;
- la santé publique (Usher et al., 2020).

Dans le cadre de l'épidémie de H1N1, l'organisation inefficace et les déficits du système se sont manifestés et ont été identifiés comme un problème dans les rapports 2008 et 2009 du vérificateur général et le rapport H1N1 en citant le manque de coordination hiérarchique et de responsabilisation dans la gouvernance provinciale en soins de santé. Le problème sous-jacent identifié était lié au manque de clarté des rôles et des capacités du système (Usher et al., 2020).

Phase de transition : opérationnalisation de la réforme pour un système intégré-centralisé

En 2012, à la suite des recommandations d'un rapport de consultation d'EY (Ernst & Young LLP, 2012), le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a annoncé des économies de 7 à 8,8 millions de dollars au cours des 18 prochains mois par le biais de la consolidation de plusieurs rôles et de plusieurs services à l'échelle régionale, dont l'administration générale, les achats, les finances, le paiement du personnel, la blanchisserie et l'élimination d'un certain nombre de postes de direction au sein des districts de santé. Les économies associées aux propositions des consultants totalisaient de grandes économies annuelles (Nova Scotia Health et Wellness, 2012).

De plus, le changement de gouvernement aux élections provinciales de 2013 remportées par le parti libéral avait aussi permis de se pencher sur la problématique des dépenses en santé. En effet, la Nouvelle-Écosse consacrait 47% de son budget aux soins de santé comparativement aux autres provinces canadiennes à cette période-là. S'ajoutait à cela le mécontentement du public face aux temps d'attente (les plus longs au Canada) pour de nombreux services de soins de santé. En parallèle, une controverse était soulevée au sujet du règlement (*settlement*) accordé aux infirmières d'Halifax par le gouvernement précédent pour éviter une grève

au printemps de 2012 lors des négociations par leur syndicat. Influencée par l'expérience de l'Alberta (qui avait récemment fusionné ses propres régions régionales), la formation d'une agence provinciale coordonnatrice unique est alors devenue une priorité (Fierlbeck, 2018).

Le ministre a alors annoncé que le gouvernement amorcerait la consolidation du système. Dès janvier 2014, il a procédé à des consultations lors d'une tournée des districts et s'est entretenu avec les parties prenantes du système de santé néo-écossais en recueillant les perspectives locales concernant la transformation du système (Government of Nova Scotia, 2014e). En mai, une équipe de transition dirigée par le PDG d'un des districts de santé et un directeur exécutif du ministère a alors été mise en place pour gérer la transformation (conception et planification). Cette équipe était soutenue par 13 groupes de travail issus du système de santé qui se concentraient sur divers aspects de la transformation. Les livrables de l'équipe comprenaient aussi la conception de la nouvelle structure de gestion pour l'autorité provinciale (Government of Nova Scotia, 2014f). Les conseils d'administration des districts de santé ont rapidement été remplacés par un administrateur central qui était le point de contact avec les divers districts (Government of Nova Scotia, 2014d). En juillet, le ministre a mis en place un groupe de conseillers représenté par différents domaines (affaires, droit, soins de santé) et par les Premières Nations, la communauté et les personnes impliquées dans la défense des patients pour soutenir la transition en cours du système (Government of Nova Scotia, 2014b). En parallèle, le travail d'élaboration d'une législation avait aussi débuté en consultation avec les intervenants internes (dirigeants du système de santé, médecins et personnel de santé) et externes (dirigeants provinciaux et municipaux). Cette législation a été déposée à l'assemblée générale en septembre.

Avant d'entériner les autorités, la Nouvelle-Écosse a longuement consulté les autres provinces qui avaient tenté des initiatives similaires, sans changer leur structure au ministère. En s'appuyant sur leur expérience, la province a modifié sa structure interne ministérielle qui ne soutenait que l'ancien système de gouvernance (Fierlbeck, 2018).

La structure de l'autorité de gouvernance : la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (Nova Scotia Health Authority)

Le projet de loi a été modifié en avril 2015, fusionnant les neuf districts de santé en un seul organisme public, la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, qui s'associe à un centre de soins indépendant, le IWK Health Centre (Smith et al., 2022). Cette nouvelle structure a été divisée en quatre zones opérationnelles (Government of Nova Scotia, 2014c, 2014a).

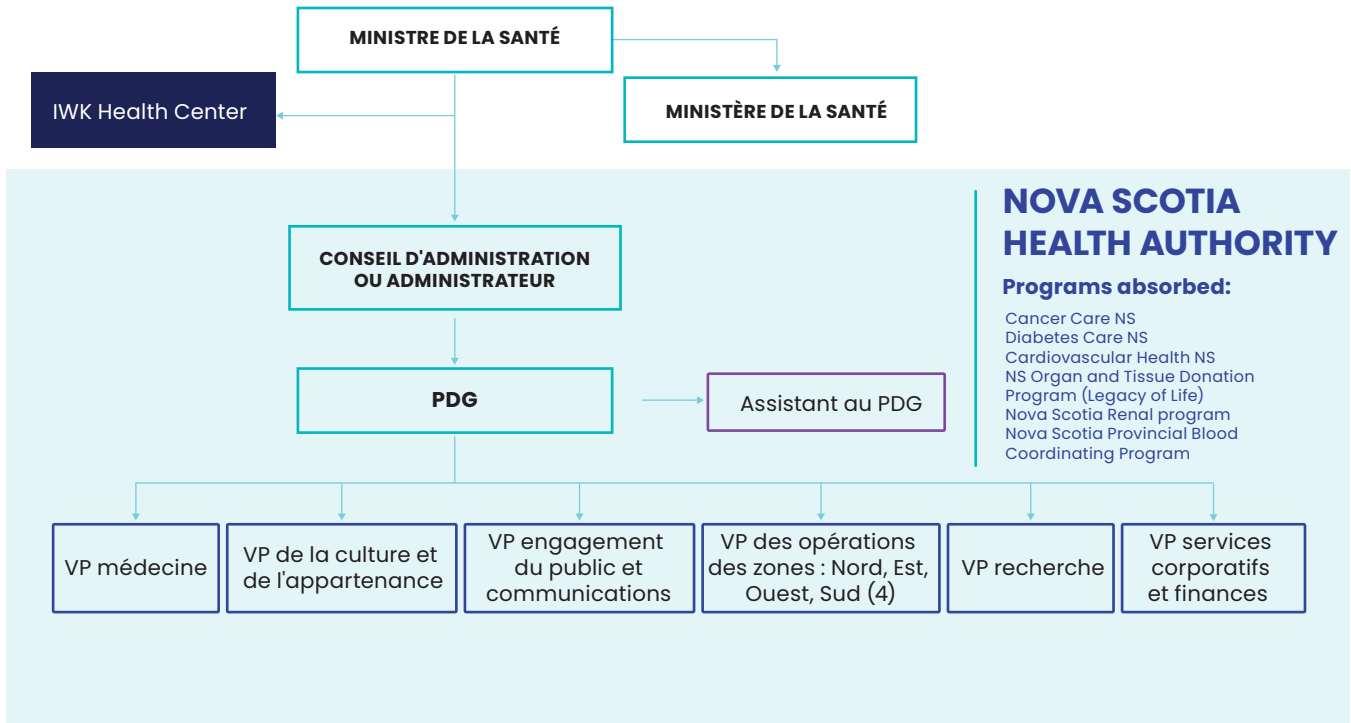
Ainsi, la fonction de coordination des soins du ministère était devenue moins pertinente, donc en reconfigurant son organisation interne (entrée en vigueur en 2016) le dédoublement des services aux échelles régionale et provinciale (Health Authorities Act, 2015) a été éliminé. Désormais, le rôle du ministère a été délimité à (Government of Nova Scotia, 2022) :

- l'orientation politique, les priorités et les normes en matière de soins de santé;
- le financement des services de santé;
- la reddition de comptes du financement, de la mesure et du suivi de la performance du système de santé;
- la surveillance des deux autorités de santé de la province (Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et IWK Health Centre);
- l'élaboration de programmes pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles.

Les responsabilités des soins aigus et tertiaires, de la santé mentale et des dépendances, des soins de santé primaires, de la qualité du système de santé et de certains services médicaux ont été reprises par la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. La santé publique a aussi été transférée à celle-ci, bien que le médecin-hygiéniste en chef relève toujours directement du sous-ministre. Une majorité des programmes provinciaux ont aussi été transférés : *Cancer Care NS*, *Diabetes Care NS*, *Cardiovascular Health NS*, *NS Organ and Tissue Donation Program (Legacy of Life)*, programme provincial de coordination du sang et programme des maladies rénales. Deux dossiers sont restés sous l'égide du ministère : les technologies de l'information et la continuité des soins et le programme provincial d'audition et de discours. Enfin, le IWK Health Centre a retenu deux programmes : *Reproductive Care Program* et *NS Breast Screening Program* (Fierlbeck, 2018).

Ainsi, les objectifs premiers de l'autorité provinciale nouvellement créée sont de régir, gérer et fournir des services de santé dans la province et mettre en œuvre l'orientation stratégique établie dans le plan de santé provincial. La **figure 7** présente sa structure de gouvernance.

Figure 7 : Structure de gouvernance du système de santé néo-écossais



Adapté de Nova Scotia Health Authority. (2022). *Executive Team* | Nova Scotia Health Authority. <https://www.nshealth.ca/about-us/executive-team>

En plus de tout ce qui précède, le projet de loi a également établi de nouvelles règles pour les syndicats à partir d'un processus de restructuration des unités de négociation. En considérant les difficultés et le temps alloué à négocier avec 50 unités différentes, le gouvernement a décidé d'inclure dans le projet de loi une classification qui catégoriserait tous les travailleurs de la santé en quatre groupes distincts : personnel infirmier, personnel de bureau, personnel de soins de santé et personnel de soutien. Pour plus d'informations sur ce processus avec les syndicats, voir le cas détaillé à l'annexe 1.

TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN SASKATCHEWAN

Structures préréforme : régies régionales et districts de santé

Dès 1993, le système de santé se réorganisait en créant 32 districts de santé qui avaient pour but de répondre à la problématique urgente des déficits en santé. Le but était d'atteindre l'intégration des services de santé sans avoir à investir plus de ressources. Cette gouvernance des districts avait aussi pour but de modifier les comportements managériaux et cliniques qui régnaient auparavant dans le système.

En 1994, le Health Services Utilization and Research Commission a été créé pour fournir une analyse scientifique indépendante de la pertinence des services de soins de santé et leur utilisation en Saskatchewan dans le but d'informer le gouvernement, les professionnels de la santé, les associations, les établissements de santé et le public.

En 2000, des consultations publiques ont été entreprises à l'échelle de la province dans le but d'identifier les principaux défis auxquels sont confrontés les Saskatchewanais dans la réforme et l'amélioration de l'assurance maladie, d'effectuer des recommandations pour assurer la gestion à long terme du système d'assurance maladie et de recommander un plan d'action pour la prestation des services de santé. Dans les rapports qui ont suivi, la durabilité des services de santé de qualité était présentée comme base du changement de système. Le nombre d'autorités sanitaires a donc été réduit de 32 districts à 13 régions en 2002. La commission responsable des consultations recommandait la fusion des 32 districts sanitaires pour créer de 9 à 11 districts sanitaires. En 2002, la province a établi 12 régies régionales de santé et la régie régionale de l'Athabasca dans le Nord. Cette dernière est unique, car elle représente un modèle de partenariat

tripartite entre le gouvernement provincial de la Saskatchewan, les Premières Nations et le gouvernement fédéral pour financer et fournir des services de soins de santé à la population du Nord de la Saskatchewan. De plus, le projet de loi 41 intitulé *Health Quality Council Act* a passé à l'assemblée, créant une nouvelle organisation provinciale, le premier conseil de la qualité des soins de santé au Canada, le Saskatchewan Health Quality Council (conseil de la qualité de la Saskatchewan). Le Health Services Utilization and Research Commission a été absorbé par ce conseil. C'est ainsi que des postes de responsables de la qualité ont été intégrés dans les organisations de soins de santé, les médecins et les infirmières se sont activement engagés pour accroître leurs compétences pour améliorer la qualité. Ils se sont inspirés des meilleures pratiques internationales.

Avec l'élection du Parti saskatchewanais en 2007, les efforts d'amélioration ont été intensifiés à l'échelle de la province et il y a eu une augmentation importante de la main-d'œuvre de la santé, qui s'est poursuivie tout au long de la décennie. Dirigés par le Saskatchewan Health Quality Council, les efforts basés sur les principes du Lean Management ont permis l'évolution des méthodes d'amélioration de la qualité dans les unités hospitalières et les cabinets médicaux communautaires. En 2009, la revue intitulée *Patient's First Review* a soutenu ces initiatives d'amélioration de la qualité et la pratique Lean s'est ainsi implantée partout dans la province jusqu'à ce que sa mise en place devienne obligatoire en 2010 dans tous les services médicaux et chirurgicaux. En 2012, un contrat a été conclu avec une firme des États-Unis pour fournir une formation Lean dans la province. Cependant, les dépenses publiques de santé ont continué de croître, triplant presque entre 2000 et 2016. L'entente a alors été annulée en 2015.

Phase de transition : opérationnalisation de la réforme pour un système intégré-centralisé

Après les élections de 2016 remportées par le Parti saskatchewanais, le ministère de la Santé s'est engagé dans un processus pour réformer la gouvernance du système de santé dans les années à venir. En août 2016, le ministre de la Santé annonçait la création d'un comité consultatif sur la structure du système de santé formé de trois conseillers pour examiner la structure actuelle des régies régionales de santé et pour proposer des options afin de réduire leur nombre. Ce comité s'est vu confier un mandat spécifique pour fournir des conseils indépendants au ministre de la Santé en ce qui a trait à l'amélioration de la structure actuelle des régies régionales de santé (Abrametz et al., 2016) :

1. Recommander une structure avec moins de régies régionales de santé pour réaliser des économies administratives ainsi que des améliorations pour les soins aux patients.
2. Penser à consolider les services de santé qui seraient pertinents de fournir sur une échelle provinciale plutôt que localement par le biais des régies régionales de santé ou d'autres organisations de santé locales.
3. Examiner la législation et les processus actuels pour s'assurer qu'ils établissent adéquatement les rôles des conseils d'administration dans le système de santé : leur composition, leur structure et la relation hiérarchique, cela pour assurer une responsabilisation appropriée.
4. Identifier les processus nécessaires pour améliorer la gestion du système et pour observer la gestion de la performance du système des soins de santé.
5. Le mandat du comité comprenait également un examen des alternatives pour une prestation de services plus efficace et efficiente à l'échelle de la province (Government of Saskatchewan, 2016).

Le comité a ainsi procédé à des consultations avec les principaux acteurs du système de santé dans le but a) d'examiner la structure et la responsabilisation des conseils d'administration des régies régionales de santé, b) d'identifier les services qui pourraient être fournis de manière plus efficiente et efficace à l'échelle provinciale et c) de trouver des moyens pour améliorer les mesures de performance.

Le rapport du comité a été publié en décembre 2016 et en janvier 2017, le ministre de la Santé annonçait que toutes les recommandations du rapport étaient acceptées en commençant par la fusion des 12 régies régionales de santé en une seule régie de santé provinciale (Government of Saskatchewan, 2017a).

