

communauté
soignante



PARTAGER LE POUVOIR

RAPPORT SUR LA GOUVERNANCE ET LE FINANCEMENT POUR COMMUNAUTÉ SOIGNANTE

**PAR MATHIEU
BOUCHARD**

**PÔLE IDEOS /
HUMANOV-IS**

NOVEMBRE 2020

L'auteur

Mathieu Bouchard a complété en 2019 un doctorat au département de management de HEC Montréal. Il contribue à la théorie des organisations en étudiant l'entraide, la pair-aidance et le partenariat patient dans les soins de santé. Ses travaux mettent en lumière les dynamiques collectives de création de connaissances aux intersections des savoirs expérientiels, tacites, et experts. Avant le doctorat, Mathieu a étudié l'économie appliquée et travaillé pendant huit ans en stratégie d'investissement pour des grandes caisses de retraites. Il a complété en parallèle le titre Chartered Financial Analyst et un MBA en action. Mathieu est co-fondateur d'Ailleurs conseil (ailleursconseil.com), une entreprise offrant des services d'accompagnement stratégique et de développement de contenu pour les coopératives et les organismes à but non-lucratif (OBNL) dans une perspective d'innovation sociale.

Le Pôle IDEOS – HEC Montréal

Le Pôle IDEOS a pour mission de sensibiliser



et soutenir la communauté de HEC Montréal, les organisations et les entrepreneurs ainsi que de diffuser les connaissances en mettant l'impact social au cœur de nos actions.

Le Pôle IDEOS privilégie une approche participative où les professeurs, les étudiants et les acteurs de l'écosystème seront appelés à collaborer, à partager et à contribuer au développement de sa mission. Les actions, programmes et projets d'IDEOS s'articulent en trois grands axes: sensibilisation, soutien et diffusion.

Humanov·is

Chez Humanov·is, nous rassemblons des personnes et des organisations autour de projets visant l'amélioration des conditions de vie ou le travail des gens. Placer l'humain au cœur de la réflexion et de l'action est une caractéristique de nos valeurs et de nos rapports avec nos partenaires.



Générer des solutions positives face à la transformation des rapports sociaux afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie, en assurant la validité scientifique de ces solutions et le réalisme de les mettre en pratique.

Nous accompagnons des partenaires dans la liaison, la conception, l'expérimentation et le déploiement d'outils et de solutions qui s'appuient sur des données probantes et expérientielles ainsi que sur les besoins réels des milieux.

Remerciements aux partenaires ayant contribué à ce rapport

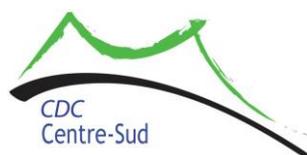


TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	4
INTRODUCTION	5
1. MÉTHODE	7
2. CONCEPTS CLÉS	8
2.1 — Mission, vision et valeurs	8
2.2 — Impact, lien et organisation	9
2.3 — Choix de la forme juridique	13
2.4 — Comprendre le pouvoir	14
<hr/>	
3. CONSTATS ET PROPOSITIONS	16
3.1 — Mission, vision et valeurs	16
3.2 — Organisation	19
3.3 — Gouvernance	23
3.4 — Financement	25
<hr/>	
4. MISE EN ŒUVRE	28
4.1 — Cartographier les parties prenantes	28
4.2 — Formuler la proposition de valeur	29
4.3 — Constituer le conseil d'administration	29
4.4 — Embaucher les membres de l'équipe terrain	30
4.5 — Supporter le développement de constellations	30
<hr/>	
5. CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32

AVANT-PROPOS

Communauté soignante a débuté comme un projet de recherche de la Chaire de recherche sur le partenariat avec les patients et le public. Elle mobilise plusieurs partenaires implantés dans le quartier Centre-Sud de Montréal, dont le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et la CDC-Centre-Sud. Depuis



quelques années, les partenaires impliqués avec la Chaire cherchent à ce que le projet se développe et puisse étendre son offre de services. À cet effet, le ministère de l'Économie et de l'Innovation a octroyé un financement sur deux ans (2020-2022), par l'entremise d'Humanov-is, pour contribuer à solidifier les assises de Communauté soignante, notamment en matière de gouvernance et de financement dans une perspective de moyen à long terme.

Réunis autour d'un comité de travail baptisé « Gouvernance et financement », les membres de ce comité ont établi un mandat pour atteindre cette vision. Pour ce faire, Humanov-is a fait appel au Pôle IDEOS-HEC Montréal au début de l'année 2020 pour réaliser une recension des modèles et pratiques en matière de gouvernance et de financement dans un contexte d'innovation et d'entrepreneuriat social, dont le rapport était un livrable. Il est à noter également que tout au long de la cueillette d'informations, l'auteur du rapport était présent aux rencontres du comité de travail pour proposer des ateliers de réflexion lui permettant de bien comprendre les besoins de Communauté soignante. De plus, plusieurs échanges dans un esprit de co-construction ont été faits au cours de l'été 2020 pour obtenir les commentaires et suggestions des membres du comité, considérés dans la rédaction des recommandations de ce rapport.

Humanov-is tient à remercier le Pôle IDEOS—HEC Montréal pour son travail et l'énergie investie à répondre aux besoins du comité de travail de Communauté soignante. Pour leurs précieuses contributions à cet effort collectif, nous remercions chaleureusement, suivant l'ordre alphabétique du nom de famille, Luciano Barin Cruz, Laurence Beaugrand-Champagne, Marc Belleau, François Bergeron, Antoine Boivin, Christian Bolduc, Marie-Françoise Bourricand, Geneviève Castonguay, Mathieu Couture, Myriam Fournier-Tombs, Charles Gagnon, Jean-François Gagnon, Marie-Ève Gingras, Julie Grenier, Pascal Grenier, Marie Claude Lagacé, Marie-Hélène Laurence, Gabriel Monette, Janette Mujica, Laurie Pabion, Manuel Peñafiel, Guy Provencher, Nathalie Rodrigues, Ghislaine Rouly, Alexandre Savoie, Raisso Sougal, Johanne Turbide, Émilie Warren et Caroline Wong. Ce rapport est le produit de notre intelligence collective.

INTRODUCTION

Les liens sociaux impliquent nécessairement des relations de pouvoir.¹ Il y a des relations de pouvoir dans toutes les organisations. Le pouvoir s'exerce entre autres par le contrôle de ressources, par l'accès à la prise de décision, et par la légitimité du discours. Certaines personnes disposent d'une abondance de ces trois formes de pouvoir alors que d'autres en sont relativement dépourvues. C'est le cas dans Communauté soignante comme partout ailleurs. Pour organiser durablement le partage de pouvoir entre les parties prenantes, nous devons rendre explicites les liens formels et informels de l'organisation et planifier leur déploiement dans les années à venir. Nous offrons ici une boîte à outils conceptuels ainsi qu'un ensemble de propositions concrètes pour guider Communauté soignante dans le travail collectif qui permettra à ses parties prenantes de mettre en œuvre la mission et de réaliser pleinement la vision qui les mobilise.