En janvier 2017, la formation d'une équipe de transition a été annoncée qui comprenait des responsables du ministère de la Santé, des responsables cliniques et du système de santé. Cette équipe est responsable d'élaborer un plan complet pour mettre en œuvre la nouvelle régie provinciale de santé. Parallèlement à une nouvelle structure de gouvernance et de gestion, l'équipe doit envisager la consolidation de l'administration du système de santé et des services de soutien clinique et favoriser les économies potentielles générées (Government of Saskatchewan, 2017d).

En juin 2017, le conseil d'administration de la régie provinciale de santé a été établi et les premiers membres ont été nommés. Jusqu'à ce que le projet de loi soit proclamé et que le conseil commence à gouverner les opérations, il agissait à titre consultatif pour aider à guider la transition et à préparer les opérations (Government of Saskatchewan, 2017c). Le président-directeur général (PDG) a été nommé un peu plus tard en août 2017.

La structure de l'autorité de gouvernance : le Saskatchewan Health Authority

Ce n'est qu'en décembre 2017, presque une année après l'annonce de la création de la régie provinciale, que le projet de loi intitulé *The Provincial Health Authority Act* est proclamé (Government of Saskatchewan, 2017b). Ce dernier clarifie toutes les informations concernant la structure organisationnelle de la nouvelle agence, incluant la description des rôles et des responsabilités du ministre et du ministère en contraste à ceux de la régie provinciale.

Les recommandations du comité consultatif, nommé par le ministre de la Santé et le travail de l'équipe de transition suggèrent que l'effort d'amélioration continue pendant la dernière décennie a convaincu les dirigeants du système de la valeur des processus d'amélioration de la qualité. De plus, une grande partie de la main-d'œuvre a bénéficié de nouveaux ensembles de compétences pour résoudre les problèmes et apporter des améliorations. Ainsi, l'importance de faire participer les patients et les familles aux travaux d'amélioration est restée au cœur de la culture du Saskatchewan Health Authority, même après la fusion des régies régionales de santé. La structure de l'Agence s'est apparentée à celle de la Nouvelle-Écosse. Cependant, elle a aussi adopté certains éléments de la structure de l'Alberta en intégrant quatre dyades de gestionnaires et de cliniciens dans des postes de cadres supérieurs.

LEÇONS APPRISSES DE L'EXPÉRIENCE CANADIENNE EN MATIÈRE DE TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Plusieurs leçons sont à retenir de ce survol des expériences de transformation de la gouvernance dans des juridictions canadiennes :

- La transformation de la gouvernance est exigeante et commande un effort systématique de planification (design et déploiement) et de surveillance;
- Les provinces ont adopté des structures de gouvernance différentes soit un modèle centralisé qui planifie et dispense les soins et services de santé à l'échelle d'une juridiction (Alberta et Nouvelle-Écosse), soit un modèle équilibré qui mise sur une coordination accrue des organisations et des prestataires de soins et services, qui planifie et qui dispense certains services ou soins surspécialisés à l'échelle d'une province, qui assure la fourniture de services de soutien dont les systèmes d'information (Manitoba ou Ontario). D'ailleurs le Manitoba et l'Ontario ont maintenu les conseils d'administration dans les établissements ou les régions;
- Les instruments de connaissances sont appelés à jouer un rôle central dans tout le cycle de mise en place des nouvelles agences de gouvernance : données sur les résultats des transformations, surveillance et évaluation continue des transformations, actualisation en continu des connaissances et pilotage informé par l'évolution des connaissances (recherche) scientifiques;

- La création de ressources (incluant des capacités et des compétences) et d'équipes dédiées, soutenues et imputables pour piloter la transformation permet de soutenir un processus systématique de transformation;
- La définition d'attentes et d'objectifs clairs et mesurables entre les différents paliers de gouvernance ou d'intervention est fondamentale et permet aussi à chacune des entités de mieux comprendre son rôle et ses responsabilités;
- Les autorités uniques (intégrées-centralisées) de gouvernance tendent à s'appuyer sur des entités territoriales ou régionales pour favoriser la réorganisation et l'intégration des soins et services;
- La mise en place d'un leadership collectif dans le design et le déploiement de la transformation qui permet de mobiliser différentes expertises spécifiques et génériques (p. ex. : clinique et gestion) est un ingrédient fondamental du renouvellement de la gouvernance et devrait faire l'objet d'une attention systématique;
- Le recours à de nouvelles formes organisationnelles (p. ex. : réseaux stratégiques cliniques) pour accroître la performance de la gouvernance et du système de santé est un élément clé pour produire des résultats conséquents sur le plan clinique et de l'organisation des soins et services;
- La transparence, la consultation et une communication continue et ciblée selon les circonstances avec différentes parties prenantes, incluant la population, sont un atout pour générer de la confiance dans des transformations d'envergure comme celles se rapportant au renouvellement de la gouvernance d'un système de santé.

Dans l'ensemble, l'expérience canadienne récente en matière de transformation de la gouvernance montre qu'il s'agit d'un processus exigeant qui commande un ensemble de stratégies et de décisions pour assurer une mise en place systématique des nouvelles agences et pour maximiser les chances d'obtenir les résultats escomptés. La mise en place législative plus ou moins rapide d'une agence de gouvernance unique pour le système de santé devra nécessairement s'accompagner d'un processus lent de maturation et de développement systématique des capacités requises pour produire les résultats attendus. Enfin, il n'y a pas un seul modèle ou une seule approche pour transformer la gouvernance des systèmes de santé. Les provinces ont opté pour différents modèles représentant un degré variable de centralisation et d'intégration des organisations et des prestataires de soins entre autres par l'abolition ou non de conseils d'administration autonomes des établissements de santé.

**ANNEXE 1 – HISTORIQUE
ET CONTEXTE DES
CHANGEMENTS DE
GOUVERNANCE DANS
LES SYSTÈMES DE SANTÉ
DE QUATRE PROVINCES
CANADIENNES**

ALBERTA

1994

Sous le projet de loi *Regional Health Authorities Act*, 17 régions régionales de santé ont été créées pour administrer le système de santé de manière plus efficiente et pour répondre aux besoins des communautés locales. Ayant pour but la réduction des coûts, cette transformation a élevé la prise de décision à l'échelle régionale et a permis au ministère de plutôt jouer un rôle de soutien aux régions régionales (Church et Smith, 2008).

2003

En réponse à la création des fonds de transition des soins de santé primaires (*Primary Health Care Transition Fund*) du gouvernement fédéral, le gouvernement albertain a créé les Primary Care Networks dans le cadre d'un accord entre l'Alberta Medical Association, le ministère de la Santé et les régions régionales. Les trois parties ont signé un accord-cadre trilatéral de huit ans (2003–2011) pour soutenir les initiatives locales de soins primaires (Leslie et al., 2020).

2004

Les 17 régions régionales de santé ont été réduites à neuf (Church et Smith, 2008).

2008

La régionalisation avait créé des barrières pour les patients à l'échelle locale et avait exacerbé la fragmentation du système de santé avec une performance insatisfaisante, le mécontentement du public et des déficits majeurs continuels dans les budgets annuels des régions régionales. Il y avait un besoin criant pour une meilleure performance du système avec une intention de réduction des coûts administratifs (Veitch, 2018).

Ainsi, dans un contexte de changement de gouvernement, une démarche de centralisation majeure du système de santé albertain a été amorcée. Le 15 mai 2008, le ministre de la Santé a annoncé la création d'une seule entité de gouvernance provinciale qui remplacerait les instances de gouvernance des neuf régions régionales de santé, des services ambulatoires, de l'Alberta Alcohol and Drug Addiction Commission, de l'Alberta Mental Health et de l'Alberta Cancer Board. La justification de cette consolidation comprenait des arguments tels que l'augmentation de l'efficacité du système, la création de liens entre diverses ressources du système et le virage vers une approche plus managériale et moins politisée de la gestion du système (Spenceley et al., 2013).

L'Alberta Health Services Board a été créé et a remplacé tous les conseils existants (Government of Alberta, 2008). Le 30 mai 2008, la rencontre inaugurale de l'Alberta Health Services Board a eu lieu, durant laquelle les membres du conseil ont signé un protocole d'entente qui clarifiait les attentes du ministre concernant les rôles, les responsabilités, le devoir, l'orientation stratégique, les relations de communication et les attentes de performance envers l'Alberta Health Services Board. Ce mémorandum établissait aussi la relation de responsabilisation entre le conseil, son président, son chef de la direction et le ministre et le sous-ministre, tel que le soutenait un dialogue avec le ministre, le sous-ministre et les conseils de santé communautaires sur les principales mesures du système de santé (p. ex. la demande de services, la prestation de services et l'accès équitable aux services, les résultats et les capacités du système de santé). Ainsi, entre 2008 et 2009, l'Alberta Health Services Board a entretenu de nombreuses rencontres pour structurer l'Alberta Health Services Board et mettre en place des conditions pour l'implantation du système de santé intégré (Alberta Health Services, 2008a, 2008b).

2009

Le 1^{er} avril 2009 marquait le début officiel de l'Alberta Health Services Board avec la nouvelle année financière. Dès le premier jour, l'Alberta Health Services Board est devenu responsable des programmes et des services couvrant l'ensemble du continuum de soins, y compris les soins à domicile, les soins primaires, la toxicomanie et la santé mentale, les soins actifs, les services de soutien clinique, les soins ambulatoires, la santé correctionnelle, la santé publique, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées et les soins continus (Veitch, 2018).

2010

L'Alberta Health Services Board a établi cinq grandes zones géographiques : Nord, Sud, Central, Calgary, Edmonton.

2012

En février 2012, le PDG du Health Quality Council of Alberta publiait un rapport instructif sur la restructuration du système de santé (Health Quality Council of Alberta, 2012). En tant que conseil légiféré, le Health Quality Council of Alberta joue un rôle clé dans le système en étant responsable de surveiller le système de santé pour améliorer la qualité des services et la sécurité des patients. Ce conseil peut élaborer des stratégies agissant sur le renforcement des capacités pour soutenir l'amélioration du système de santé, la surveillance du système avec des indicateurs au niveau du système et des enquêtes auprès de la population ainsi que l'analyse et la reddition de comptes de la prestation des soins de santé (Cowell et Harvie, 2012). Le rapport de 2012 venait ainsi soulever des inquiétudes concernant les longues

attentes dangereuses aux urgences, une culture de « peur et d'aliénation » et l'ingérence politique⁵. Le rapport notait aussi que les responsabilités des parties prenantes étaient devenues floues et qu'il était indispensable de bien définir les rôles des principaux acteurs du système, dont l'Alberta Health Services, l'Alberta Health Services Board, l'Alberta Health et le ministre de la Santé (Health Quality Council of Alberta, 2012).

Le rapport du vérificateur général publié en octobre 2012 est un autre rapport clé qui a informé les décideurs des répercussions de la transformation, plus particulièrement l'identification des lacunes du système des soins primaires de santé et l'intégration des services, surtout en ce qui concerne la gouvernance (Office of the Auditor General, 2012).

5 Calgary Herald : <http://www.calgaryherald.com/news/health-timeline/index.html>;
Longwoods blog : <http://www.longwoods.com/blog/a-brief-history-of-alberta-health-services/>;
Edmonton journal : <https://edmontonjournal.com/news/politics/albertas-health-minister-to-make-announcement-on-ahs-governance>

Les Primary Care Networks

Le système de soins primaires de l'Alberta a été marqué par des transformations à fort impact. Ces transformations ont été premièrement induites par des innovations locales qui ont construit les Primary Care Networks en collaboration avec les gestionnaires du système de santé.

Entre les années 2003 et 2012, les Primary Care Networks, apportant des solutions locales à des problèmes locaux, ont connu une indépendance et une autonomie marquées avec une surveillance limitée de la part des Primary Care Networks, puis de l'Alberta Health Services et du ministère. Cela a induit une approche ascendante (*bottom-up*) des innovations en politiques, marquée par une culture différente de celle de l'Alberta Health Services qui était bureaucratique et dépendante du système. L'hétérogénéité structurelle dans les différents Primary Care Networks a reflété des différences significatives avec les objectifs provinciaux pour les soins de santé primaire.

Avec l'arrivée du rapport du vérificateur général en 2012, l'ère des Primary Care Networks qui avait connu des innovations locales très riches, a dû prendre fin. Dans son rapport, le vérificateur recommandait au ministère de la Santé et ses départements de mettre en place des processus de suivi et d'évaluation des Primary Care Networks, ainsi que d'améliorer son système de surveillance pour assurer une meilleure imputabilité du programme. Le ministère a aussi été appelé à fournir un soutien centralisé à l'Alberta Health Services dans le cadre de l'implantation des Primary Care Networks. Des recommandations concernant les Primary Care Networks ont aussi été formulées à l'Alberta Health Services, leur demandant d'établir des objectifs et des mesures de performance les cadrant.

Ainsi, les opérateurs du système ont dû se prêter sur des systèmes d'imputabilité. La problématique des exigences en indicateurs de performance et de redevabilité étant mise à l'agenda, des indicateurs de performance pour les Primary Care Networks ont été introduits, avec des structures de gouvernance et de coplanification et des processus de l'amélioration de la qualité (Leslie et al., 2020).

Strategic Clinical Networks (réseaux cliniques stratégiques)

La grande taille (ou ampleur) de l'Alberta Health Services a contribué à son succès, mais c'est l'emphase qui a été mise sur l'intégration qui a joué un rôle clé. L'élimination des silos a été effectuée par la mise en place du partenariat, de la collaboration et de la coopération. Le meilleur exemple de cette intégration est les Strategic Clinical Networks, qui sont composés de cliniciens de première ligne, de chercheurs, de décideurs et de patients qui sont passionnés et bien informés sur des domaines précis de la santé. À partir des ressources provinciales, ces réseaux stimulent l'innovation afin d'améliorer la qualité, la standardisation et la durabilité des services de soins de santé dans toute la province (Alberta Health Services, 2019a).

Le mouvement centralisateur a entraîné en chaîne l'intégration de plusieurs services et de programmes, mais aussi la croissance de plusieurs initiatives qui ne pouvaient être réalisées dans le contexte des régions de santé (Alberta Health Services, 2019b). C'est le cas des Strategic Clinical Networks qui, à l'origine, étaient un projet pilote d'arthroplastie osseuse et articulaire qui n'a pas pu atteindre l'échelle provinciale dû à l'autonomie régionale des régions de santé (Veitch, 2018). Grâce à la création de l'Alberta Health Services, les Strategic Clinical Networks ont pu être implantés. En rétroaction, ces derniers ont engendré beaucoup d'avancées quant à l'amélioration de la qualité à l'Alberta Health Services. Les innovations réalisées par les réseaux ont pu être opérationnalisées par les fournisseurs de soins de première ligne.

L'investissement initial pour le démarrage des projets pilotes les plus importants était minimal, soit de 20 millions \$, dont 10 millions \$ n'ont été utilisés que pour les opérations (administration, compensation des dyades, analyse de données). Au fil des ans, le coût opérationnel est resté le même, avec une amélioration de l'efficacité. Par exemple, le Strategic Clinical Network de santé cardiovasculaire a mis en place un plan d'action pour les accidents vasculaires cérébraux, qui a standardisé les soins en réduisant les variations dans les régions et a amélioré les trajectoires cliniques. Un autre exemple notable, le Strategic Clinical Network pour les soins de longue durée, s'est concentré sur l'amélioration des 11 sites avec les pires résultats en créant des outils. Lorsque les données probantes ont suivi, l'Alberta Health Services a permis au Strategic Clinical Network d'améliorer ces outils sur la base volontaire des fournisseurs de soins qui avaient accès à ces évidences (informateur clé).

Les programmes qui ont été mis en place dans le cadre des Strategic Clinical Networks ont démontré des résultats cliniques satisfaisants (p. ex. réduction de 9% de l'utilisation inappropriée d'antipsychotiques dans les soins de longue durée; réduction de moitié du temps entre le diagnostic d'un accident vasculaire cérébral et le traitement). De plus, l'effort mis sur cette amélioration de la qualité a aussi mené à une forte économisation. L'Alberta Health Services estime que depuis 2012, le travail des Strategic Clinical Networks a entraîné des économies cumulées de 43 000 jours-lits, a évité des coûts de 28 millions de dollars et a généré des économies de coûts directs de 15,2 millions de dollars, tout en améliorant la qualité, la sécurité et la normalisation des soins partout dans la province. Un réseau d'intégration des soins de santé primaires a aussi été créé pour soutenir l'intégration des soins primaires avec les soins aigus, d'urgence et spécialisés, ainsi qu'avec les organisations de soins sociaux et d'autres services et programmes clés. Cela a mis en place des voies de référence entre les médecins de première ligne et les spécialistes, réduisant considérablement les listes d'attente auprès des spécialistes (Wasylak, Strilchuk et Manns 2019; Yiu, Belanger, F. et Tod 2019a).

2013

En réponse aux rapports, le gouvernement de l'Alberta a créé, en avril 2013, une commission chargée d'identifier des moyens pour l'amélioration de la gouvernance du système de santé sans avoir à y apporter des changements structurels et étant spécifique aux acteurs clés (Alberta Health Services, Alberta Health Services Board, le ministère et les médecins). Grâce à des entrevues avec de hauts fonctionnaires du système, des recommandations ont été émises au gouvernement (Alberta Health, 2013).

Le rapport de cette commission se penche pleinement sur la définition des rôles de chacun des acteurs de la gouvernance et permet de formaliser ce nouveau modèle de gouvernance.

Conseil d'administration de l'Alberta Health Services

«Le conseil d'administration de l'Alberta Health Services est responsable de la gouvernance et de la surveillance de l'organisation de l'Alberta Health Services, qui dispose d'un budget substantiel et qui est le principal fournisseur de services de santé de la province.»

«La principale responsabilité du conseil de l'Alberta Health Services est l'embauche, le rendement, la rémunération et la succession du PDG. Ses responsabilités générales en matière de gouvernance peuvent être regroupées dans les catégories suivantes : planification stratégique, performance financière, qualité des soins et sécurité, performance en matière de gestion des risques, performance de gestion, performance du conseil, performance des relations communautaires, performance des relations partenariales.»

Le rapport stipule que le conseil d'administration devrait définir les stratégies et les politiques organisationnelles, tout en supervisant la performance du PDG. Cependant, l'autonomie de l'agence se souscrit à son mandat et à l'autorité du gouvernement et des lois encadrant ses activités, ce qui lui confère une responsabilité et une imputabilité. Une note importante qu'effectue le rapport est que l'écoute et la rétroaction de l'agence devant le gouvernement ne veut pas dire que la direction opérationnelle est une responsabilité de ce dernier (ici dans le cadre de la problématique que le gouvernement est chargé des actions opérationnelles qui ne sont pas inscrites dans ses rôles). Ainsi, le rapport définit clairement le rôle du conseil (p. 24) : «Le rôle du conseil d'administration de l'Alberta Health Services est de régir [“govern”] les activités et les opérations de l'Alberta Health Services.»

Le principal mécanisme de responsabilisation et d'imputabilité (*accountability*) du conseil envers le ministre est le plan d'action en santé (*Health Plan*). Le conseil le présente au ministre qui l'approuve, le modifie, ou le rejette. Le conseil est aussi chargé de fournir des rapports trimestriels détaillés et standardisés au ministre sur sa performance. Un rapport annuel et les états financiers du conseil sont aussi présentés au ministre annuellement.

Alberta Health Services

Pour ce qui est de l'Alberta Health Services, le rapport confirme simplement que les responsabilités qui s'appliquaient aux 9 régions régionales de santé dans le *RHA Act* s'appliqueraient également à l'Alberta Health Services.

Alberta Health (Département de Santé)

Le rapport stipule que l'Alberta Health joue un rôle central de leadership dans le système de santé, incluant des rôles législatifs et réglementaires. Il est chargé de l'élaboration de politiques publiques, de la surveillance et l'assurance et de l'orientation stratégique globale. Il établit des normes et assure leur respect et administre le régime d'assurance maladie de l'Alberta. Il soutient aussi le ministre en ce qui concerne l'imputabilité de ce dernier envers l'Assemblée législative (p. ex. la période des questions et les comités tels que les comptes publics).

Ministre de la Santé

Selon le groupe de travail de la commission, le gouvernement participe à l'établissement d'objectifs et à la surveillance (*oversight*), dans le cadre d'une gouvernance formalisée puisqu'il est imputable au public. Ainsi, il s'assure que le conseil agit dans l'intérêt fondamental du public et s'acquitte de son mandat.

Pour ce faire, les rôles clés du ministre dans le système de santé sont d'établir des objectifs de haut niveau, de s'assurer qu'un plan approprié est en place pour atteindre ces objectifs, de surveiller les progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs et de rester prêt à faire face à des événements importants, matériels et imprévus qui auraient une incidence sur la réalisation de ces objectifs, comme une urgence de santé publique ou un changement dans les priorités du gouvernement.

2017

Le vérificateur général de l'Alberta publie un rapport explicite sur la santé en analysant les audits qui avaient été conduits depuis 1990. Celui-ci analyse les causes profondes des lacunes qui persistent dans le système de santé, incluant sa structure fragmentée, le manque d'intégration des services et le manque de partage et d'utilisation des informations cliniques (p. 4). Le rapport identifie aussi des initiatives qui ont amélioré le système (Office of the Auditor General, 2017).

2019

Le gouvernement demande à la firme EY d'effectuer une évaluation de la performance du système de santé. Cette revue de performance des services de santé de l'Alberta vise à fournir des réponses claires sur la façon dont les ressources des soins de santé sont dépensées et sur les possibilités d'amélioration qui existent dans l'Alberta Health Services et de formuler des recommandations pour l'atteinte de la viabilité à long terme du système de santé, y compris par rapport à la gouvernance (Ernst & Young LLP, 2019).

2020

En réponse au rapport, l'Alberta Health Services propose, en août 2020, un plan de mise en œuvre (Alberta Health Services, 2020).

Défis rencontrés

Les rapports mentionnés ci-haut (2013, 2017, 2019) ont fourni divers renseignements au gouvernement albertain, incluant les problèmes existants non résolus par les changements structurels ainsi que les problèmes sous-jacents aux transformations. Ces documents ont aussi outillé les institutions et les agences interpellées par les recommandations qui ont été réalisées. Les problèmes énumérés qui suivent sont filtrés par catégories des fonctions de gouvernance du cadre d'analyse du CSBE.

PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET PLAN DE MISE EN ŒUVRE

- Une confusion sur les rôles et les responsabilités entre les différentes parties prenantes régnait dans les années de début de l'Alberta Health Services. Lors de la création de celui-ci, il n'y a pas eu de raisonnements et d'examen d'analyse par rapport aux risques, aux alternatives et aux stratégies de mise en œuvre élaborées de la restructuration (Alberta Health, 2013).
- La prise de décision à l'Alberta Health Services est trop centralisée, ce qui entraîne de longs délais pour les décisions qui doivent être prises par la haute direction, rendant le système moins efficace (Alberta Health, 2013).
- Il y a confusion et incompréhension du rôle d'Alberta Health, qui s'implique à un haut niveau opérationnel de l'Alberta Health Services et qui agit comme s'il n'y avait pas d'agence distincte avec un conseil et des pouvoirs délégués (Alberta Health, 2013).
- Le modèle de gouvernance de l'Alberta n'est pas complètement aligné avec le modèle visé, qui est celui d'une relation 1:1 d'administrateur avec le fournisseur unique des soins dans la province. Les initiatives de politiques d'Alberta Health ne sont pas toujours alignées avec les domaines opérationnels importants de l'Alberta Health Services. De plus, ces deux entités n'ont pas d'approche formalisée pour travailler systématiquement en partenariat dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques (Ernst & Young LLP, 2019).
- Aussi, selon ce rapport, l'Alberta Health Services dépasse son mandat opérationnel et est responsable de l'élaboration de politiques relevant du département de santé, tandis qu'Alberta Health prend en main certains aspects opérationnels qui doivent être menés par l'Alberta Health Services (Ernst & Young LLP, 2019).

MÉCANISMES DE CONTRÔLE (SUIVI DE LA PERFORMANCE AXÉE SUR LES RÉSULTATS)

- Le ministère effectue une évaluation de la valeur reçue par rapport à ce qui a été dépensé. Cependant, ce processus n'est pas suffisamment convenable pour un système d'imputabilité rigoureux en rapport aux services rendus par les médecins (Office of the Auditor General, 2017).
- Au-delà du succès de l'Alberta Health Services dans l'intégration des fonctions administratives du système, il existe des défis concernant l'intégration de ses propres processus cliniques et des soins de première ligne. Cela est dû à la fragmentation des systèmes de surveillance, le chevauchement des responsabilités et un système d'imputabilité diffus en ce qui concerne les résultats (Office of the Auditor General, 2017).
- Bien que ses actions dépassent la délimitation de ses rôles, le ministère de la Santé s'implique au plan opérationnel du système appartenant

légalement (sous le projet de loi *RHA Act*) à l'Alberta Health Services. Cela crée une confusion auprès des prestataires de services, empêche la mise en place d'une imputabilité claire et bien définie, contribue à l'érosion de l'autorité de l'Alberta Health Services et engendre une duplication des efforts. Ainsi, la structure administrative de l'Alberta Health Services n'est pas utilisée telle qu'elle était prévue (Office of the Auditor General, 2017). Même après le rapport de l'auditeur général 2017, le rapport de la firme EY a trouvé que ce problème persistait.

MÉCANISMES D'INCITATION

- Les médecins de famille entraînent une grande partie des coûts opérationnels de l'Alberta Health Services. Cependant, ces derniers n'ont aucun lien opérationnel avec l'Alberta Health Services quant aux soins aux patients. Pourtant, ils devraient être au cœur des soins de santé primaires puisqu'ils représentent le fondement d'un modèle de soins intégré. Même si les médecins sont payés par le système de santé, ils se retrouvent au plan organisationnel à l'extérieur de celui-ci et ne peuvent ainsi être engagés en tant que leaders de l'amélioration de la qualité (même s'ils sont les mieux disposés pour apporter le changement voulu). De plus, les médecins de soins primaires ne se retrouvent pas dans la même situation que les spécialistes exerçant dans les hôpitaux. Ils n'ont aucune entente avec l'Alberta Health Services pour définir les besoins de soins globaux de la population, la gestion intégrée des cas, le partage des données cliniques ou l'évaluation de la qualité et du coût des services et ainsi obtenir les meilleurs résultats pour leurs patients (Office of the Auditor General, 2017).
- Malgré l'existence d'une matrice de compétences, les processus de nominations au conseil d'administration de l'Alberta Health Services ne sont ni clairs ni transparents (Alberta Health, 2013).
- Malgré la consolidation du système, les silos engendrés par les zones commencent à réémerger (variations de pratiques, de politiques et de prestation des services). Il existe aussi une confusion entre les programmes provinciaux et les opérations des zones (Ernst & Young LLP, 2019).
- Le système de santé a connu, lors des deux dernières décennies, plusieurs transformations avec un remaniement constant des portefeuilles. Cependant, les parties prenantes n'ayant pas assumé les responsabilités pour ces nouvelles stratégies, aucun changement fondamental n'a eu lieu. Ces dernières ont notamment échoué, car elles étaient descendantes (*top-down*), n'ayant pas mérité l'adhésion des fournisseurs de services et elles s'inscrivaient dans un jeu de temporalité, où le changement de direction constant dans les postes de gestion amorçait aussi sans cesse des changements sur le plan des orientations stratégiques. De plus, le collègue des physiciens n'a aucun accès aux données du ministère ou de l'Alberta

Health Services pour pouvoir identifier des domaines d'amélioration pour la prestation des services (Office of the Auditor General, 2017).

- Aussi le gouvernement n'a pas motivé l'intégration des services en mettant en place des incitations et en nommant ses attentes en tant que bailleur de fonds (Office of the Auditor General, 2017).

MESURE DES RÉSULTATS ET DE LA GESTION DES RISQUES

- Il y a peu d'informations sur la qualité des résultats obtenus en échange des dépenses du ministère pour les services médicaux (Office of the Auditor General, 2017).
- Le ministère, l'Alberta Health Services et le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta surveillent, en partie et de manière fragmentée, les principaux aspects de la qualité des soins obtenus par les services médicaux qui sont financés par l'État. Chacun des groupes considère les données qui lui sont pertinentes, mais il n'y a aucune évaluation globale des services des médecins qui se fait au fil du temps (Office of the Auditor General, 2017).

MANITOBA

Les réformes du Manitoba ont généralement laissé les transformations des structures de gouvernance régionale et provinciale intactes (avant la centralisation majeure) et ont été marquées par la participation active des citoyens.

Une des particularités de la province est une entente qu'a conclue le gouvernement avec l'Université du Manitoba établissant le Manitoba Center for Health Policy. Cette institution a mis sur pied une collaboration entre les cinq ministères et les 11 régions régionales de santé dans le temps pour répondre aux questions de recherche visant à améliorer l'état de santé des Manitobains en se fondant sur les preuves scientifiques existantes (Marchessault, 2011). Des tables rondes et des ateliers peuvent aussi être organisés pour permettre la diffusion des résultats de recherche et encourager la planification des régions régionales de santé (Martens, 2011).

1997

Le Manitoba a aussi connu un mouvement de régionalisation en 1997 avec la création de 11 régions régionales de santé dans la province, responsables de la prestation des services de santé. En vertu de la Loi sur les corporations, le gouvernement a créé le Regional Health Authorities of Manitoba Inc. Celui-ci est composé des PDG des régions régionales de santé ainsi que du PDG de Diagnostic Services of Manitoba et a la responsabilité de coordonner les activités qui profitent mutuellement aux différentes régions régionales de santé et qui pourraient se dérouler à l'échelle provinciale (Bergevin et al., 2016). L'année suivante, le gouvernement publiait un document intitulé *Achieving Accountability* qui instituait un cadre de référence par rapport aux rôles, aux responsabilités et aux liens entre les régions régionales de santé et le ministre.