Suivant les principes de la recherche-action participative, nous avons mené un processus de co-construction du contenu de ce rapport. Ce processus a permis d'identifier trois idées ayant une résonance particulière pour les représentants des parties prenantes impliquées dans les travaux sur la gouvernance et le financement (axes 2 et 3 des travaux d'Humanov-is). L'idée de **structure minimale** fait consensus, évoquant le souhait partagé de concevoir une organisation faite de liens formels légers permettant de soutenir des liens informels étendus. La deuxième idée résonante, connexe à la première, représente la structure organisationnelle comme un **processus évolutif** et non comme une structure rigide. L'organisation est en constante évolution pour s'adapter à un contexte interne et externe en rapide transformation. La troisième idée résonante suggère que le principe de l'organisation par **constellations** permettra de réaliser Communauté soignante en tant que processus évolutif doté d'une structure minimale.²

Considérées ensemble, ces trois idées résonantes invitent à concevoir l'organisation comme une « hiérarchie dynamique » dans laquelle l'exercice du pouvoir n'est pas déterminé par une hiérarchie formelle des relations supérieur/subordonné, mais plutôt comme une adaptation au contexte, en fonction du savoir-faire local de chaque personne.³ Pour partager le pouvoir, Communauté soignante devra promouvoir une culture organisationnelle valorisant la diversité des formes de savoir et des appartenances identitaires.⁴ L'approche de gouvernance et la stratégie de financement devront ainsi favoriser un contrôle partagé des ressources et une inclusion représentative des principales parties prenantes dans les processus de prise de décision.

Notre travail de co-construction a permis de formuler la mission, la vision, et les valeurs de Communauté soignante. La **mission** est « prendre soin les uns des autres », tandis que la **vision** est celle d'une « communauté d'entraide qui s'inscrit dans un écosystème de santé inclusif permettant à chaque personne de développer sa capacité

¹ Oh, Labianca et Chung (2006) présentent les fondements théoriques d'une compréhension des relations de pouvoir s'exerçant par les liens sociaux.

² Surman (2006) offre une élaboration du modèle d'organisation par constellations s'appuyant sur l'étude de cas du Canadian Partnership for Children's Health and the Environment, un OBNL opérant dans une logique de coalition pour l'environnement et la santé des enfants.

³ Pick (2017) explique l'importance de rendre explicite l'organisation des liens sociaux pour partager efficacement le pouvoir, ainsi que pour une discussion appliquée du concept de hiérarchie dynamique comme alternative aux rapports hiérarchiques formels.

⁴ Epstein (2009) étudie d'un point de vue politique l'inclusion de la diversité identitaire dans la recherche médicale.

d'agir comme soignant et citoyen à part entière ». Les travaux nous ont permis de relier les **valeurs** de Communauté soignante à sa raison d'être, au processus qui la guide, et aux résultats qu'elle vise à atteindre. Nous associons la raison d'être de Communauté soignante aux valeurs d'autonomisation (*empowerment*), de responsabilisation, et de participation citoyenne. Nous associons le processus qui la guide aux valeurs de collaboration, de réciprocité et d'inclusion. Et nous associons les résultats qu'elle vise à accomplir aux valeurs d'écoute, d'humilité et d'humanité.

Les échanges avec le groupe de travail ont permis d'identifier la représentativité, l'adaptabilité et la transparence comme principes de gouvernance. Pour organiser durablement le partage de pouvoir, il faudra constituer un **conseil d'administration** représentatif des fournisseurs-utilisateurs de services, des bailleurs de fonds, ainsi que des autres parties prenantes agissant comme alliées. Il faudra doter ce conseil d'administration de principes de prise de décision permettant l'exercice d'une démocratie participative dans la définition des orientations stratégiques. Les idées résonantes de structure minimale et de processus évolutif invitent au développement d'un écosystème d'initiatives autogérées que nous appelons **constellations**. La formation de constellations aura pour but de créer des liens sociaux permettant l'établissement d'une communauté d'entraide par la transformation culturelle, la réplication du modèle, et l'institutionnalisation des pratiques.

Le respect du principe de transparence par une pleine reddition de compte permettant de cultiver le lien de confiance avec les parties prenantes impliquées demandera l'enregistrement légal de l'organisation et l'embauche par le conseil d'administration d'une **équipe terrain** qui s'y rapportera. Les spécificités, avantages et limites respectives de la coopérative et de l'OBNL sont analysés pour faciliter le choix entre ces deux formes légales. L'équipe terrain se chargera au quotidien de lever des fonds, d'appuyer le développement de constellations, et d'assurer une pleine reddition de compte envers les parties prenantes impliquées.

Pour assurer la mise en œuvre des propositions contenues dans ce rapport, nous suggérons un **plan d'action** constitué des cinq actions prioritaires à déployer en ordre chronologique:

1. ***Cartographier les parties prenantes***
2. ***Formuler la proposition de valeur***
3. ***Constituer le conseil d'administration***
4. ***Embaucher les membres de l'équipe terrain***
5. ***Supporter le développement de constellations***

1. MÉTHODE

Les méthodes de recherche utilisées pour ce rapport sont inspirées des principes défendus par la **recherche-action participative**.⁵ Cette approche conteste le rôle traditionnel de la recherche, plutôt conçue comme un outil de transformation en temps réel du terrain étudié. Elle mise sur l'engagement actif des sujets de l'étude comme parties prenantes de la **co-construction** des apprentissages collectifs qui émergent du projet de recherche-action, mais aussi comme les acteurs principaux de l'ordre social que ce projet vise à créer. Les sujets de l'étude sont donc considérés comme des participants à part entière. Idéalement, ceux-ci auront accès à toutes les étapes du processus de recherche ; dont le choix des questions et du cadre théorique, la collecte et l'interprétation des données, ainsi que la diffusion des résultats et l'évaluation du projet.

Nous avons mis en œuvre le plan de co-construction en conviant les participants du groupe de travail à six rencontres. Les travaux de ce groupe incluent notamment quatre **ateliers de résonance**. Ces ateliers ont permis d'impliquer les participants dans l'interprétation collective des différents éléments qui émergent des travaux du groupe afin de dégager le sens qu'ils prennent pour les participants et de préciser l'analyse et les propositions ultérieures. Trois ateliers de résonance ont eu lieu en mode virtuel asynchrone via le forum *Slack*, en plus des rencontres synchrones par vidéoconférence. Le travail de co-construction a inclus deux rencontres avec les personnes impliquées dans la cartographie des parties prenantes effectuée dans l'axe 1. Il y a aussi eu la présentation d'une ébauche du rapport au comité projet qui a permis de récolter une rétroaction pour aligner le rapport aux besoins du public visé.

Pour illustrer ce processus de co-construction, nous présenterons tout au long du rapport des citations de participants que nous avons jugées représentatives des idées que nous tentons de mettre de l'avant. Le rapport inclut aussi une **recension des écrits** académiques et pratiques pertinents, qui a été complétée en parallèle avec la tenue des rencontres et d'ateliers. Cette recension des écrits contient aussi un élément de co-construction puisque plusieurs des thèmes et écrits retenus ont été suggérés ou évoqués par les participants eux-mêmes lors des consultations.

Finalement, le processus de co-construction ne se limite pas à l'élaboration de ce rapport, mais se prolonge jusqu'à sa mise en œuvre. Nous voyons les recommandations présentées ici non pas comme un plan fixe qui doit être mis en œuvre tel quel, mais plutôt comme une boîte à outils conçue pour guider les parties prenantes impliquées dans les prochaines étapes du développement de Communauté soignante. Nos recommandations doivent donc être comprises comme **adaptables** en fonction de l'évolution des travaux et de la vision commune qui émergera du travail et des consultations avec les parties prenantes.

⁵ Le site Engage (2020) développé par Loignon et collègues fournit un ensemble de ressources appliquées pour la co-construction des savoirs par la recherche-action participative. Ochocka, Janzen et Nelson (2002) présentent les apprentissages faits lors d'un projet de recherche-action participative en santé mentale communautaire impliquant des utilisateurs de services comme chercheurs.

2. CONCEPTS CLÉS

Cette section contient les concepts clés qui seront utilisés dans la suite du rapport pour structurer les constats et formuler des recommandations. Nous définissons les concepts de mission, vision et valeurs. Nous développons un cadre d'analyse qui intègre les concepts d'impact social et de lien social pour les mettre en lien avec les différentes formes organisationnelles proposées par la suite. Nous comparons ensuite le modèle coopératif à l'OBNL pour distinguer leurs spécificités respectives ainsi que leurs avantages et limites. Finalement, nous proposons une compréhension des relations de pouvoir en trois dimensions. Pour réussir à partager durablement le pouvoir, il faut d'abord comprendre ce que sont les relations de pouvoir. Nous utiliserons dans la section suivante les concepts clés développés ici pour présenter les constats de la recherche et faire des propositions concrètes.