2002 à 2006

Entre les années 2002 et 2006, dans le contexte de la transition des soins de santé primaire (*primary care transition fund*) fédérale, les régions régionales de santé se sont surtout concentrées sur la prestation des soins de santé primaires et ont mis en place de nombreux projets. Au cours de la dernière décennie, le Manitoba a ainsi poursuivi des réformes se rapportant au renouvellement des soins de santé primaires (Usher et al., 2020).

2007

En 2007, le Manitoba établissait une division de coordination interdépartementale pour stimuler le partenariat entre différents ministères et celui de la santé et offrir ainsi des soins intégrés de haute qualité. Cela a occasionné des opportunités pour les régies régionales de santé qui ont mis en place divers programmes intégrés. Par exemple, la régie régionale de santé de Winnipeg s'est jointe au ministère de la Famille et de l'Habitation pour créer le Winnipeg Integrated Services qui arrimait l'offre de services des deux établissements (Usher et al., 2020).

2012

En 2012, les 11 régies régionales de santé ont été fusionnées pour créer cinq régies régionales de santé dans le but d'économiser sur des coûts administratifs et ainsi épargner 10 millions \$ (Government of Manitoba, 2012). Suivant cela, le gouvernement a sollicité un consultant pour produire une revue dans le but de fournir des recommandations et une orientation facilitant le développement d'un système de services médicaux d'urgence plus intégré, réactif, fiable et durable (Fitch et Associates, 2013). De plus, en collaboration avec des dirigeants médicaux, il a aussi établi le Provincial Medical Leadership Council (conseil provincial de leadership médical) relevant du sous-ministre pour assurer un leadership dans la planification de la prestation des services cliniques et pour soutenir une approche intégrée de recrutement et de rétention du personnel médical au Manitoba. Le Provincial Medical Leadership Council comprend une représentation égale de tous les principaux organismes de santé du Manitoba et du registre du Collège des médecins et chirurgiens. Le Provincial Medical Leadership Council a commencé à intégrer les fonctions du personnel médical dans toute la province et a également lancé une série de groupes de travail axés sur des domaines de spécialité particuliers (santé mentale, chirurgie générale, orthopédie, soins palliatifs, soins continus complexes, soins primaires et imagerie diagnostique). Les groupes de travail ont réuni des cliniciens de toute la province pour examiner des façons pratiques d'améliorer les soins et l'efficacité. Les résultats ont clairement démontré l'engagement des cliniciens dans un modèle provincial de prestation de services (Manitoba Health, Seniors et Active Living 2017).

Entre les années 2011-2015, la province a aussi été marquée par des initiatives de transformation des soins primaires (Kreindler et al., 2019).

Toutes ces initiatives ont marqué le début d'une transition de l'emphase des politiques vers la transformation de gouvernance du système.

2016

En 2016, les élections provinciales remportées par le parti conservateur progressiste ont abouti à un changement de gouvernement. Après cette victoire, le ministre de la Santé du Manitoba a donné suite à une promesse faite de revoir les dépenses en soins de santé en prévision des compressions budgétaires fédérales.

2017

Trois rapports clés ont suivi en 2017 et ont agi comme déclencheurs de transformations structurelles de gouvernance du système.

RAPPORT DE PLANIFICATION PROVINCIALE DES SERVICES CLINIQUES ET PRÉVENTIFS POUR LE MANITOBA (PEACHEY REPORT)

Dans ce rapport, Peachey et ses collaborateurs ont été mandatés pour diriger la création d'un outil de planification pour fournir un plan de services de qualité, durable, équitable, détaillé et fondé sur des données probantes. Ce rapport, mené par des experts, a été élaboré en collaboration avec les fournisseurs de services et les acteurs du système de santé. Une des sections concerne la gouvernance, plus précisément la gouvernance clinique et son rôle dans le système albertain. Les experts ont identifié plusieurs défis de gouvernance et ont fourni des commentaires pour chacun (Peachey et al., 2017).

REVUE DE LA DURABILITÉ ET DE L'INNOVATION EN SANTÉ (KPMG, 2017A, 2017B)

En parallèle à l'examen du rendement financier entrepris dans les divers ministères, le nouveau gouvernement amorce aussi une revue indépendante de la durabilité et de l'innovation en santé afin de comprendre comment les coûts des soins de santé pourraient être modifiés afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacités des services de santé. Ainsi, le ministère de la Santé a recruté une firme de consultation, KPMG LLP. Celle-ci a aussi été chargée d'identifier des domaines d'amélioration de l'efficacité et de l'efficacités des programmes et services du Health Insurance Fund et du ministère en général sans nuire aux services de première ligne. Le mandat impliquait aussi une évaluation de la structure organisationnelle actuelle de la régie régionale de santé de Winnipeg et des réflexions sur la structure actuelle du système de santé provincial, y compris celle du ministère.

La firme KPMG a identifié de nombreux défis du système de santé qui sont nommés plus loin. Des opportunités d'économies de 390 millions \$ dépendantes d'un réalignement stratégique du système de santé ont aussi été identifiées. Les deux domaines les plus importants concernent l'amélioration de l'efficacité opérationnelle des services cliniques et des soins de santé de base et la rationalisation de l'infrastructure.

COMMISSION SUR LA RÉDUCTION DES TEMPS D'ATTENTE (ELHARD ET AL., 2017)

Toujours en vue de répondre aux engagements pris lors des élections, le nouveau ministre de la Santé a été mandaté pour entreprendre les processus nécessaires en vue d'être la province qui s'est le plus améliorée en matière de diminution des temps d'attente aux urgences. Le Wait Times Reduction Task Force a ainsi été créé pour recommander des mesures précises pour réduire les temps d'attente, où le Manitoba se classe sous la moyenne canadienne. En se basant sur des données probantes et des consultations, leur rapport fournit des recommandations sur les moyens de réduire les temps d'attente pour les procédures et les traitements prioritaires, notamment la chirurgie de remplacement de la hanche et du genou, la chirurgie de la cataracte et l'imagerie par résonance magnétique. Les recommandations concernent les politiques et procédures sur l'accès aux soins d'urgence, la conception du système, la gouvernance, les constructions culturelles, les comportements du système et les modèles de financement.

DÉFIS IDENTIFIÉS PAR LES RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS

Ces trois documents ont conclu que le système de santé manitobain est trop complexe et agit en tant qu'obstacle à la prestation efficace et efficiente des services⁶. Les défis documentés concernent les structures organisationnelles et les modèles de gouvernance trop complexes et inadéquats par rapport au nombre d'habitants, produisant un dédoublement des rôles et fonctions des agences de santé. D'un côté, les rapports reprochent l'absence d'un cadre global de gouvernance, clarifiant les mandats, les responsabilités et les rôles du ministère, des régies régionales de santé ou des prestataires. Les rapports démontrent qu'il y a de nombreuses organisations et de nombreux conseils indépendants ayant des mandats de prestation de services concurrents. De plus, il n'y a pas de plan provincial basé sur des données probantes pour diriger de manière coordonnée la prestation des services à l'échelle provinciale. De plus, il existe des notions contradictoires sur la façon d'atteindre le même objectif. En parallèle, les cadres de responsabilisation ne sont pas assez matures et il n'y a aucune conséquence lors d'actions indépendantes ou non performantes.

6 <https://www.gov.mb.ca/health/hst/program.html>

Les conditions de financement ne sont aussi pas définies de manière cohérente et le financement des programmes et services de santé n'est pas basé sur les besoins des populations.

Dans l'analyse de la régie régionale de santé de Winnipeg, on trouve qu'il existe un décalage entre les rôles du ministère, des programmes et des fournisseurs, créant aussi un écart dans la gestion du rendement et la responsabilisation. L'indépendance et l'autonomie des régions sont privilégiées au lieu de la performance du système à l'échelle de la province avec des mesures de performance et des attentes mal définies.

Ces rapports s'enlignent vers la création d'un organisme provincial de la santé permettant une meilleure planification et une intégration accrue des services de soins de santé dans la province. Dans cet ordre d'idée, le rapport de Peachey recommande la reconnaissance de la gouvernance et du leadership clinique en tant qu'élément central de la nouvelle entité provinciale. De plus, les services cliniques et préventifs devraient être reconnus comme les activités de base du système de soins de santé.

Pour ce qui est de la firme KPMG, le rapport nomme le besoin d'un réalignement stratégique concernant cette nouvelle entité et effectue plusieurs recommandations. Celles-ci stipulent que l'organisation provinciale devrait être responsable de la planification provinciale des services (élaboration de modèles provinciaux par spécialité, établissement de normes, soutien au recrutement, conseil au ministère, gouvernance du personnel médical) qui sont offerts par les autorités provinciales de santé en tant que prestataires, fondés sur un plan provincial. La firme KPMG conseille aussi au gouvernement de mettre en place un bureau de gestion de la transformation, puis de se concentrer sur les politiques et la planification, le financement et la surveillance du système en se dissociant de la prestation des services. Pour la firme KPMG, la création de cette nouvelle entité crée plusieurs opportunités, dont la clarification des rôles et des responsabilités, l'amélioration de la capacité de gestion des services pour les programmes provinciaux, l'augmentation de l'efficacité et la réduction des coûts grâce à la consolidation des fonctions de gestion et d'administration.

Ainsi, à la suite de ces trois rapports, le ministre a annoncé la création de Soins communs afin de centraliser certaines parties des services et de l'administration des soins de santé, fournissant une planification coordonnée, l'établissement de normes et la gouvernance du système. Cette nouvelle organisation est officiellement entrée en vigueur le 1^{er} avril 2018, Brock Wright a été invité à la diriger avec l'aide d'une équipe expérimentée et dévouée de professionnels. Les régies régionales de santé seront toujours responsables de la prestation des soins de santé et des opérations quotidiennes (Friesen, 2017).

Après l'annonce du gouvernement, en juin 2017, Dr Brock Wright partage une communication de sa nomination au poste de PDG de Soins communs. Dans sa lettre, il s'adresse aux fournisseurs de services, leur expliquant que la création d'un plan provincial de services cliniques et préventifs a été amorcée. Ce plan viendra informer l'organisation de tous les services de santé et permettra d'effectuer une planification efficace des ressources humaines en santé, des investissements en équipements et de la mise sur pied d'autres initiatives et de fonctions de soutien plus larges qui devraient être coordonnées à l'échelle provinciale. La rédaction de ce plan sera coordonnée par des experts minutieusement choisis, qui seront en mesure d'incorporer le travail effectué par des équipes cliniques provinciales issues des agences de santé. En somme, ces équipes mobilisées par spécialité créeront des modèles de soins provinciaux, identifieront des normes relevant de leur spécialité et soutiendront les efforts de recrutement nécessaires pour mettre en place les modèles de soins développés. Ce plan suivra ainsi de manière logique le plan déjà amorcé du Dr Peachey. À la suite de sa rédaction, le plan sera examiné et approuvé par le nouveau conseil de leadership clinique du Manitoba (remplaçant le Provincial Medical Leadership Council), qui inclut les médecins-chefs des cinq régions régionales de santé, des infirmiers et des représentants alliés de la santé (Wright, 2017).

En décembre 2017, une seconde lettre de la sous-ministre est adressée à tous les travailleurs de la santé. Elle y annonce l'établissement du Transformation Leadership Team (Équipe de direction de la transformation) qui comprend des représentants de l'ensemble du système de santé. Sous sa présidence et avec un mandat du ministre, l'Équipe priorisera des initiatives de transformation et formulera des recommandations sur la gouvernance et l'élaboration de politiques. Elle annonce aussi que les formulations d'un plan (*blueprint*) et d'une feuille de route (*roadmap*) ont été entamées pour le programme de transformation. Ces documents décriront non seulement les structures, les rôles, les responsabilités et liens d'imputabilités des organisations, mais aussi les activités qui seront mises en place étape par étape avec des échéanciers pour implanter les changements nécessaires pour la transformation du système (Herd, 2017).

2018 et 2019

En janvier 2018, le ministre a animé une assemblée publique provinciale sur la transformation avec plus de 700 membres du personnel. Il était accompagné du sous-ministre, du Dr Peachey et du Dr Wright. Durant cette assemblée, des discussions ont eu lieu par rapport à la nécessité des suppressions, à la façon dont le gouvernement assure qu'il y ait le moins de perturbations possibles, à des préoccupations des communautés rurales et à des services de santé mentale et dépendances (Herd, 2018b).

Depuis la création de Soins communs en 2018, les acteurs clés publiaient des mises à jour du développement du programme de transformation et de la mise en œuvre des initiatives de projets. Dans ces mises à jour, nous retrouvons les documents finalisés du plan directeur et de la feuille de route du programme (Government of Manitoba, 2022).

Dans le plan mentionné ci-dessus, les activités présentées pointent vers la simplification de l'ensemble du système et la réduction du nombre d'organismes, tout en clarifiant les rôles et en améliorant la responsabilisation du gouvernement provincial, du département de Santé, des régies régionales de santé et des organismes de prestation de soins. Ce document présente des cibles que le gouvernement vise à atteindre avec le «réalignement stratégique du système» (Government of Manitoba, 2018).

Le travail d'implantation s'étendra sur trois vagues sur une durée de cinq ans. La première vague concerne le réalignement et la consolidation des rôles des organisations. La deuxième vague concerne l'extension des services et des processus pour assurer une prestation de services provinciale plus uniforme. La troisième vague concerne l'optimisation du fonctionnement du nouveau système (**figure 4** du présent rapport).

NOUVELLE-ÉCOSSE

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a opérationnalisé une réforme de la gouvernance du système de santé en favorisant une approche fondée sur l'engagement des parties prenantes, la planification stratégique et le développement des capacités opérationnelles.

1994-2011

Comme de nombreuses autres provinces, la Nouvelle-Écosse a régionalisé ses autorités sanitaires dès 1994 avec la création de quatre régies régionales, qui ont en 2001 été élargies à neuf districts de santé informés par l'école de la nouvelle gestion publique (Bickerton, 1999).

Les districts de santé étaient responsables de la prestation des services, tandis que le département de santé se concentrait sur l'orientation stratégique de la planification de la Santé, ainsi que sur l'allocation des budgets pour chacune des unités régionales. Les principales fonctions du département comprenaient la coordination des activités entre les régies régionales et la supervision des programmes et services offerts à l'échelle des régions. Le département assurait ainsi un contrôle administratif centralisé, remplissant une fonction de coordination complexe, harmonisant l'activité entre les ministères, les régies régionales, les organisations non gouvernementales (ONG) et les prestataires privés. Le département de Santé était aussi responsable de programmes provinciaux concernant des secteurs de pratique clinique tels que les soins contre le cancer, le diabète, la santé cardiovasculaire, le don d'organes, les maladies rénales, le dépistage du cancer du sein, la collecte de sang, les soins génésiques, l'ouïe et la parole. Ces programmes établissaient des normes et régissaient la coordination dans chacun de leurs domaines respectifs, avec certains qui fournissaient aussi directement des services. Il n'y avait pas de relation directe établie entre les régies régionales et ces programmes, qui toutefois, informellement, s'entraidaient puisque les autorités étaient celles qui fournissaient les services concernant ces thématiques.

Le ministre de la Santé conservait la responsabilité du développement, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique de santé; de l'élaboration de normes pour la prestation des soins de santé; de la surveillance, la mesure et l'évaluation de la qualité, l'accessibilité et l'intégralité des services de santé; de la planification des ressources financières et humaines; de l'établissement des exigences pour les systèmes d'information et la santé publique (Fierlbeck, 2018).

La province a aussi connu de nombreuses réformes quant à la gouvernance en santé publique. En 2002, l'Office de la promotion de la santé a été créé dans le but de promouvoir une culture de bonne santé et des mesures de santé préventives générales. En 2006, à la suite de la publication d'un document de planification pour le renouveau de la santé publique en Nouvelle-Écosse, le département de la Promotion et de la Protection de la santé a été créé, fusionnant la direction de la santé publique du ministère de la Santé et le médecin-chef. Les domaines d'intervention de l'Office de la promotion de la santé ont alors aussi inclus la prévention et le contrôle des maladies transmissibles, la santé environnementale et la préparation et l'intervention en cas d'urgence en santé publique. Cette fusion a eu lieu pour assurer le continuum en soins de santé publique. En 2011, les ministères de la Santé publique et de la Santé ont été fusionnés pour créer le Département de la santé et du mieux-être pour permettre des stratégies de santé publique plus intégrées (Nova Scotia Archives, 2020).

Dans le cadre de l'épidémie de H1N1, l'organisation inefficace et les déficits du système se sont manifestés et ont été identifiés comme problème dans les rapports du vérificateur général (2008 et 2009) et le rapport H1N1 en citant le manque de coordination hiérarchique et de responsabilisation dans la gouvernance provinciale en soins de santé. Le problème sous-jacent identifié était lié au manque de clarté des rôles et de capacités du système (Usher et al., 2020).

2012

En 2012, la firme de consultation EY, a soutenu le gouvernement dans l'évaluation du système de santé pour identifier des opportunités de consolidation. Le rapport de la firme EY recommandait la création d'une organisation de services communs qui engloberaient cinq domaines administratifs du système : le financement et le paiement du personnel; les technologies d'information, la blanchisserie; les ressources humaines; la chaîne d'approvisionnement. Le gouvernement annonçait que la mise en place de ces recommandations mènerait à des économies de 7 à 8,8 millions de dollars au cours des 18 prochains mois. Les économies associées aux propositions des consultants totalisaient de grandes économies annuelles. Le rapport fournissait aussi un plan de mise en œuvre pour la création de cette organisation (Ernst & Young LLP, 2012; Nova Scotia Health et Wellness, 2012).

2013

De plus, le changement de gouvernement aux élections provinciales de 2013, remportées par le parti libéral avait aussi permis d'aborder la problématique des dépenses en santé. En effet, la Nouvelle-Écosse consacrait 47% de son budget aux soins de santé, comparativement aux autres provinces canadiennes à cette période-là. S'ajoutait à cela le

mécontentement du public face aux temps d'attente (les plus longs au Canada) pour de nombreux services de soins de santé. En parallèle, une controverse était soulevée au sujet du règlement (*settlement*) accordé aux infirmières d'Halifax par le gouvernement précédent pour éviter une grève, au printemps de 2012, lors des négociations par leur syndicat. Influencée par l'expérience de l'Alberta (qui avait récemment fusionné ses propres régies régionales), la formation d'une agence provinciale coordonnatrice unique est alors devenue une priorité (Fierlbeck, 2018).

2014

Dès janvier, le ministre de la Santé s'est entretenu avec les parties prenantes du système de santé néo-écossais, dont le personnel et les gestionnaires de première ligne, les défenseurs des droits des patients, les bénévoles, les médecins, la main-d'œuvre locale et les dirigeants communautaires. Lors de cette « tournée » des régies régionales de santé, il a écouté les perspectives locales concernant la transformation du système de santé (Government of Nova Scotia, 2014e).

En mai, le gouvernement annonçait la formation d'une équipe de transition chargée de la gestion de la transformation. Le groupe serait codirigé par le PDG de la régie régionale de Pictou et par un directeur général du département de santé du gouvernement. Issus du système de santé, 13 groupes de travail (*workstreams*) ont été établis avec des concentrations sur diverses thématiques (législation, réglementation et statuts, gouvernance, relations de travail, conception organisationnelle, gouvernance médicale et clinique, services de santé cliniques, qualité, sécurité des patients, risques et services d'entreprise). De plus, un bureau interne a aussi été mis sur pied avec une expertise en outils et en processus de communication et de gestion du changement. Le plan de gestion de la transformation a été basé sur des outils et des processus déjà en place dans le système de santé de la province. L'équipe de transition communiquera le progrès dans la conception et la planification de la transformation directement au ministre adjoint de la Santé. L'équipe recommandera aussi une nouvelle structure de gestion pour la régie provinciale et ses quatre zones de gestion, en étroite collaboration avec l'autorité de l'WK Health Centre et les régies régionales de la santé. Il formulera des recommandations pour aider l'WK Health Centre et la nouvelle régie à partager une vision des services de santé provinciaux avec tous les Néo-Écossais (Government of Nova Scotia, 2014b; Stevenson et Burstall, 2016).

En juin, le ministre a remplacé les conseils d'administration des régies en nommant un administrateur qui assurera leur gouvernance et la surveillance et auquel les PDGs seront imputables. Cela a été effectué en été puisque le CA ne se rencontrerait pas lors de la saison. Ce nouvel administrateur a annoncé que la consolidation avançait et a commencé à concrétiser le changement. La portée des travaux du projet au cours de cette période

comprendait l'élaboration d'une législation ainsi que la conception de la structure de gouvernance. Les intervenants internes (dirigeants du système de santé, médecins et personnel) et externes (dirigeants provinciaux et municipaux) étaient informés des travaux en cours et y contribuaient (Government of Nova Scotia, 2014d; Stevenson et Burstall, 2016).

En juillet, le ministre a mis en place un groupe de conseillers représentant diverses parties prenantes pour le soutenir dans la transformation du système. Ils étaient tenus d'aider à identifier les problèmes clés et à fournir des conseils sur des éléments tels que la continuité du système, la bonne gouvernance et la gestion des ressources. De plus, la dissolution des structures de gouvernance existantes a été entamée et le processus de transformation s'est mis en marche (Government of Nova Scotia, 2014b; Stevenson et Burstall, 2016).

En septembre, le gouvernement a déposé une nouvelle législation à l'assemblée générale pour consolider les neuf régies régionales en une régie provinciale divisée en quatre zones et l'autorité de IWK Health Centre. La loi établissait également de nouvelles règles pour les syndicats à partir d'un processus de restructuration des unités de négociation. En considérant les difficultés et le temps prenant à négocier avec 50 unités différentes, le gouvernement a décidé d'introduire dans le projet de loi une classification qui catégoriserait tous les travailleurs de la santé en quatre groupes distincts : personnel infirmier, personnel de bureau, personnel de soins de santé et personnel de soutien. Cette catégorisation se ferait arbitrairement par le gouvernement, qui aurait le pouvoir d'affecter tous les travailleurs de la santé au syndicat de son choix. Cela se différenciait des procédures habituelles de la province lorsqu'il était question de fusion des syndicats. Cette action a été commentée en tant que tentative de contraindre une des unités de négociation (l'influent Nova Scotia Government Employees Union) pour l'empêcher d'établir des ententes généreuses dans le secteur public. Un médiateur a aussi été nommé pour travailler avec les syndicats et les employeurs et déterminer quel agent négociateur des syndicats représenterait chacune des quatre unités de négociation (Fierlbeck, 2018).

En parallèle, le ministre a aussi désigné le PDG de la nouvelle régie provinciale, qui entrait officiellement en fonction en même temps que l'établissement de la régie. Jusqu'à ce que cela arrive, il serait en soutien à l'équipe responsable de l'opérationnalisation de la transformation (Government of Nova Scotia, 2014a).

2015

Après une phase de négociation avec les syndicats et le gouvernement qui ne s'entendaient pas, le médiateur a publié un rapport sans arbitrage décisif de représentation des quatre unités (Government of Nova Scotia, 2015). Le rapport soulignait aussi l'importance du principe de majorité et mentionnait

qu'une convention collective ne pouvait être considérée comme valide si le syndicat choisi ne représentait pas la majorité des employés. Ainsi, le gouvernement ne pourrait pas imposer un agent négociateur à un groupe d'employés représentés par un autre syndicat. Le médiateur suggérait alors de trouver des solutions « plus créatives » pour déterminer les agents négociateurs des quatre unités. Après plusieurs discussions infructueuses, le premier ministre s'est saisi de ce dossier et a, grâce à des négociations confidentielles entre les syndicats, établi les agents de négociation. Les nouvelles associations ont été reconnues dans le projet de loi et ont été officiellement certifiées comme agents négociateurs par la Commission du travail de la Nouvelle-Écosse (Fierlbeck, 2018).

L'organisation Nova Scotia Health Authority (Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse) est devenue opérationnelle en 2015, régie par son conseil d'administration. L'IWK Health Centre pour femmes et enfants à Halifax est considéré comme une organisation indépendante, les deux ayant des ententes d'imputabilité distinctes avec le ministère. Le conseil d'administration supervise directement le PDG, ainsi que les conseils de santé communautaire. Le PDG est responsable des vice-présidents, qui sont responsables de la planification stratégique; de la planification de l'amélioration de la qualité; du suivi, de l'évaluation et de l'amélioration des services professionnels, de l'enseignement et de la recherche; de la planification commerciale et budgétaire; de la mise en place des « réseaux d'intégration » en santé et en mieux-être à l'échelle provinciale; et de l'établissement des priorités pour la province (Fierlbeck, 2018).

ONTARIO

L'Ontario est souvent reconnue pour ses initiatives en soins de santé primaires qui ont occupé une place fondamentale dans ses réformes du système de santé. L'attention accordée à ce secteur débute dans les années 1970, à cause de l'insatisfaction générale à l'égard du modèle traditionnel de rémunération à l'acte des médecins. Le système de santé de l'Ontario tente alors d'implanter des alternatives au modèle en instaurant des centres de santé communautaire (*Community Health Centres*), régis par la communauté, qui mobilisent des équipes interprofessionnelles. Dès les années 2000, des réformes pour remplacer le modèle traditionnel de paiement par des modèles de soins interprofessionnels et coordonnés ont eu lieu (Usher et al., 2020). L'Ontario a largement mis en œuvre ces modèles de soins avec la mise en place de l'équipe Santé familiale (*Family Health Teams*) et l'expansion du modèle des centres de santé communautaire (McKay et al., 2022).

2005

Quatorze PDG se sont rencontrés pour entreprendre un processus de régionalisation en Ontario, ont été fortement soutenus par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui a mis en place divers mécanismes et structures pour permettre aux PDG d'arriver à leurs fins (Huras, Switzer et Eliasoph, 2015).

2006

Ainsi, en mars 2006, le projet de loi *Local Health System Integration Act*⁷ a été adopté à l'Assemblée législative. Ayant pour objet la mise en place des conditions favorisant la construction d'un système de santé intégré avec des soins de santé coordonnés, ce projet de loi est devenu un instrument législatif clé qui a marqué le début des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (LHINs).

Similaires, mais aussi différents des régies régionales de santé des autres provinces, ces réseaux étaient responsables des services de santé d'une population géographiquement définie, mais desservaient une population considérablement plus grande que leur analogue, avec une échelle d'activités beaucoup plus grande aussi. De plus, les réseaux locaux d'intégration des services de santé n'étaient pas des régies, puisque tous les conseils d'administration des fournisseurs continuaient d'exister (Huras et al., 2015){Huras, 2015 #5}. Les médecins, les équipes Santé familiale, les services

7 Local Health System Integration Act, 2006, S.O. 2006, c. 4

provinciaux de médicaments, les services ambulatoires, les laboratoires, les appareils de santé autonomes et la santé publique sont restés directement sous la gouvernance du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les réseaux locaux d'intégration des services de santé ont été chargés de la planification du système de santé local pour intégrer les services, grâce à des ententes d'imputabilité des services avec les hôpitaux, les centres de soins de longue durée et les fournisseurs communautaires (Usher et al., 2020).

2010

En juin 2010, le projet de loi *Excellence des soins pour tous*⁸ a été adopté, formalisant l'engagement du gouvernement de l'Ontario envers la qualité par l'élaboration de nouvelles structures qui engloberaient de nombreux fournisseurs de soins de santé. Les organisations financées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont été fusionnées pour créer un seul organisme qui est responsable des soins de qualité en Ontario, *Qualité des services de santé Ontario*.

2012

Suivant les ambitions d'amélioration de la qualité, le gouvernement ontarien a conçu une stratégie d'intégration des soins pour les patients avec des besoins de santé particuliers, qui représentent entre 1 à 5% de la population et qui utilisent une grande quantité des ressources en santé (Evans et al., 2014; Grudniewicz et al., 2018). Le but impliquait surtout une coordination des soins pour les personnes âgées et pour les personnes vivant avec de multiples maladies chroniques ou qui ont des besoins complexes en reliant les fournisseurs de plusieurs secteurs (Rudoler et al., 2019). Ainsi, le modèle Maillons santé (*Health Links*) a été fondé dans le cadre du plan d'action ministériel de 2012 concernant les soins de santé (Government of Ontario, 2012).

Cette initiative, conçue de manière à ce que des « règles minimales » soient respectées, est financée par le ministère, mais est organisée, conçue et dirigée par des organismes indépendants de prestation de soins de santé et de services sociaux (Evans et al., 2014). Cette approche est une tentative de réforme progressive rassemblant de multiples secteurs (soins actifs, soins primaires, soins à domicile et soins communautaires). Chacun des maillons est régi par une organisation qui est responsable ou coresponsable, soit des hôpitaux, des cabinets de soins primaires, des agences régionales de soins à domicile ou des organismes de services communautaires (Rudoler et al., 2019).

8 Excellent Care for All Act, 2010, S.O. 2010, c. 14

L'initiative a connu autant de succès que d'échecs. Dans un premier temps, son implantation n'a pas tenu compte de la capacité des secteurs de soins primaires ou communautaires à y participer. Les cabinets médicaux en solo et ceux en groupe n'avaient pas la capacité et les ressources nécessaires pour effectuer le travail exigeant en temps requis et avaient un accès limité au personnel de soutien ou de gestion (pour l'aide aux activités d'administration et de coordination). Les maillons santé étaient une tentative incrémentale de réorienter le système de santé en élargissant le rôle des structures de soins primaires existantes. Cependant, la capacité limitée des médecins à y participer a, jusqu'à présent, entravé son succès. Cela met également en lumière un problème plus vaste : les maillons santé ne corrigeaient pas les conflits existants au sein de l'éventail de politiques; en particulier, ils ne réduisaient pas les tensions entre la pratique communautaire et médicale en silos pour arriver à des soins coordonnés.

Malgré les faiblesses nommées, l'initiative a réussi à faire participer les équipes Santé familiale et les centres de santé communautaire. Cela est vraisemblablement dû à la plus grande capacité de ces organisations à s'engager dans les activités de coordination régionale dont les maillons santé avaient besoin. Contribuant au succès partiel des maillons santé, les segments de la population qui bénéficiaient déjà d'équipes interprofessionnelles recevaient un soutien supplémentaire (Rudoler et al., 2019).