2.1 — MISSION, VISION ET VALEURS

Selon le Ministère de l'Économie et de l'Innovation du Québec, la mission, la vision et les valeurs sont les trois piliers sur lesquels s'appuie la planification stratégique d'une organisation.⁶ Ces énoncés influenceront le futur de l'organisation en guidant l'action collective de ses parties prenantes. À l'interne de l'organisation, la mission, la vision et les valeurs permettent d'orienter l'action, de faciliter la prise de décision et de favoriser la mobilisation des ressources. À l'externe de l'organisation, elles permettent de présenter le caractère unique de l'organisation, de la rendre crédible auprès de ses parties prenantes et de démontrer la présence d'une cohérence dans l'action collective.

Mission

La mission d'une organisation est l'idée partagée de ce que font ensemble les parties prenantes de l'organisation au quotidien. Elle commence par un verbe d'action et évoque un processus en cours. La mission est un énoncé public qui doit être concis, clair et facile à mémoriser. Un bon exemple mentionné durant nos travaux est la mission de TedTalk, « *Spread ideas* » (propager des idées). La formulation est concise, claire et facile à mémoriser.

Vision

La vision d'une organisation correspond à l'idée partagée d'un état de fait que les parties prenantes de l'organisation aspirent à accomplir ensemble à l'issue d'un horizon temporel donné. Il évoque dans ses grandes lignes le résultat visé de l'action collective. L'énoncé de vision sert de guide pour l'action collective et, contrairement à la mission, il n'est pas nécessairement partagé à l'externe. Il peut être révisé périodiquement au cours du développement de l'organisation.

Valeurs

Les valeurs d'une organisation évoquent la culture qui soutient la mise en œuvre de la mission au quotidien et qui guide l'action collective vers la réalisation de la vision. Elles sont donc en quelque sorte l'infrastructure normative en fonction de laquelle les parties prenantes de l'organisation interagissent.

⁶ Le site du ministère de l'Économie et de l'Innovation du Québec (MEI, 2020) explique de manière simple et appliquée ce que sont et à quoi servent la mission, la vision, et les valeurs d'une organisation.

2.2 — IMPACT, LIEN ET ORGANISATION

Le cadre d'analyse utilisé pour ce rapport croise la théorie de l'impact social avec celle du lien social et les met en relation avec les trois formes organisationnelles complémentaires du modèle proposé pour Communauté soignante : conseil d'administration, équipe terrain, et constellations. L'organisation des liens sociaux entre les parties prenantes est distincte pour chacune de ces formes organisationnelles. Cette diversité des formes organisationnelles les rend complémentaires. Le tableau ci-dessous met en relation les dimensions de l'impact social avec les types de liens sociaux et les formes organisationnelles présentées. Ceci permet de générer les trois dimensions de l'impact social : la transformation culturelle, la réplication du modèle, et l'institutionnalisation des pratiques.

Tableau — Impact social, liens sociaux et formes organisationnelles

Impact social	Liens sociaux	Formes organisationnelles
Transformation culturelle (<i>scaling deep</i>)	Intracommunautaire (<i>bonding</i>)	Constellations
Réplication du modèle (<i>scaling out</i>)	Intercommunautaire (<i>bridging</i>)	Équipe terrain
Institutionnalisation (<i>scaling up</i>)	Hierarchique (<i>linking</i>)	Conseil d'administration

Impact social

Voici une brève explication des trois dimensions de l'impact social.⁷

Transformation culturelle

La transformation culturelle (*scaling deep*) se réalise d'abord par la construction de liens intracommunautaires (*bonding*). Les constellations permettent de former des groupes de travail rassemblant des parties prenantes dont les intérêts convergent autour d'enjeux particuliers et qui agissent dans des secteurs d'activité spécifiques. Cela facilite le renforcement des liens à l'intérieur de ces communautés d'intérêts et le développement de nouvelles façons de penser et de faire.

Réplication du modèle

La réplication du modèle (*scaling out*) se réalise d'abord par la construction de liens intercommunautaires (*bridging*) guidée à partir de l'équipe terrain. L'équipe terrain permet de mobiliser de nouveaux partenaires, clients et partenaires sur des terrains géographiques et dans des champs d'action où Communauté soignante n'était jusqu'alors pas encore présente. Cela facilite le déploiement des valeurs et du modèle de pratique promus afin d'accroître l'étendue de l'impact social généré.

⁷ Moore, Riddell et Vocisano (2015) présentent les trois dimensions de l'impact social et illustre ces concepts avec des exemples d'OBNL dédiés à l'innovation sociale.

Institutionnalisation des pratiques

L'institutionnalisation des pratiques (*scaling up*) se réalise d'abord par la construction de liens hiérarchiques avec les décideurs et d'autres personnes en position d'influence. Le conseil d'administration permet de cultiver des appuis dans différents cercles d'influence pour agir sur les leviers systémiques du changement de pratique. Cela facilite la pérennisation dans le temps de l'impact social généré.

Liens sociaux

Voici une brève explication des trois types de liens sociaux.⁸

Liens intracommunautaires

Les liens intracommunautaires se tissent entre des personnes qui s'identifient comme pairs l'un de l'autre sur la base d'une expérience vécue commune. Par exemple, on peut penser aux liens que tissent entre eux des patients-partenaires actifs dans un même réseau; les membres d'une famille; ou encore les membres d'une même spécialité médicale.

Liens intercommunautaires

Les liens intercommunautaires se tissent entre des personnes qui s'identifient à des communautés différentes. Par exemple, on peut penser aux liens que tissent entre eux les membres de communautés de patients partenaires du Québec et d'autres provinces; les membres de différentes familles; ou encore les membres de différentes spécialités professionnelles.

Liens hiérarchiques

Les liens hiérarchiques se tissent entre des personnes qui occupent des rôles sociaux leur donnant accès à différents niveaux de pouvoir. Par exemple, on peut penser aux liens que tissent des patients-partenaires avec des médecins; des enfants avec des parents; ou encore des citoyens avec des décideurs politiques.

Formes organisationnelles

La volonté du partage de pouvoir nous invite à réfléchir sur les structures, principes et procédures à définir pour constituer et opérer un conseil d'administration représentatif de ses différentes parties prenantes et qui répondra à leurs attentes distinctes. Le modèle présenté ci-dessous comporte trois formes organisationnelles complémentaires qui rempliront des fonctions distinctes pour permettre la réalisation de la vision que poursuivent ensemble les parties prenantes impliquées dans Communauté soignante :