2015

Encore dans un effort de déléguer des responsabilités hors du ministère, le gouvernement publie une stratégie pour des soins centrés sur les patients, dans laquelle il entame une discussion proposant aux réseaux locaux d'intégration des services de santé de prendre en main la responsabilité de «la planification et de la performance de tous les services de santé» et l'identification de sous-régions au sein des régions qui seraient le point central de la planification locale et de la prestation des services comprenant aussi les services des médecins, et ce, pour la première fois (Marchildon et Hutchison, 2016).

2016

Ces discussions arrivent aussi dans le contexte du rapport *Fearless* de l'Ombudsman des patients de l'Ontario, qui met en évidence la problématique des transitions entre les milieux de soins, l'accès aux soins appropriés et la mauvaise communication ou le manque de communication dans le système.

En décembre 2016, suivant sa proposition, le gouvernement adopte le projet de loi 41, une « loi modifiant diverses lois dans l'intérêt des soins axés sur les patients »⁹. Cette loi agirait sur plusieurs domaines d'intervention, dont l'intégration efficace des services et une plus grande équité, l'accès rapide aux soins primaires et une meilleure intégration de ceux-ci ainsi que les soins à domicile et communautaires plus cohérents et accessibles. Sa mise en œuvre a été réalisée en commençant par les centres d'accès aux soins communautaires, qui ont été absorbés par les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé. Le but était de réduire la bureaucratie et de simplifier la planification du système de santé local, permettant théoriquement des soins intégrés plus efficaces dans chaque région. Deuxièmement, cette politique établissait des sous-régions clairement définies au sein de chaque réseau local, de sorte que les données à l'échelle locale pourraient être utilisées pour répondre aux besoins de santé de cette population, qui compte environ 140 000 citoyens (Gordon et al., 2020).

Dans leur analyse, Rudoler et collègues observent la manière dont les différentes réformes sont superposées dans la stratification des politiques au fil des ans. Ils mentionnent que le projet de loi 41 s'inscrit bien dans les politiques existantes, surtout en ce qui a trait à l'élargissement du rôle des réseaux locaux d'intégration des services de santé. Le cadre de gouvernance institué inclut une partie des acteurs en soins primaires (équipes Santé familiale, cliniques dirigées par des infirmières praticiennes et centres de santé communautaires), qui sont impliqués dans la coordination régionale des soins. Cependant, la nouvelle structure ne tient pas compte des tensions entre les politiques existantes sur les pratiques des soins primaires, plus précisément les modèles de rémunération à l'acte (*fee-for-service*) et les cabinets de médecins en solo ou en groupe. De plus, cette loi semble exclure non seulement les modèles alternatifs de paiement des médecins, mais aussi les maillons santé. Ainsi, les réseaux locaux d'intégration des services de santé n'ont pas d'autorité ni sur la majorité du secteur des soins primaires ni sur les différents modèles de paiement et ils sont confrontés à une duplication des efforts en parallèle aux maillons santé (Rudoler et al., 2019).

9 Bill 41, Patients First Act, 2016

Dans une étude d'observation, Gordon et collègues (2020) ont aussi révélé de nombreuses tensions sur le plan de l'implantation de ces diverses politiques d'intégration des soins de santé :

- De nombreuses organisations relèvent de conseils d'administration indépendants qui sont catégorisés en fonction des activités stratégiques actuelles. Cela empêche une bonne intégration des services.
- Deux idées opposées se manifestent concernant la division de la province en régions géographiques plus petites. D'un côté, il y a appréciation de la part des acteurs qui sont capables d'identifier les besoins locaux et ont l'autonomie de créer de nouvelles initiatives pour y répondre. Cependant, cela entre en collision avec l'intention de standardiser les pratiques normalisées à l'échelle de la province afin de minimiser les variations inexplicables dans les soins.
- Il existe aussi une grande variation dans les méthodologies de collecte de données à l'échelle régionale, donnant lieu à une collection inconsistante des données de performance par les organisateurs des services. Cela met en évidence les déficiences dans les capacités analytiques du système, marqué par un manque de ressources et d'infrastructures de collecte et d'analyse de données.

Gordon et collègues concluent que chaque transformation ajoute à l'incohérence de la conception institutionnelle existante chez les fournisseurs de services et les organisations qui sont appelés à prendre part à la gouvernance collaborative. Grâce à de nouveaux mécanismes de financement, un remaniement est effectué concernant l'alignement des ressources pour répondre aux nouveaux objectifs de prestation des services coordonnés. Les stratégies de collaboration entre divers acteurs du système changent aussi en fonction des changements qui sont institués dans l'environnement institutionnel (Gordon et al., 2020).

Enfin, malgré les efforts dans les initiatives telles que les maillons santé en 2012 et les modèles d'intégration de 2015, le système est demeuré centré sur les hôpitaux. De plus, il existait une préoccupation générale par rapport à la bureaucratie régnant dans le système de santé, ainsi qu'aux dépenses insoutenables couplées aux frustrations des patients, des cliniciens et des administrateurs (Embuldeniya et al., 2021).

2017

L'agence Services communs pour la santé Ontario est créée pour la provision de services communs partagés avec les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé. Ces services incluent la gestion des ressources humaines, les relations de travail et la négociation collective, les technologies de l'information (gestion des données et surveillance des plateformes technologiques provinciales de soins aux patients), la logistique, les finances et l'administration, l'approvisionnement, les communications et le soutien à la mise en œuvre des programmes de soins à domicile et de ceux en milieu communautaire (incluant le soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et à l'amélioration de la qualité).

Les objectifs de la création de cette nouvelle agence étaient la standardisation du système de santé pour créer de la cohérence, la pérennité du système de santé via des économies de coûts, l'intégration du système de santé par le biais d'innovations technologiques et la mise en œuvre de la stratégie gouvernementale *Priorité aux patients* et la centralisation du développement des politiques.

2018

Élections provinciales et changement de gouvernement.

Entre 2019 et 2021

En janvier 2019, un premier rapport provisoire du Conseil du premier ministre sur l'amélioration des soins de santé et la fin de la « médecine de couloir » est publié. Celui-ci dévoile les principaux défis qui contribuent aux soins de santé de couloir et identifie des opportunités qui ont le potentiel d'intégrer les soins de santé. Un des défis identifiés se rapporte aux mécanismes de responsabilisation et d'imputabilité dans le système. Le conseil juge que dans la diversité des organismes auxquels sont attribuées des responsabilités de coordination des soins, il y a un manque de clarté par rapport à la responsabilisation qui les informe des directions à prendre pour arriver aux résultats attendus. Ces organismes ne comprennent pas quel fournisseur devrait donner tel ou tel service et comment travailler ensemble de manière efficace. Enfin, le conseil révèle que le gouvernement pourrait obtenir un meilleur rapport qualité-prix pour les ressources qu'il utilise actuellement (Ministry of Health and Long-Term Care, 2019).

Un mois plus tard, en février 2019, la sous-ministre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée annonce le « plan à long terme [du ministère] pour réparer et renforcer le système de soins de santé publique en se concentrant directement sur les besoins des patients et des familles de l'Ontario, plan basé sur des consultations avec des patients, des familles, des infirmières, des médecins et autres fournisseurs directs, des groupes de travail et conseils ministériels, ainsi que des experts académiques du

système de santé. Elle dévoile aussi l'intention de déposer un projet de loi à l'Assemblée législative de l'Ontario pour légitimer ce plan (Government of Ontario, 2019). Ainsi, le projet de loi 74¹⁰ sur les soins de santé pour la population (*People's Health Care Act*) passe à l'assemblée, fournissant le cadre législatif permettant au gouvernement de l'Ontario de créer un nouveau modèle de système de prestation de soins de santé intégré et centré sur le patient par l'entremise d'une seule agence de santé, Santé Ontario.

Cette transformation a été initiée pour répondre au besoin d'efficience et à celui de passer d'un système axé sur les soins aigus et de courte durée vers des partenariats collaboratifs qui sont centrés sur le patient. Le gouvernement ontarien s'est inspiré des modèles internationaux intégrés de soins et de financement (Canterbury Health System en Nouvelle-Zélande, Kaiser Permanente et Geisinger aux États-Unis) pour créer cette agence de santé (Embuldeniya et al., 2021).

En novembre, des transferts de certaines responsabilités des réseaux locaux d'intégration des services de santé et d'autres organisations provinciales vers Santé Ontario ont été amorcés (Government of Ontario, 2019; Watts, et al., 2019).

Au courant de l'année 2020, des lettres de responsabilisation ont été partagées avec le président du conseil d'administration. Un protocole d'entente a été signé, avec une définition claire des rôles de chacun des acteurs clés.

Cette nouvelle structure impliquait aussi une nouvelle stratégie numérique et la création des équipes Santé Ontario, qui sont des groupes de fournisseurs de soins de santé et d'organisations qui travaillent avec les patients et les soignants pour offrir un continuum de soins coordonnés. Ces équipes sont cliniquement et financièrement responsables de la prestation d'un continuum de soins complet et coordonné et s'occupent d'une population géographique définie. Chacune des équipes est appelée à construire sa propre structure de gouvernance, répondant à un seul cadre de responsabilisation et possède une enveloppe de financement partagée entre elles et évaluée en fonction des résultats liés aux quatre objectifs de la santé. Lorsque les équipes Santé Ontario atteindront leur maturation, tous les fournisseurs et toutes les organisations de soins de santé appartiendront à une équipe Santé Ontario, fournissant tous les services de soins de santé à des populations de patients situés dans des zones géographiques désignées (Embuldeniya et al., 2021; Ministry of Health and Long-Term Care, 2019).

10 Bill 74, An Act concerning the provision of health care, continuing Ontario Health and making consequential and related amendments and repeals, 1st Sess, 42nd Parl, 2019

De plus, cette réforme visait à améliorer l'accès aux soins primaires, à renforcer les liens locaux entre les différents secteurs du système en offrant aux réseaux locaux d'intégration des services de santé plus de responsabilités de surveillance, à simplifier et à réduire l'administration du système de soins de santé et à améliorer les mécanismes d'imputabilité. Le rôle des réseaux locaux d'intégration des services de santé a alors connu une expansion pour inclure la surveillance financière des équipes Santé familiale et des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes. Auparavant, les LHINs n'étaient responsables que des centres de santé communautaire (Rudoler et al., 2019). Le nom des réseaux locaux d'intégration des services de santé pour alors changé pour *Services de soutien à domicile et en milieu communautaire* (Home and Community Care Support Services) (Ministry of Health and Long-Term Care, 2021).

Éléments de transformation de la gouvernance et les impacts

FACTEURS FACILITANTS ET ASPECTS POSITIFS DES INITIATIVES DE TRANSFORMATION

L'historique des initiatives de réformes en Ontario, qui avaient comme but d'intégrer les soins et les services de santé, a donné lieu à une volonté de participer avec assurance aux équipes Santé Ontario, même avec les incertitudes qui régnaient par rapport aux orientations des politiques. Les initiatives passées avaient servi de catalyseurs des conversations sur la collaboration, l'inclusion et l'efficacité. L'idéologie des équipes Santé Ontario s'était donc alignée sur les croyances existantes de ses nombreux participants, s'était formée avec des initiatives d'intégration antérieures ainsi qu'avec leur propre expérience des besoins du système de santé (Embuldeniya et al., 2021).

Beaucoup d'incertitudes étaient accompagnées d'espoir face à ce transfert du contrôle qu'avaient traditionnellement les bureaucrates distants et les hôpitaux. Ce contrôle passait maintenant aux acteurs locaux surtout dans le secteur communautaire (Embuldeniya et al., 2021).

Pour des acteurs qui voyaient cette transformation à travers la loupe des soins paramédicaux, la nouvelle structure de gouvernance permettait de définir des structures et des règles au système. L'existence des structures basées sur les réseaux (incluant les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les équipes Santé Ontario) contribuait à l'adaptabilité locale en facilitant les relations et la confiance entre les organisations locales et permettait la résolution de problèmes et la mobilisation des ressources communes (Allana et al., 2022).

Défis

Embudeniya et collègues ont remarqué une certaine résistance au changement sur trois plans interdépendants et ont noté des incertitudes concernant cette nouvelle structure de gouvernance. Sur le plan interorganisationnel, des acteurs clés étaient incertains des politiques et percevaient un manque de ressources et d'orientation des décideurs. Les incertitudes sur ce plan sont reliées à l'opérationnalisation des équipes Santé Ontario, notamment leur mise en place, leur gestion et la manière dont le financement est alloué. Il y avait une réticence par rapport à la nouvelle structure sur les plans sectoriels et professionnels. Plusieurs secteurs et groupes de médecins étaient incertains de leur valeur dans ce nouveau système intégré. Cette incertitude était plus forte dans le secteur communautaire, qui a souvent un financement instable, et pour les médecins de famille, qui se questionnent sur la place qu'ils occupent (Embudeniya et al., 2021).

L'établissement des équipes Santé Ontario entre aussi en tension avec les ententes de collaboration locales caractérisant les sous-régions créées par le projet de loi 41. Ainsi, les efforts antérieurs visant à mieux coordonner les soins autour des besoins des patients rencontrent des défis, lorsqu'ils font face à des plans avec de plus grandes ambitions d'intégration (Gordon et al., 2020).

Avec la « dissolution » des réseaux locaux d'intégration des services de santé, le leadership facilitateur qui était assumé par des acteurs publics à l'échelle locale pour soutenir les efforts de coordination et de collaboration est perdu (Gordon et al., 2020).

Les structures mises en place sont mal gérées, car il manque des entités administratives formelles et des cadres dans la province (Allana et al., 2022).

Cette nouvelle pratique de la gouvernance joue aussi un rôle ambigu dans l'institutionnalisation des initiatives. D'une part, elle permet la standardisation et l'institutionnalisation d'initiatives locales pour leur mise à niveau (*scale-up*). Cependant, dans le cadre de la nouvelle structure, le ministère de la Santé reste inflexible pour laisser place à l'expérimentation des initiatives à l'échelle locale (Allana et al., 2022).