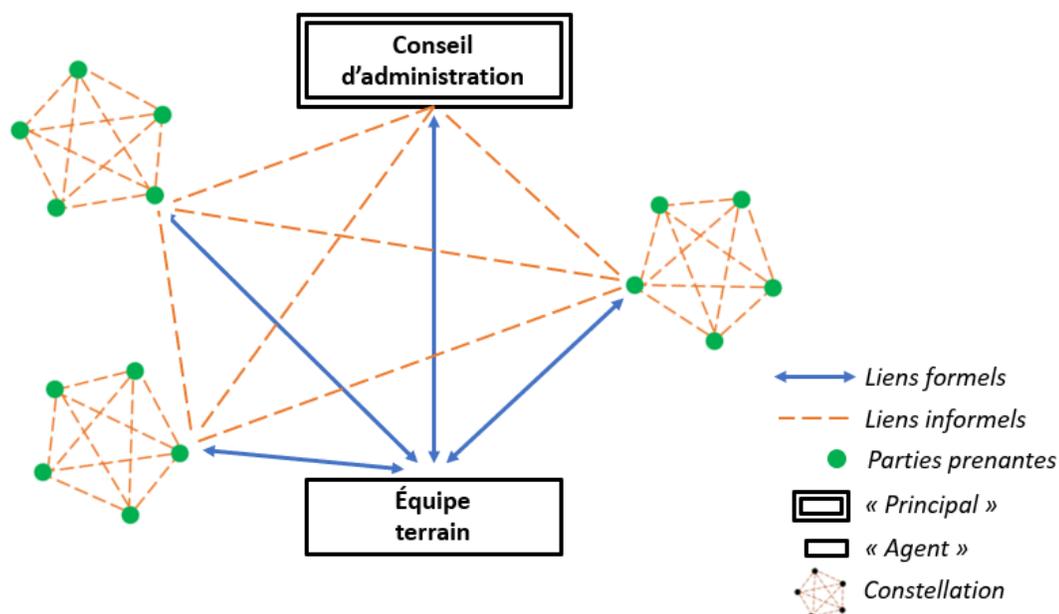
- Le conseil d'administration;
- L'équipe terrain;
- Les constellations.

Ces formes organisationnelles complémentaires permettent de structurer les liens formels et informels entre les parties prenantes d'une manière qui sera claire et comprise par tous. Cela facilitera la reddition de compte et permettra d'aligner de manière transparente les attentes des différentes parties prenantes avec la mission, la vision et

⁸ Perras et Normandin (2019) du Cité-ID LivingLab présentent les trois types de liens sociaux qui constituent le capital social.

les valeurs de Communauté soignante. Le diagramme ci-dessous représente visuellement les liens formels et informels entretenus par ces trois formes organisationnelles. Les liens formels sont illustrés par les flèches bidirectionnelles bleues. Les liens informels sont illustrés par les lignes pointillées orange. Les composantes du diagramme sont expliquées par la suite.

Diagramme — Organisation des liens formels et informels



Conseil d'administration

L'encadré double entourant le conseil d'administration représente son rôle de « principal » face à l'équipe terrain qui joue un rôle d'« agent ».⁹ Le conseil d'administration définit les orientations stratégiques et valide sa mise en œuvre par l'équipe terrain. Selon la théorie de l'agence, le conseil d'administration agit donc comme « principal » et l'équipe terrain est son « agent », c'est-à-dire que le conseil d'administration embauche les personnes qui constituent l'équipe terrain, il oriente et il évalue leur travail. Le conseil d'administration est chargé de superviser le travail de l'équipe terrain en établissant les orientations stratégiques et en évaluant leur mise en œuvre par celui-ci.

Équipe terrain

L'encadré simple entourant l'équipe terrain représente la fonction « d'agent » qu'elle occupe pour mettre en œuvre les orientations stratégiques définies par le conseil d'administration. Les membres de l'équipe terrain seront embauchés par le conseil. L'équipe terrain représente l'instance formelle de l'organisation puisqu'elle entretient un lien formel avec le conseil d'administration auquel elle doit rendre des comptes et elle assure la coordination des efforts qui ont lieu dans les constellations dont elle appuie le développement.

Constellations

Les étoiles formées de points verts reliés entre eux par des pointillés représentent des constellations qui sont formées par des ententes entre parties prenantes autour d'enjeux précis pour une durée de temps limitée à l'intervention visée. Ceci permet d'organiser un écosystème composé de différentes constellations poursuivant des

⁹ Van Puyvelde et collègues (2012) étudient l'application des théories de l'agence et des parties prenantes au contexte des OBNL.

objectifs contribuant de manières complémentaires à l'avancement de la mission de l'organisation. Les constellations dont l'action se pérennise dans le temps peuvent en venir à s'enregistrer comme des organisations indépendantes.

Les constellations fonctionnent principalement sur un mode d'autogestion entre les parties prenantes qui s'y impliquent. L'autogestion se fonde sur les principes d'autonomie, responsabilité et solidarité. L'autonomie implique que les membres agissent par leur propre initiative (se gère eux-mêmes). La responsabilité signifie que les membres sont responsables envers l'organisation et son bon fonctionnement d'ensemble. La solidarité demande que les membres s'appuient les uns les autres et appuient en particulier les membres plus vulnérables.¹⁰ Ceci permet de maintenir une équipe terrain plus légère tout en favorisant le développement d'un réseau étendu de liens informels entre les parties prenantes. L'équipe terrain coordonne les efforts des coalitions entre elles et évalue l'alignement de leurs activités avec les orientations stratégiques définies par le conseil d'administration.

¹⁰ Parker et collègues (2014) expliquent les trois principes sur lesquels se fonde l'autogestion.

2.3 — CHOIX DE LA FORME JURIDIQUE

Il est clair que la raison d'être de Communauté soignante vise à générer un impact social plutôt qu'un résultat financier. Ceci nous amène à considérer le choix à faire entre deux formes juridiques possibles : la coopérative et l'OBNL. La coopérative favorise l'auto-financement (revenus générés par la vente de produits/services aux membres), ce qui implique que les membres sont à la fois clients et bénéficiaires (les membres qui paient pour les produits/services sont aussi ceux qui les reçoivent). En comparaison, L'OBNL favorise un financement basé principalement sur les dons et subventions, ce qui implique une distinction claire entre les clients (ceux qui paient pour les services) et les bénéficiaires (ceux qui reçoivent les services). Cela étant dit, il est possible et souhaitable pour un OBNL de développer des sources d'auto-financement (vente de produits/services) afin de réduire sa dépendance envers les dons et subventions. Le tableau ci-dessous synthétise les spécificités, avantages et limites respectives de ces deux formes légales.

Tableau — Coopérative versus OBNL

	Coopérative	OBNL
Spécificités	<ul style="list-style-type: none"> Gouvernance collective Au service de ses membres 	<ul style="list-style-type: none"> Interdit la distribution des surplus Au service de la société
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> Favorise la démocratie participative par l'appropriation et la voix des membres Permet de distinguer formellement les membres travailleurs, membres consommateurs, et membres de soutien Donne accès au réseau de financement de l'économie sociale (Fiducie du Chantier, RISQ, Desjardins, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Favorise l'obtention d'un numéro d'organisme de bienfaisance permettant d'émettre des reçus d'impôt pour don de charité Principes de gouvernance plus flexibles et adaptables à un contexte complexe et changeant Donne accès au réseau de financement des fondations et des donateurs privés
Limites	<ul style="list-style-type: none"> Limite l'accès au réseau de financement des fondations et des donateurs parce que n'est pas nécessairement à but non lucratif Les principes de gouvernance sont rigides et peuvent s'avérer lourds 	<ul style="list-style-type: none"> Limite l'accès au réseau de financement de l'économie sociale Les principes de gouvernance ne prescrivant pas la démocratie participative peuvent mener à la concentration du pouvoir

2.4 — COMPRENDRE LE POUVOIR

Le pouvoir est une dynamique relationnelle. Les liens sociaux formels et informels qui relient les acteurs (personnes ou groupes de personnes) entre eux sont façonnés par des relations de pouvoir. Le pouvoir est à la fois épisodique et systémique : il s'exerce à des moments précis et en tout temps. Le pouvoir s'exerce par la coercition, la manipulation, la domination et la catégorisation.¹¹ Pour les besoins de notre travail, nous attirons votre attention sur trois dimensions par lesquelles le pouvoir s'exerce dans les interactions quotidiennes: le contrôle des ressources, l'accès à la prise de décision et la légitimité du discours.

Tableau — Dimensions du pouvoir

Dimensions du pouvoir	Description
<i>Contrôle des ressources</i>	En contrôlant des ressources dont l'acteur B dépend, l'acteur A peut contraindre B à faire des choses que B n'aurait pas faites autrement dans le but d'obtenir de A les ressources dont il dépend.
<i>Accès à la prise de décision</i>	En accédant aux sites et aux processus de prise de décision, un acteur peut exercer un pouvoir sur sa destinée et celle des autres acteurs impliqués.
<i>Légitimité du discours</i>	Le discours porté par un acteur sera perçu comme plus ou moins légitime en fonction de son rôle dans l'ordre social.

Contrôle des ressources

En contrôlant des ressources dont l'acteur B dépend, l'acteur A peut contraindre B à faire des choses que B n'aurait pas faites autrement dans le but d'obtenir de A les ressources dont il dépend.¹² Un exemple commun de ce type de relation de pouvoir est le travail salarié : l'employé (B) est contraint à travailler pour un employeur (A) en échange d'un revenu dont il dépend pour s'acquitter de ses obligations financières. Il est important de considérer cette forme de pouvoir dans la conception de l'approche de financement d'une organisation puisque les sources de financement impliquent des attentes et des obligations auxquelles l'organisation sera tenue de répondre.

Accès à la prise de décision

En accédant aux sites et aux processus de prise de décision, un acteur peut exercer un pouvoir sur sa destinée et celle des autres acteurs impliqués. La concentration de la prise de décision dans les mains de certains acteurs implique l'exclusion d'autres acteurs des sites et processus par lesquels des décisions qui les concernent sont

¹¹ Fleming et Spicer (2014) présentent une recension des écrits sur les formes et les sites du pouvoir dans la théorie des organisations.

¹² Emerson (1962) offre une formulation classique du pouvoir comme contrôle des ressources.

prises.¹³ Selon l'échelle de participation citoyenne de Sherry Arnstein, il existe différents niveaux de participation à la prise de décision dans les programmes sociaux, partant de la non-participation en passant par l'instrumentalisation jusqu'au pouvoir citoyen.¹⁴ La pratique du partenariat avec les patients dans les soins de santé se fonde sur l'idée qu'il est souhaitable que les patients participent la prise de décision en lien avec la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des soins qu'ils reçoivent collectivement.¹⁵

Légitimité du discours

Le discours porté par un acteur sera perçu comme plus ou moins légitime en fonction de son rôle dans l'ordre social.¹⁶ Par exemple, le discours scientifique bénéficie d'une grande légitimité dans notre société parce qu'il tend à être perçu comme objectif et rigoureux. En portant ce discours, les médecins se voient accorder le droit de définir les problèmes des patients et les solutions appropriées. En comparaison, la légitimité du discours fondé sur l'expérience vécue des patients est souvent évaluée comme faible parce qu'elle est perçue comme subjective et anecdotique.¹⁷ Le déséquilibre dans la légitimité de ces discours conditionne une relation de pouvoir exercée par les médecins sur leurs patients.

Une compréhension commune de ces différentes formes de pouvoir nous permettra de déployer des principes de gouvernance et de financement qui favorisent un partage durable du pouvoir entre les différentes catégories de parties prenantes. Communauté soignante pourra ainsi réaliser pleinement ses valeurs d'inclusion et de participation sociale.

¹³ Young (2000) analyse le processus démocratique en termes de l'inclusion des personnes que les décisions affectent dans les sites et les mécanismes par lesquels ces décisions sont prises.

¹⁴ Arnstein (1969) offre une analyse classique du pouvoir comme accès à la prise de décision avec son « échelle de participation citoyenne » dans laquelle elle souligne le problème fréquent de l'instrumentalisation dans le but d'obtenir une caution morale pour des décisions qui les affectent et auxquelles ils n'ont dans les faits pas été invités à participer. Martineau, Minyaoui et Boivin (2020) soulignent les implications éthiques de cette problématique dans le contexte de la recherche sur les soins de santé en partenariat avec des patients.

¹⁵ Boivin et collègues (2018) discutent des conditions écosystémiques à mettre en place pour favoriser le déploiement de l'approche du partenariat avec les patients et les citoyens dans les soins de santé.

¹⁶ Hardy et Phillips (1998) théorisent le pouvoir comme légitimité du discours.

¹⁷ Glasby et Beresford (2006) analysent du point de vue des patients l'hégémonie du discours biomédical et la marginalisation du discours fondé sur l'expérience vécue dans la recherche sur les soins de santé mentale.

3. CONSTATS ET PROPOSITIONS

Les échanges tenus par le groupe de travail ont permis de dégager un fort consensus autour de la nécessité de partager le pouvoir pour permettre l'atteinte de la mission, de la vision, et des valeurs guidant cette organisation en devenir. Il est suggéré ici de rendre explicite l'organisation des liens sociaux de manière à pouvoir organiser durablement le partage de pouvoir.

« Il faut considérer les relations de pouvoir dans le projet en réfléchissant aux questions suivantes : comment s'assurer que ceux qui ont moins de pouvoir et moins de moyens puissent trouver leur place dans le modèle ? Comment s'assurer d'une participation accrue de la part des citoyens et des partenaires ? Comment s'assurer que leurs besoins et leurs réalités sont entendus et pris en compte? »

Un partage de pouvoir durable demandera à Communauté soignante de se donner d'une existence légale distincte de la Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et le public (la « Chaire ») qui en est jusqu'à maintenant son principal ancrage organisationnel. Le fonctionnement actuel implique une relation de dépendance organisationnelle et financière de Communauté soignante envers la Chaire, qui est une structure institutionnelle au fonctionnement hiérarchisé et dont la raison d'être est de produire des savoirs scientifiques, ce qui laisse peu de place aux partenaires citoyens et communautaires. Une existence légale est donc essentielle au partage effectif du pouvoir et à la réalisation de la vision de Communauté soignante.

Les énoncés de mission, vision et valeurs permettent de définir clairement les orientations stratégiques pour s'assurer que celles-ci sont partagées à l'interne et bien comprises à l'externe de l'organisation. Puisque Communauté soignante se veut une organisation à vocation sociale, il faudra comprendre les spécificités, avantages et limites propres à la coopérative versus l'organisme à but non lucratif (OBNL) pour pouvoir faire un choix éclairé sur la forme légale à adopter.

3.1 — MISSION, VISION ET VALEURS

Les échanges du groupe de travail ont mené à l'énoncé de mission suivant : « **prendre soin les uns des autres** ». Cet énoncé était déjà communément utilisé par ses co-fondateurs pour présenter Communauté soignante dans divers documents. Il a rapidement fait consensus parce qu'il est concis, clair, facile à mémoriser et représentatif de ce que cherchent à faire ensemble au quotidien les parties prenantes impliquées dans Communauté soignante.

« Je trouve cette formulation intéressante parce que c'est tellement simple que c'en est presque provocateur. Les gens vont s'arrêter pour essayer de comprendre pourquoi c'est si simple. »

Un effort soutenu de réflexion collective a permis aux participants du groupe de travail d'en arriver à l'énoncé de vision suivant : « **une communauté d'entraide qui s'inscrit dans un écosystème de santé inclusif permettant à chaque personne de développer sa capacité d'agir comme soignant et citoyen à part entière** ». Cet énoncé qui s'articule aux niveaux systémique (macro), organisationnel (méso) et individuel (micro). Au niveau systémique, l'énoncé de vision évoque une transformation culturelle permettant l'émergence d'un écosystème de santé inclusif. Au niveau organisationnel, il évoque l'idée de la communauté d'entraide comme dynamique interpersonnelle visée. Au niveau individuel, l'énoncé de vision évoque l'idée de créer ensemble les conditions qui permettront à chaque personne d'exercer sa pleine citoyenneté.