**ANNEXE 2 – TABLEAU
COMPARATIF DE
TRANSFORMATION DE
LA GOUVERNANCE DU
SYSTÈME DE SANTÉ
DANS CINQ PROVINCES
CANADIENNES (ALBERTA,
ONTARIO, MANITOBA,
SASKATCHEWAN,
NOUVELLE-ÉCOSSE)**

	Alberta	Nouvelle-Écosse	Saskatchewan	Manitoba	Ontario
Type d'agence	Prestation	Prestation	Prestation	Coordination (clinique)	Modèle de financement
Leviers privilégiés lors de la transformation	Leviers coercitifs (<i>projet de loi</i>) Leviers non coercitifs (<i>persuasion</i>) Formes organisationnelles (<i>Strategic Clinical Networks</i>)	Leviers coercitifs (<i>projet de loi</i>) Leviers processuels (<i>consultation, équipe-conseil</i>)	Leviers coercitifs (<i>projet de loi</i>) Leviers processuels (<i>consultation, coproduction</i>)	Leviers coercitifs (<i>projet de loi</i>) Leviers processuels (<i>cocréation, coproduction</i>)	Leviers coercitifs (<i>projet de loi</i>) Leviers non coercitifs (<i>incitation</i>) Leviers processuels (<i>consultation</i>) Formes organisationnelles (<i>Accountable Care Organizations</i>)
Capacités mobilisées	Capacités analytiques (<i>vérificateur général, commission sur la gouvernance, Ernst & Young LLP</i>)	Capacités analytiques (<i>Ernst & Young LLP</i>) Capacités opérationnelles (<i>équipe de gestion de la transition</i>)	Capacités analytiques (<i>comité consultatif</i>) Capacités opérationnelles (<i>équipe de gestion de la transition</i>)	Capacités analytiques (<i>Peachey, KPMG, commission sur la réduction des temps d'attente, Manitoba Centre for Health Policy</i>) Capacités opérationnelles (<i>équipes de gestion de la transition</i>)	Capacités analytiques (<i>Conseil du Premier ministre</i>) Capacités opérationnelles (<i>conseil d'administration jouant le rôle d'équipe de gestion de la transition</i>)
Facilitateurs de la mise en œuvre	Mobilisation du leadership clinique Petit nombre d'enveloppes de financement gérées par l'agence Cadre d'imputabilité	Consultation des parties prenantes et des autres provinces Transformation de la structure ministérielle Planification stratégique et gestion de la transformation	Planification stratégique et gestion de la transformation Mobilisation du momentum créé par l'opération LEAN	Planification stratégique importante et gestion de la transformation Mobilisation importante du leadership clinique Apport des initiatives des régies régionales de santé de Winnipeg Grande transparence du ministère et des équipes pilotant la transformation Approche incrémentale cohérente avec les réformes passées	Consultation des parties prenantes Planification stratégique Historique de réformes ayant favorisé la collaboration entre acteurs, couplée à l'approche incrémentale
Barrières à la mise en œuvre	Transformation abrupte et rapide Manque de planification stratégique	<i>n/a : données insuffisantes</i>	<i>n/a : données insuffisantes</i>	Pandémie de COVID-19 (<i>ralentissement de la transformation</i>) Résistance au changement sur le plan ministériel	Incohérences des politiques Manque de clarté dans l'opérationnalisation des équipes Santé Ontario

	Alberta	Nouvelle-Écosse	Saskatchewan	Manitoba	Ontario
Risques / enjeux	Dédoubllement de rôles entre le ministère et l'agence sans gestion de changement Politisation de la gouvernance	Syndicats	<i>n/a : données insuffisantes</i>	Syndicats Délimitation du rôle de l'agence concernant le développement des politiques	Autonomie des hôpitaux qui ont leur propre conseil d'administration
Résultats présumés	Standardisation et amélioration de la qualité des soins et des services Mise en place d'un système partagé des TIs Meilleure équité	<i>n/a : données insuffisantes</i>	<i>n/a : données insuffisantes</i>	Peu de résultats (pas assez de recul) Réduction de la complexité organisationnelle Observation d'une amélioration des résultats de haut niveau, tels que sur les chaînes d'approvisionnement et les négociations collectives plus standardisées	<i>n/a : données insuffisantes (pas assez de recul)</i>
Annonce	2008	2013	Début 2017	2017	2019
Opérationnalisation	2009	2015	Fin 2017	2019-2022	2020-à ce jour
Consolidation	9 régies régionales 3 programmes provinciaux Services d'ambulance	9 districts de santé 6 programmes provinciaux	12 régies régionales	Établissements et programmes provinciaux	8 établissements ou programmes provinciaux 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé
Entités non consolidées	Non-applicable dans le cadre du système de santé en Alberta	IWK Health Centre (comprenant 2 programmes provinciaux concernant la santé des femmes)	Le Conseil de Qualité «eHealth» Agence des soins de cancer Physician Recruitment Agency of Saskatchewan	5 régies régionales de santé Agence des soins de cancer	Services de soutien à domicile et en milieu communautaire Santé publique Ontario
Nombre de zones	5	5	6	<i>n/a</i>	6

	Alberta	Nouvelle-Écosse	Saskatchewan	Manitoba	Ontario
Responsabilités gouvernementales	<p>Développement des politiques</p> <p>Financement</p> <p>Surveillance de la performance</p> <p>Développement des politiques</p> <p>Financement</p> <p>Surveillance de la performance</p>	<p>Développement des politiques</p> <p>Financement</p> <p>Surveillance de la performance</p> <p>Ressources humaines</p> <p>Technologies de l'information</p> <p>Maladies transmissibles (<i>Chief Medical Officer of Health</i>)</p> <p>3 programmes provinciaux</p> <p>Services d'urgence</p>	<p>Développement des politiques</p> <p>Financement</p> <p>Surveillance de la performance</p> <p>Ressources humaines</p> <p>Technologies de l'information</p> <p>Santé publique (<i>Chief Medical Officer of Health</i>)</p> <p>Services d'urgence</p>	<p>Développement des politiques</p> <p>Financement</p> <p>Surveillance de la performance</p> <p>Santé publique (<i>Chief Provincial Public Health Officer</i>)</p>	<p>Développement des politiques</p> <p>Financement</p> <p>Surveillance de la performance</p> <p>Technologies de l'information</p> <p>Services d'urgence</p> <p>Hôpitaux</p>
Responsabilités de l'Agence	<p>Services administratifs</p> <p>Ressources humaines</p> <p>Technologies de l'information</p> <p>Santé publique</p> <p>Soins et services de santé (clinique)</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Services d'urgence</p>	<p>Services administratifs</p> <p>Soins et services de santé (clinique)</p> <p>Santé publique</p>	<p>Services administratifs</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Soins et services de santé (clinique)</p>	<p>Services administratifs</p> <p>Ressources humaines</p> <p>Planification des services cliniques en soutien aux régions régionales de santé (+CMOH)</p> <p>Technologies de l'information</p> <p>Services d'urgence</p>	<p>Services administratifs</p> <p>Ressources humaines</p> <p>Soins et services de santé (clinique)</p>
Implication des médecins	Dyades exécutives avec imputabilité partagée	<i>n/a : données insuffisantes</i>	Dyades exécutives	1 leader clinique	1 dyade exécutive et 1 leader clinique
Innovation clinique	Strategic Clinical Networks	<i>n/a : données insuffisantes</i>	<i>n/a : données insuffisantes</i>	<i>n/a : données insuffisantes</i>	Équipes Santé Ontario

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
PDG	Président-directeur général

RÉFÉRENCES

- Abelson, J., Wagner, F., DeJean, D., Boesveld, S., Gauvin, F. P., Bean, S., ... et Lavis, J. (2016). Public and patient involvement in health technology assessment: a framework for action. *International journal of technology assessment in health care*, 32(4), 256–264.
- Abrametz, B., Bragg, T. et Kendel, D. (2016). *Optimizing and Integrating Patient-Centred Care: Saskatchewan Advisory Panel on Health System Structure Report*.
- Alberta Health. (2013). *Working together to build a high performance health system—Report of the health governance review task force*. <https://open.alberta.ca/publications/9780778583899>
- Alberta Health Services. (2008a). *Board Meetings & Minutes*. Alberta Health Services. <https://www.albertahealthservices.ca/about/Page428.aspx>
- Alberta Health Services. (2008b). *Memorandum of Understanding on Governance*. <https://www.albertahealthservices.ca/about/Page731.aspx>
- Alberta Health Services. (2019a). *Alberta's Strategic Clinical Networks—Improving Health Outcomes Retrospective 2012–2018* (p. 56).
- Alberta Health Services. (2019b). *Alberta's Strategic Clinical Networks—Past, Present, Future* (p. 14).
- Alberta Health Services. (2019c). *The Evolving Alberta Health Information System FAQs* (p. 5).
- Alberta Health Services. (2020). *AHS Performance Review Proposed Implementation Plan*. <https://open.alberta.ca/publications/ahs-performance-review-proposed-implementation-plan>
- Alberta Health Services. (2021). *2020–21 AHS Annual Report* (p. 168).
- Alberta Health Services. (2022a). *About AHS*. Alberta Health Services. <https://www.albertahealthservices.ca/about/about.aspx>
- Alberta Health Services. (2022b). *About CIS*. Alberta Health Services. <https://www.albertahealthservices.ca/cis/Page15451.aspx>
- Alberta Health Services. (2022c). *Advisory Councils*. Alberta Health Services. <https://www.albertahealthservices.ca/ac/ac.aspx>
- Alberta Health Services. (2022d). *Alberta Health Services—Mandate and Roles*. <https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-ahs-mandate-roles.pdf>

- Alberta Health Services. (2022e). *IM/IT (Information Management /Information Technology) Strategy*. Alberta Health Services. <https://www.albertahealthservices.ca/about/Page13114.aspx>
- Allana, A., Kuluski, K., Tavares, W. et Pinto, A. D. (2022). Building integrated, adaptive and responsive healthcare systems – lessons from paramedicine in Ontario, Canada. *BMC health services research*, 22(1), 595. <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-07856-z>
- Ambler, K. A., Leduc, M. A. et Wickson, P. (2019). Innovating to achieve service excellence in Alberta Health Services. *CMAJ*, 191(Suppl), S52–S53. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190598>
- Anderson, M. (2020). *Ontario Health's Operating Model: Patient Perspective and Integrated Top-Line Organizational Structure*. https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-09/OH_OpModel_and_OrgStructure_Internal_Sep92020.pdf
- Angus, D. E. et Bégin, M. (2000). *Governance in health care: dysfunctions and challenges*. University of Ottawa. Faculty of Administration.
- Barker, C., Clarke, D., Goldbloom, R., Henderson, J., Kyte, G. W., MacInnis, G., McIntosh, K., McNab, J., Menzies, K., Perkin, J., Randall, C., Scaravelli, S., Smith, D. et Smith, R. (1999). *Minister's Task Force on Regionalized Health Care in Nova Scotia: Final Report and Recommendations*.
- Bergevin, Y., Habib, B., Elicksen-Jensen, K., Samis, S., Rochon, J., Denis, J.-L. et Roy, D. (2016). Transforming Regions into High-Performing Health Systems Toward the Triple Aim of Better Health, Better Care and Better Value for Canadians. *HealthcarePapers*, 16(1), 34–52.
- Bickerton, J. (1999). Reforming health care governance: The case of Nova Scotia. *Journal of canadian studies-revue d etudes canadiennes*, 34(2), 159–190. Bogason, P. et Musso, J. A. (2006). The democratic prospects of network governance. *The American review of public administration*, 36(1), 3–18.
- Bohmer, R. M. (2011). The four habits of high-value health care organizations. *N Engl J Med*, 365(22), 2045–2047.
- Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., ... et Pomey, M. P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 1–22.
- Buck, D., Baylis, A., Dougall, D. et Robertson, R. (2018). *A vision for population health: towards a healthier future*. London (UK). King Fund.
- Carlson, V., Chilton, M. J., Corso, L. C. et Beitsch, L. M. (2015). Defining the functions of public health governance. *American journal of public health*, 105(S2), S159–S166.
- Cheng, S. (2018). Study of the Local Health Integration Network: Impact of Ontario's Regionalization Policy. *Journal of integrated care*, 26(4), 277–285.
- Church, J. et Smith, N. (2008). Health reform in Alberta: The introduction of health regions. *Canadian Public Administration*, 51(2), 217–238.

- Church, J. et Smith, N. (2022). *Alberta: A Health System Profile*. University of Toronto Press.
- CSBE. (2022). *Le devoir de faire autrement – Partie 2: Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens*.
- Cowell, J. et Harvie, M. (2012). HQCA: Building a credible, transparent, and independent healthcare quality and safety organization in Alberta. *Healthcare Management Forum*, 25(4), 185–187. <https://doi.org/10.1016/j.hcmf.2012.09.011>
- Department of Health of Nova Scotia. (2002). *Submission to the commission on the future of health care in Canada (the Romanow Commission)*.
- Di Ruggiero, E., Bhatia, D., Umar, I., Arpin, E., Champagne, C., Clavier, C., Denis, J.-L. e Hunter, D. (2022). *Governing for the Public’s Health: Governance Options for a Strengthened and Renewed Public Health System in Canada*. National Collaborating Centres for Public Health
- DiStefano, M. J., Kang, S. Y., Socal, M. P. et Anderson, G. F. (2022). Innovation in the United States Health-Care System’s Organization and Delivery. *The School of Public Policy Publications*.
- Elhard, W., Anderson, W., Billinkoff, M. et Brown, D. (2017). *Wait Times Reduction Task Force: Final Report*. <https://www.gov.mb.ca/health/documents/wtrtf.pdf>
- Embuldeniya, G., Gutberg, J., Sibbald, S. S. et Wodchis, W. P. (2021). The beginnings of health system transformation: How Ontario Health Teams are implementing change in the context of uncertainty. *Health Policy*, 125(12), 1543–1549. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.10.005>
- Ernst et Young LLP. (2012). *Nova Scotia DHA / IWK Best Practice Shared Services Examination: Recommended service delivery models, business plans and implementation roadmaps for short-listed services*.
- Ernst et Young LLP. (2019). *Alberta Health Services Performance Review*. <https://open.alberta.ca/publications/alberta-health-services-performance-review-summary-report>
- Evans, J. M., Grudniewicz, A., Wodchis, W. P. et Baker, G. R. (2014). Leading the implementation of health links in Ontario. *Healthcare Papers*, 14(2), 21–25; discussion 58–60. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2015.24104>
- Falanga, R. (2020). *Citizen participation during the COVID-19 pandemic: Insights from local practices in European cities*. Policy report. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn (Germany), 9 pages.
- Farmanova, E., Abdelhalim, R., Wallar, L. E. et Wodchis, W. P. (2019). *Making way for integrated accountable care in Ontario: Enablers et challenges of implementation*. Health System Performance Network. https://hspn.ca/wp-content/uploads/2019/09/HSPRN_ACSPaper_August2019.pdf
- Fierlbeck, K. (2018). *Nova Scotia: A Health System Profile*. In *Nova Scotia*. University of Toronto Press. <https://doi.org/10.3138/9781487515928>

- Fitch et Associates. (2013). *Manitoba EMS System Review*.
- Forest, Pierre-Gerlier, A New Synthesis (February 26, 2014). *Int J Health Policy Manag* 2014; 2: 55–57., Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2403106>
- Forest, P. G. et Martin, D. (2018). *Fit for purpose: Findings and recommendations of the external review of the Pan-Canadian health organizations: Summary report*. Ottawa, ON: Health Canada.
- Friesen, C. (2017). New provincial health organization announced. *MySteinbach*. <https://www.mysteinbach.ca/news/1555/new-provincial-health-organization-announced/>
- Fusco, F., Marsilio, M. et Guglielmetti, C. (2020). Co-production in health policy and management: a comprehensive bibliometric review. *BMC health services research*, 20(1), 1-16.
- Geneau, R., Stuckler, D., Stachenko, S., McKee, M., Ebrahim, S., Basu, S., ... et Beaglehole, R. (2010). Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *The Lancet*, 376(9753), 1689-1698.
- Gordon, D., McKay, S., Marchildon, G., Bhatia, R. S. et Shaw, J. (2020). Collaborative Governance for Integrated Care: Insights from a Policy Stakeholder Dialogue. *International Journal of Integrated Care*, 20(1), Article 1. <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.4684/>
- Government of Alberta. (2008). *One provincial board to govern Alberta's health system*.
- Government of Manitoba. (2012). *Province announces 11 regional health authorities officially merged into five new regions*. Province of Manitoba. <https://news.gov.mb.ca/news/print,index.html?item=14394>
- Government of Manitoba. (2018). *Health System Transformation—Blueprint for Change*. <https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/blueprint-for-change.pdf>
- Government of Manitoba. (2022). *Updates and Resources—Health System Transformation*. Province of Manitoba – Health. <https://www.gov.mb.ca/health/hst/resources.html>
- Government of Nova Scotia. (2014a). *Legislation Moves Nova Scotia From 10 District Health Authorities to Two*. News Releases. <https://novascotia.ca/news/release/?id=20140929005>
- Government of Nova Scotia. (2014b). *Minister Names Advisory Panel*. News Releases. <https://novascotia.ca/news/release/?id=20140704005>
- Government of Nova Scotia. (2014c). *Nova Scotia Sets Principles, Zones, Vision for New Health Authority, Op-Ed*. News Releases. <https://novascotia.ca/news/release/?id=20140910003>
- Government of Nova Scotia. (2014d). *Province Thanks Health Board Members for Service, Announces Administrator*. News Releases. <https://novascotia.ca/news/release/?id=20140606004>
- Government of Nova Scotia. (2014e). *Provincial District Health Authority Tour Begins*. News Releases. <https://novascotia.ca/news/release/?id=20140124003>