« On comprend que quand quelqu'un est malade, la maladie devient son statut, c'est-à-dire son identité. Notre travail est de l'amener à être de nouveau un citoyen, donc un membre de la cité à part entière. »

Le groupe de travail a identifié neuf valeurs répondant à trois questions. Ces valeurs sont classées dans le tableau ci-dessous et sont ensuite expliquées.

Tableau — Valeurs partagées de Communauté soignante

Question	Réponse	Valeurs partagées
Pourquoi ? (Macro)	Soigner pour habilitier (Raison d'être)	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomisation • Responsabilisation • Participation sociale
Comment ? (Meso)	Soigner ensemble (Processus en cours)	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration • Réciprocité • Inclusion
Qui ? (Micro)	Soigner la personne (Résultat attendu)	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute • Humilité • Humanité

Les valeurs d'**autonomisation** (*empowerment*), de **responsabilisation** et de **participation sociale** répondent à la question « pourquoi ? » par la formulation d'une raison d'être qui est de « soigner pour habilitier ». Elles évoquent l'état de fait que les parties prenantes aspirent à accomplir ensemble à l'issue d'un horizon temporel donné. Ces valeurs font donc écho à la vision de l'organisation, car elles sous-tendent l'aspiration collective de permettre à chaque personne d'exercer sa pleine citoyenneté. Elles reflètent l'aspiration collective des participants vers une transformation systémique du rôle du patient et du citoyen dans les soins de santé.

« On infantilise et on surprotège le patient. Il y a énormément de paternalisme qui est fait par bienveillance. Tout ça, ce sont des choses que nous devons changer. »

Les valeurs de **collaboration**, de **réciprocité** et d'**inclusion** répondent à la question « comment? » par la description d'un processus en cours qui consiste à « soigner ensemble ». Elles évoquent la manière dont les parties prenantes s'organisent entre elles au quotidien. Ces valeurs font donc écho à la mission de l'organisation qui est de prendre soin les uns des autres. Elles reflètent la dynamique organisationnelle par laquelle Communauté soignante prend forme au quotidien.

« Il y a le respect des distinctions. Il y a la notion d'égalité des chances, de participation pleine et entière à la vie démocratique. On veut voir les personnes non pas comme des malades, mais comme des citoyens à part entière avec leurs forces et leurs relations. »

Les valeurs d'**écoute**, d'**humilité** et d'**humanité** répondent à la question « qui? » par la conception d'un résultat attendu qui est de « soigner la personne ». Elles évoquent l'attitude que les personnes adoptent pour prodiguer et recevoir le soin. Ces valeurs lient la mission vécue au quotidien à la vision que les parties prenantes aspirent à accomplir ensemble en orientant le processus vers le résultat qui en est attendu. Elles guident l'action de chacune des personnes qui font vivre Communauté soignante.

« Que tu sois docteur ou infirmière, tu as des forces, des fragilités et un projet de vie. Tu peux agir comme soignant, mais aussi comme soigné. Tu peux aussi t'engager comme citoyen dans ta communauté. »

Les échanges du groupe de travail suggèrent deux constats pointant dans différentes directions en ce qui concerne la forme légale à adopter. D'une part, l'OBNL semble mieux correspondre au fonctionnement actuel de Communauté soignante, car il existe au départ une distinction assez claire entre les clients (ceux qui paient pour les services) et les bénéficiaires (ceux qui reçoivent les services). De plus, le mode de financement de Communauté soignante depuis sa création repose principalement sur les subventions et fait jusqu'à maintenant peu de place à l'autofinancement. Ceci suggère que les dons et les subventions sont une source de financement importante pour le développement de l'organisation.

D'autre part, la mission, la vision et les valeurs élaborées par les participants au groupe de travail indiquent une aspiration partagée à brouiller la frontière entre soignants et soignés. Les participants perçoivent la distinction entre clients et bénéficiaires comme problématique et veulent fonder Communauté soignante sur un esprit de mutualité et de réciprocité. Cette aspiration partagée évoque le mode coopératif de gouvernance qui met de l'avant l'inclusion représentative des parties prenantes dans la prise de décision suivant des principes de démocratie participative.

« Le futur à plus ou moins long terme semble pointer vers l'association mutuelle parce que notre mission est de prendre soin les uns des autres. Nous commençons à avoir certains participants qui passent progressivement du rôle de soigné au rôle de soignant. À mesure que leur situation se stabilise et que leur confiance et leurs capacités de soins se développent, ils commencent à prendre soin plus activement d'eux-mêmes et des gens autour d'eux. »

Enregistrer une coopérative comme organisme de bienfaisance pour pouvoir émettre des reçus d'impôts pour don de charité n'est pas impossible, mais apparaît difficile puisque les coopératives ne sont pas a priori à but non lucratif. Il existe très peu de coopératives enregistrées comme organisme de bienfaisance au Québec. Certaines coopératives fondent un OBNL parallèle de manière à séparer les activités marchandes des activités de bienfaisance.¹⁸ Or, la volonté des participants est de conserver la flexibilité et l'agilité actuelle.

Par ailleurs, il est possible pour un OBNL de se doter de principes de gouvernance collective inspirés du modèle coopératif pour assurer la pleine représentation de ses différents types de parties prenantes au conseil d'administration et leur participation active à la définition des orientations stratégiques de l'organisation. Ce scénario semble permettre de réconcilier le fonctionnement actuel de Communauté soignante avec la vision que ses parties prenantes aspirent à accomplir. Tout ceci demeure à préciser à la lumière de la cartographie des parties prenantes qui est en cours de réalisation.

« Sur le plan pratique, rien n'empêche que la forme juridique réponde à des besoins de financement (p. ex., OBNL avec numéro de bienfaisance) et que la gouvernance réponde aux caractéristiques de l'association mutuelle (partage de valeur, d'intérêts, proximité géographique et responsabilités partagées, mais limitées). »

3.2 — ORGANISATION

La mise en œuvre d'un modèle constitué de trois formes organisationnelles complémentaires – conseil d'administration, équipe terrain, constellations – facilitera le partage de pouvoir dans la collaboration entre parties prenantes. Cela permettra aussi le maintien d'une structure formelle minimale et adaptable à un contexte communautaire et institutionnel en constante évolution.

« Il y a différents types d'organisations qui sont autour de cette idée de Communauté soignante. Je pense qu'il faut que le projet soit porté par une sorte de coalition de groupes, institutionnels, communautaires. Une coalition, ce sont des gens qui ont des structures différentes, mais qui décident ensemble de créer une structure qui va avoir une certaine autonomie de fonctionnement. »

¹⁸ Nous remercions Charles Gagnon, agent de développement au Chantier de l'économie sociale pour les efforts de recherche approfondis sur lesquels s'appuient ces constats. Les sources utilisées dans cette recherche sont l'Agence du revenu du Canada, Revenu Québec, la Loi sur les coopératives et son Règlement d'application, ainsi qu'Éducaloi. Plus de détails à ce sujet sont disponibles sur demande.

Conseil d'administration

Nous proposons la constitution d'un conseil d'administration comportant sept sièges qui seront distribués de manière à représenter les différents types de parties prenantes impliquées dans Communauté soignante; dont les patients et citoyens partenaires, les bailleurs de fonds, ainsi que les représentants des principaux ancrages institutionnels et communautaires de l'organisation. Le comité de pilotage qui se rencontre depuis un moment déjà peut être vu comme un embryon de conseil d'administration. Les rôles des participants et les mécanismes de prise de décision doivent y être précisés.