- Government of Nova Scotia. (2014f). *Provincial Health System Transition Team Continues Work*. News Releases. <https://novascotia.ca/news/release/?id=20140528003>
- Government of Nova Scotia. (2015). *Government, Unions Reach Health-Care Labour Relations Agreement*. News Releases. <https://novascotia.ca/news/release/?id=20150313002>
- Government of Nova Scotia. (2022). *Department of Health and Wellness: About us*. <https://beta.novascotia.ca/government/health-and-wellness/about>
- Government of Ontario. (2019). *Ontario's Government for the People to Break Down Barriers to Better Patient Care*. <https://news.ontario.ca/en/release/51359/ontarios-government-for-the-people-to-break-down-barriers-to-better-patient-care>
- Government of Saskatchewan. (2016). *Health Minister Appoints Advisory Panel to Review Health Region Structure*. Government of Saskatchewan. <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2016/august/18/advisory-panel>
- Government of Saskatchewan. (2017a). *Government Announces Move to Single Provincial Health Authority | News and Media*. Government of Saskatchewan. <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2017/january/04/single-health-authority>
- Government of Saskatchewan. (2017b). *Legislation Introduced to Create Provincial Health Authority*. Government of Saskatchewan. <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2017/march/28/health-authority-act>
- Government of Saskatchewan. (2017c). *Saskatchewan Health Authority Board of Directors Appointed*. Government of Saskatchewan. <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2017/june/14/sha-board-of-directors>
- Government of Saskatchewan. (2017d). *Transition to Single Provincial Health Authority Underway*. Government of Saskatchewan. <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2017/january/10/transition-to-single-provincial-health-authority-underway>
- Greer, S., Wismar, M. et Figueras, J. (2015). *Strengthening Health System Governance: Better policies, stronger performance*. McGraw-Hill Education (UK).
- Halabi, I. O., Scholtes, B., Voz, B., Gillain, N., Durieux, N., Odero, A., ... et Group, T. A. I. (2020). "Patient participation" and related concepts: A scoping review on their dimensional composition. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 5-14.
- Grudniewicz, A., Tenbenschel, T., Evans, J. M., Steele Gray, C., Baker, G. R. et Wodchis, W. P. (2018). 'Complexity-compatible' policy for integrated care? Lessons from the implementation of Ontario's Health Links. *Social Science et Medicine*, 198, 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.029>
- Hassan, I., Mukaigawara, M., King, L., Fernandes, G. et Sridhar, D. (2021). Hindsight is 2020? Lessons in global health governance one year into the pandemic. *Nature Medicine*, 27(3), 396-400.

- Health Authorities Act, no. 69, Nova Scotia (2015). <https://nslegislature.ca/fr/legislative-business/bills-statutes/bills/assembly-62-session-2/bill-69>
- Health Quality Council of Alberta. (2012). *Review of the Quality of Care and Safety of Patients Requiring Access to Emergency Department Care and Cancer Surgery and the Role and Process of Physician Advocacy*. <https://hqca.ca/reports/quality-of-care-and-safety-of-patients-requiring-access-to-emergency-department-care-and-cancer-surgery-and-the-role-and-process-of-physician-advocacy/>
- Herd, K. (2017). *Letter from the Deputy Minister of Health to all staff in the health care system*. <https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/mhsal/121317.pdf>
- Herd, K. (2018a). *Health System Transformation Update #2*. https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/mhsal/hst_update2.pdf
- Herd, K. (2018b). *Letter from the Deputy Minister of Health to Health-Care System Staff – Town Hall Highlights*. <https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/mhsal/highlights.pdf>
- Huras, P., Switzer, G. et Eliasoph, H. (2015). The LHIN adventure: The journey continues. *Healthcare Management Forum*, 28(6), 239–241. <https://doi.org/10.1177/0840470415604773>
- Knaul, F. M., Bhadelia, A., Atun, R. et Frenk, J. (2015). Achieving effective universal health coverage and diagonal approaches to care for chronic illnesses. *Health affairs*, 34(9), 1514–1522.
- KPMG. (2017a). *Health System Sustainability et Innovation Review: Phase 1 Report*. https://www.gov.mb.ca/health/documents/hsir_phase1b.pdf
- KPMG. (2017b). *Health System Sustainability et Innovation Review: Phase 2 Report*. https://www.gov.mb.ca/health/documents/hsir_phase2b.pdf
- Kreindler, S. A., Metge, C., Struthers, A., Harlos, K., Charette, C., Bapuji, S., Beaudin, P., Botting, I., Katz, A. et Zinnick, S. (2019). Primary care reform in Manitoba, Canada, 2011–15: Balancing accountability and acceptability. *Health Policy*, 123(6), 532–537. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.014>
- Leslie, M., Khayatzadeh-Mahani, A., Birdsell, J., Forest, P. G., Henderson, R., Gray, R. P., Schraeder, K., Seidel, J., Zwicker, J. et Green, L. A. (2020). An implementation history of primary health care transformation: Alberta’s primary care networks and the people, time and culture of change. *BMC Family Practice*, 21(1), 258. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01330-7>
- Li, K. K., Abelson, J., Giacomini, M. et Contandriopoulos, D. (2015). Conceptualizing the use of public involvement in health policy decision-making. *Social Science & Medicine*, 138, 14–21.
- Manitoba Health, Seniors & Active Living. (2017). *Achieving a high performing provincial healthcare system*.
- Manitoba Health, Seniors & Active Living. (2018). *Health System Transformation: Update for Media*. <https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/blueprint-presentation.pdf>

- Manitoba Health, Seniors & Active Living. (2020). *Transformation Program Charter*. <https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/transformation-program-charter.pdf>
- Marchessault, G. (2011). The Manitoba centre for health policy: A case study. *Healthcare Policy*, 6(Spec Issue), 29–43.
- Marchildon, G. P. et Hutchison, B. (2016). Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. *Health Policy*, 120(7), 732–738. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.010>
- Martens, P. J. (2011). Straw into Gold: Lessons Learned (and Still Being Learned) at the Manitoba Centre for Health Policy. *Law et Governance*, 14(8). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319572/>
- McKay, M., Lavergne, M. R., Lea, A. P., Le, M., Grudniewicz, A., Blackie, D., Goldsmith, L. J., Marshall, E. G., Mathews, M., McCracken, R., McGrail, K., Wong, S. et Rudoler, D. (2022). Government policies targeting primary care physician practice from 1998–2018 in three Canadian provinces: A jurisdictional scan. *Health Policy*, 126(6), 565–575. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.006>
- Meyer, J. W. (2010). World society, institutional theories, and the actor. *Annual review of sociology*, 36, 1–20.
- Milani, R. V. et Lavie, C. J. (2015). Health care 2020: reengineering health care delivery to combat chronic disease. *The American journal of medicine*, 128(4), 337–343.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2012). *Guide to the Advanced Health Links Model*.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2017a). *Health Bulletin: Health System Integration Update*. Government of Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care. https://www.health.gov.on.ca/en/news/bulletin/2017/hb_20170127_2.aspx
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2017b). *Memorandum of Understanding between Her Majesty the Queen in Right of Ontario as represented by the Minister of Health and Long-Term Care and Health Shared Services Ontario*. https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-09/AODA%20compliant_2017-06-13%20FINAL%20MOHLTC%20HSSO%20MOU%20FINAL.pdf
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2019). *Hallway Health Care: A System Under Strain: 1st Interim Report from the Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine*. https://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/premiers_council/report.aspx
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2021). *Facts about Home and Community Care Support Services*. <https://www.health.gov.on.ca/en/common/system/services/lhin/facts.aspx>
- Montesanti, S. R., Abelson, J., Lavis, J. N. et Dunn, J. R. (2017). Enabling the participation of marginalized populations: case studies from a health service organization in Ontario, Canada. *Health promotion international*, 32(4), 636–649.

- Nolte, E. et McKee, M. (2008). Integration and chronic care: a review. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*, 64–91.
- Nova Scotia Archives. (2020, April 20). *Government Administrative Histories*. Nova Scotia Archives. <https://archives.novascotia.ca/>
- Nova Scotia Health & Wellness. (2012). Province, District Health Authorities Move Forward on Merged Services. *News Releases*. <https://novascotia.ca/news/release/?id=20120301002>
- Office of the Auditor General. (2012). *Report of the Auditor General*. https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2020/05/2012_-_Report_of_the_Auditor_General_of_Alberta_-_July_2012.pdf
- Office of the Auditor General. (2017). *Report of the Auditor General*. https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2020/05/2017_-_Report_of_the_Auditor_General_of_Alberta_-_October_2017_Fq1eNwT.pdf
- Ontario Health. (2022). *Transfer Orders*. <https://www.ontariohealth.ca/about-us/governance-accountability/transfer-orders>
- Ontario Hospital Association. (2022). *Understanding Your Legal Accountabilities: A Guide for Ontario Hospitals*. <https://www.oha.com/news/understanding-your-legal-accountabilities-a-guide-for-ontario-hospitals>
- Peachey, D., Tait, N., Adams, O. et Croson, W. (2017). *Provincial clinical and preventive services planning for Manitoba*. <https://www.gov.mb.ca/health/documents/pcpsp.pdf>
- Philippon, D.J. et Braithwaite, J. (2008). Health System Organization and Governance in Canada and Australia: A Comparison of Historical Developments, Recent Policy Changes and Future Implications. *Healthcare Policy*, 4(1), e168–e186.
- Pink, G. H. et Leatt, P. (2003). The use of ‘arms-length’ organizations for health system change in Ontario, Canada: Some observations by insiders. *Health Policy*, 63(1), 1–15. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00225-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00225-1)
- Polin, K., Hjortland, M., Maresso, A., van Ginneken, E., Busse, R. et Quentin, W. (2021). “Top-Three” health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*, 125(7), 815–832.
- Pomey, M. P., Hihat, H., Khalifa, M., Lebel, P., Néron, A. et Dumez, V. (2015). Patient partnership in quality improvement of healthcare services: Patients’ inputs and challenges faced. *Patient Experience Journal*, 2(1), 29–42.
- Pomey, M. P., Denis, J.-L. et Dumez, V. (Eds.). (2019). *Patient engagement: How patient-provider partnerships transform Healthcare organizations*. Springer Nature.
- Rudoler, D., Peckham, A., Grudniewicz, A. et Marchildon, G. (2019). Coordinating primary care services: A case of policy layering. *Health Policy*, 123(2), 215–221. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.12.002>

- Shared Health. (2018a). *Health System Transformation Update #4*. https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/mhsal/hst_update4.pdf
- Shared Health. (2018b). *Health System Transformation Update #6*. https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/mhsal/hst_update6.pdf
- Shared Health. (2019a). *Health-System Transformation Update #10*. https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/mhsal/hst_update10.pdf
- Shared Health. (2019b). *Health-System Transformation Update #12*. https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/mhsal/hst_update12.pdf
- Shared Health. (2019c). *Manitoba's Clinical et Preventive Services Plan*. https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/pcpsp_full_report.pdf
- Sheikh, K., Sriram, V., Rouffy, B., Lane, B., Soucat, A. et Bigdeli, M. (2021). Governance roles and capacities of ministries of health: A multidimensional framework. *International journal of health policy and management*, 10(5), 237.
- Smith, R. W., Allin, S., Luu, K., Cheung, A., Thomas, M., Li, J., Pinto, A. D. et Rosella, L. (2022). *Profiles of Public Health Systems in Canada: Nova Scotia*. National Collaborating Center for Healthy Public Policy.
- Spenceley, S. M., Andres, C., Lapins, J., Wedel, R., Gelber, T. et Halma, L. (2013). Accountability by Design: Moving Primary Care Reform Ahead in Alberta. *The School of Public Policy Publications (SPPP)*, 6. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/accountability-design-moving-primary-care-reform/docview/2204833706/se-2>
- Stevenson, C. et Burstall, D. (2016). The role of change management in the District Health Authority Consolidation (Transition and Design) project in Nova Scotia. *Healthcare Management Forum*, 29(2), 74–77. <https://doi.org/10.1177/0840470415626529>
- Sutherland, J. M. (2021). Health Care Funding Policies for Reducing Fragmentation and Improving Health Outcomes. University of Calgary, *The School of Public Policy Publications*, 14, 37.
- Szreter, S. (2003). The population health approach in historical perspective. *American journal of public health*, 93(3), 421–431.
- Tuohy, C. H. (2018). *Remaking policy: Scale, pace, and political strategy in health care reform* (Vol. 54). University of Toronto Press.
- Usher, S., Denis, J.- L., Preval, J., Côté-Boileau, É. et Valiquette-L'Heureux, A. (2020). *Health system reform trajectories in seven Canadian provinces: Narrative case studies of Alberta, Ontario, Manitoba, Nova Scotia, Saskatchewan and Québec (not published)* Work supported by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) under Grant number 142179.
- Veitch, D. (2018). One province, one healthcare system: A decade of healthcare transformation in Alberta. *Healthcare Management Forum*, 31(5), 167–171. <https://doi.org/10.1177/0840470418794272>

- Wasylyak, T., Strilchuk, A. et Manns, B. (2019). Strategic Clinical Networks. *Canadian Medical Association Journal*, 191(Suppl), S54. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191362>
- Watts, M., Newell, S. et Putyra, M. (2019). Ontario introduces Bill 74: The People's Health Care Act. https://www.osler.com/en/resources/regulations/2019/ontario-introduces-bill-74-the-people-s-health-care-act#_ftn2
- Wright, B. (2017). Letter to Colleagues from Dr. Brock Wright re New Provincial Health Organization—Shared Health Services Manitoba. <https://www.gov.mb.ca/health/hst/docs/shsm/062917.pdf>
- Yiu, V., Belanger, F. et Todd, K. (2019a). Alberta's Strategic Clinical Networks. *Canadian Medical Association Journal*, 191(Suppl), S1. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191232>
- Yiu, V., Belanger, F. et Todd, K. (2019b). Alberta's Strategic Clinical Networks: Enabling health system innovation and improvement. *CMAJ*, 191(Suppl), S1–S3. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191232>