« Par la variété des participants, le comité de pilotage favorise le maillage de différents professionnels et de différentes réalités. Il permet aussi de garder les participants à l'affût de différentes opportunités au niveau de l'intervention, du financement et des collaborations. »

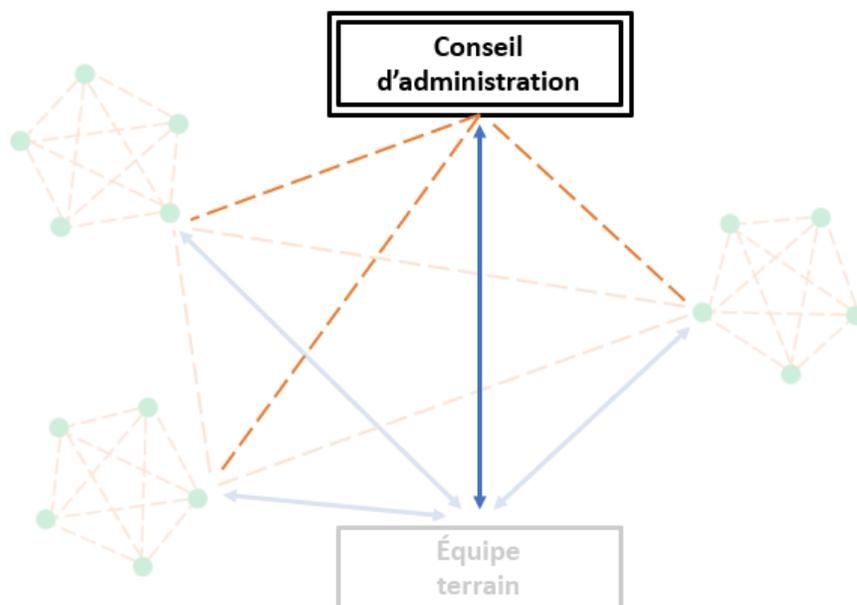
Le conseil d'administration sera chargé de définir les orientations stratégiques et de mobiliser le financement initial nécessaire pour embaucher les membres de l'équipe terrain, qui mettra en œuvre ces orientations. La Chaire deviendra alors non plus l'ancrage organisationnel principal de Communauté soignante, mais plutôt l'une de ses parties prenantes. En tant qu'organisation fondatrice de Communauté soignante, la Chaire sera appelée à jouer un rôle important dans son développement et à participer à l'établissement des orientations stratégiques en occupant un siège sur le conseil d'administration. Toutefois, la Chaire devra permettre à Communauté soignante d'atteindre l'indépendance organisationnelle pour donner à ses parties prenantes communautaires la place autour de la table que celles-ci souhaitent avoir dans la réalisation de ce projet collectif.

« Ma préoccupation par rapport au modèle qu'on est en train de développer est au niveau de la relation de pouvoir dans le modèle de gouvernance. Quel système on met en œuvre pour s'assurer que les personnes qui ont le moins de pouvoir ou le moins de moyens soient prises en considération et aient un contre-pouvoir dans cette structure-là. Je pense en particulier aux organismes communautaires et aux patients partenaires. »

Le conseil d'administration pourra s'adjoindre l'appui d'un comité aviseur composé de parties prenantes représentant les bailleurs de fonds, les fournisseurs-utilisateurs de services ainsi que les principaux ancrages institutionnels et communautaires de l'organisation. Un tel comité aviseur permettra d'étendre l'accès du conseil d'administration à une variété de réseaux et de savoir-faire complémentaires pour appuyer l'équipe terrain dans sa mise en œuvre des orientations stratégiques. Tel qu'illustré dans le diagramme ci-dessous, le conseil d'administration entretient donc un lien formel avec l'équipe terrain et un ensemble de liens informels avec les parties prenantes qui seront amenées à former les constellations.

« Même si on a travaillé de façon très collégiale jusqu'ici, il y a des gens et des zones où il y a des décisions qui sont prises. Ce qu'il n'y a pas en ce moment, c'est une définition claire de qui prend certaines décisions. C'est normal, il faut le faire. Je pense qu'il est à travailler, cet élément de la structure décisionnelle. »

Diagramme — Liens entretenus par le conseil d'administration



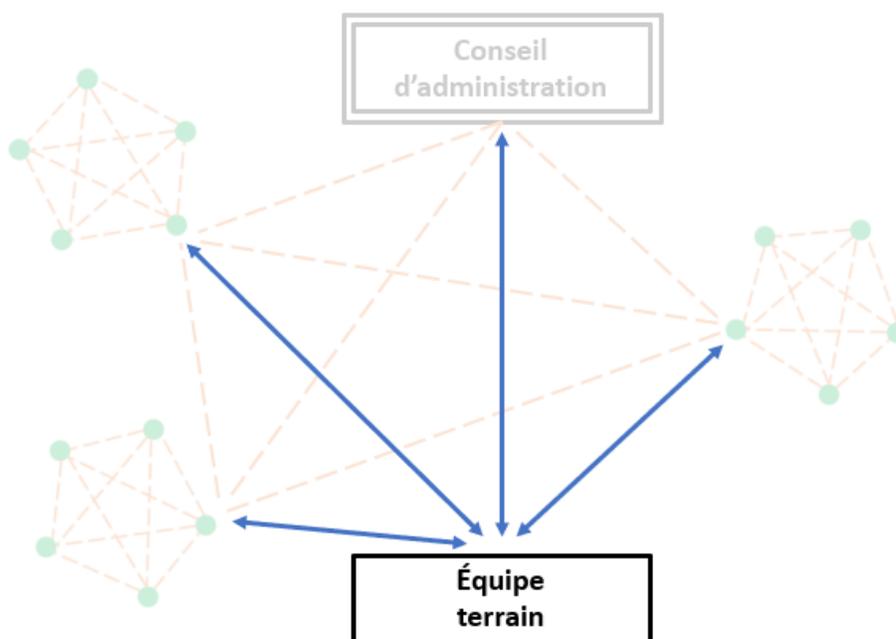
Équipe terrain

Nous proposons l'embauche de deux employés pour former l'équipe terrain initiale. Un premier membre de l'équipe terrain se chargera de l'administration et de la reddition de comptes envers les parties prenantes alors qu'un second membre se chargera de la collecte de fonds et du développement des partenariats. Ensemble, les deux membres de l'équipe terrain assureront la coordination des efforts avec les parties prenantes impliquées dans les constellations.

L'équipe terrain assurera la mise en œuvre des orientations stratégiques principalement en appuyant le développement d'un écosystème de constellations à l'intérieur desquelles s'effectuera un travail de collaboration entre les parties prenantes pour agir sur des enjeux ciblés contribuant à l'avancement de la mission de Communauté soignante. L'employé à l'administration est essentiel pour assurer une reddition de compte transparente qui permettra de cultiver le lien de confiance avec les parties prenantes impliquées. L'employé à la collecte de fonds est essentiel pour assurer la mobilisation d'une variété de financements non liés aux activités de recherche. Cela permettra à Communauté soignante de se donner une existence indépendante de la Chaire de recherche de laquelle elle émerge pour favoriser la pleine appropriation de l'organisation par ses parties prenantes citoyennes et communautaires.

« Si on a de l'argent et des employés, alors ça prend du monde pour gérer les employés; produire la paye; s'assurer que les livrables sont faits et sont de qualité. Il y a de la gestion de personnel. Mais quand on arrivera à la rivière on traversera le pont. »

Diagramme — Liens entretenus par l'équipe terrain



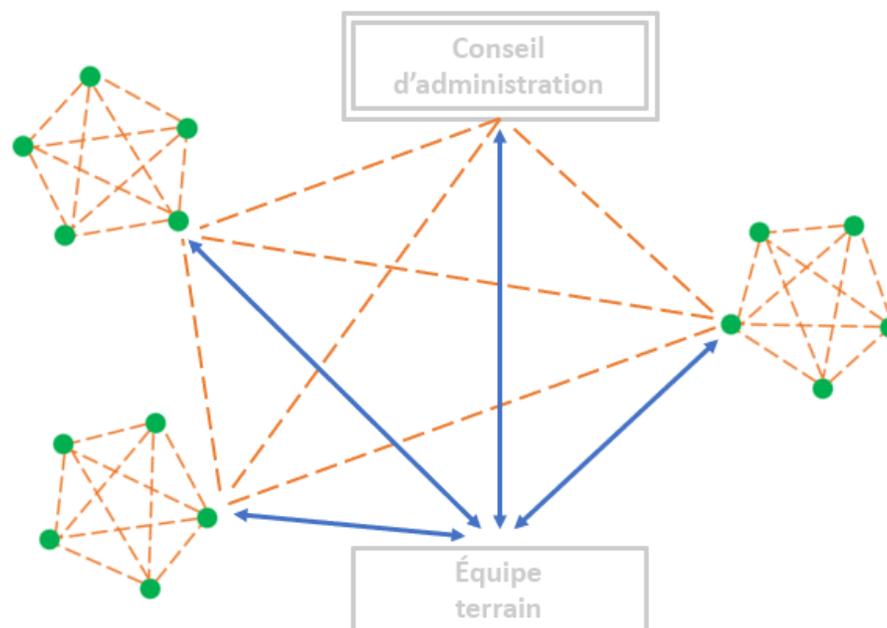
Constellations

Les réseaux de contacts et de savoir-faire mobilisés par le conseil d'administration seront mis à la disposition de l'équipe terrain pour appuyer le développement de liens informels entre ces parties prenantes dans le but de former des constellations qui agiront sur des enjeux ciblés en lien avec la mission de l'organisation. Les constellations seront en grande partie autogérées, c'est-à-dire que les parties prenantes impliquées s'entendront entre elles sur la manière d'organiser leur action collective.

Les efforts entrepris dans les constellations seront coordonnés entre elles par l'équipe terrain qui s'assurera de leur alignement avec la mission de l'organisation. Tel qu'illustré dans le diagramme ci-dessous, les constellations sont formées par des liens informels entre les parties prenantes impliquées puisqu'elles n'ont pas d'existence légale propre. Elles entretiennent aussi des liens informels avec le conseil d'administration qui représente les différents types de parties prenantes impliquées dans Communauté soignante. Elles entretiennent toutefois des liens formels avec l'équipe terrain qui coordonne leurs efforts et assure leur alignement avec la mission de l'organisation.

« À plusieurs niveaux, des décisions doivent être prises. L'équipe de base est là pour définir des grandes orientations et des grandes valeurs. Ensuite, les différentes constellations prennent des décisions qui leur semblent les bonnes pour elles. Alors là, on est dans une gouvernance très décentralisée. »

Diagramme — Liens entretenus par les constellations



3.3 — GOUVERNANCE

La gouvernance est un amalgame de politiques, de systèmes et de structures suivant un cadre opérationnel qui guide l'action des membres de l'organisation pour pouvoir prendre des décisions efficaces tout en assurant une pleine reddition de compte.¹⁹ Un modèle de gouvernance définit comment ces politiques, systèmes et structures sont organisés, dans quel but, et qui sont les personnes responsables. Les trois principes de gouvernance qui ont émergé des échanges de l'équipe de travail sont la responsabilité, l'adaptabilité et la transparence. Ces principes sont définis dans le tableau ci-dessous.

Tableau — Principes de gouvernance

Principe	Description
Représentativité	Organiser la gouvernance pour favoriser l'autogestion par l'exercice d'une démocratie participative qui inclura de manière représentative les divers types de parties prenantes impliqués (fournisseurs-utilisateurs de services, ancrages institutionnels et communautaires, bailleurs de fonds)
Adaptabilité	Organiser la gouvernance pour maintenir une structure minimale capable de s'adapter à un contexte changeant

¹⁹ Traduction libre d'une définition de la gouvernance proposée par Barlow (2016).

Transparence

Organiser la gouvernance pour assurer une reddition de comptes transparente à tous les types de parties prenantes en fonction de leurs besoins informationnels particuliers

Représentativité

Le conseil d'administration doit être constitué de manière à représenter pleinement et de manière équilibrée les différents types de parties prenantes impliquées dans Communauté soignante, dont les fournisseurs-utilisateurs de services, les principaux ancrages institutionnels et communautaires et les bailleurs de fonds. Des mécanismes de prise de décision devront être mis en place pour assurer une inclusion pleine et entière de chacun de ces types de parties prenantes dans la définition des orientations stratégiques. Cela fait écho aux valeurs d'autonomisation (*empowerment*), de responsabilisation et de participation sociale.

« Un défi dans l'application du modèle d'organisation par constellations est que ce sont souvent des coalitions d'organisation. Dans Communauté soignante, certains de nos partenaires clés qu'on veut mettre à la table décisionnelle, les patients et les citoyens partenaires, souvent ne sont pas attachés à des organisations. »

Adaptabilité

L'équipe terrain demeurera d'une taille restreinte et limitera son action à appuyer le développement d'un écosystème de constellations autogérées de manière à assurer que Communauté soignante maintienne une structure minimale capable de s'adapter à un contexte communautaire et institutionnel en constante évolution. L'autogestion est une dynamique par laquelle les parties prenantes qui formeront des constellations choisissent de se gérer elles-mêmes selon des règles qu'elles se donnent entre elles.²⁰

« Il faut que la gouvernance soit évolutive. J'ai un peu la crainte qu'on essaie de se développer un modèle de gouvernance qu'on coule dans le béton et après c'est fini, on peut plus y toucher. »

Transparence

La reddition de compte effectuée par l'équipe terrain auprès de ses parties prenantes et auprès du conseil d'administration permettra d'assurer la transparence des activités de Communauté soignante. Cette transparence est essentielle pour cultiver une relation de confiance avec les différents types de parties prenantes impliquées dans

²⁰ Pour une discussion appliquée sur les principes de l'autogestion, écouter l'épisode « Comment travailler sans patron » de la baladodiffusion du Manuel pour changer le monde (<http://innovationsocialeusp.ca/balado/comment-travailler-sans-patron-1-5-i-manuel-pour-changer-le-monde?#comment-travailler-sans-patron-1-5-i-manuel-pour-changer-le-monde>). Plusieurs exemples d'organisations fonctionnant selon des principes d'autogestion y sont présentés, dont IRIS (<https://iris-recherche.qc.ca/>), Lux éditeur (<https://luxediteur.com/>), Studio créatif Coloc (<https://www.coloc.coop/equipe>), Réseau COOP: <http://reseau.coop/le-reseau/>.

l'organisation, dont les fournisseurs-utilisateurs de services, les ancrages institutionnels et communautaires et les bailleurs de fonds.

3.4 — FINANCEMENT

Nos travaux soulignent qu'il est essentiel de compléter la cartographie des parties prenantes avant de tracer plus précisément les contours d'une approche de financement (voir première action prioritaire proposée, section 4.1). Cette section contient une boîte à outils pour faciliter la conception et la mise en œuvre de l'approche de financement sur la base de la cartographie des parties prenantes qui est présentement en cours dans l'axe 1. Avec la cartographie en main, nous pourrons ouvrir cette boîte à outils pour faciliter le déploiement de l'approche de financement. La boîte à outils contient des principes pour guider les travaux, une liste commentée de plusieurs sources potentielles de financement, et des suggestions sur l'approche stratégique à adopter pour guider la conception et la mise en œuvre de l'approche de financement de Communauté soignante.

« Communauté soignante propose la mise à l'échelle d'une vision (et de son impact) plutôt que d'un service. Ça fait partie de la proposition de valeur pour les établissements qui sont de potentiels clients-payeurs. »

Principes de financement

Voici trois principes particulièrement importants pour guider les activités de financement : la reddition de compte envers les parties prenantes, la gestion de dépendances, et l'alignement des attentes.

Reddition de comptes

L'obtention de toute forme de financement implique des exigences de reddition de compte qui doivent être bien prises en compte pour assurer la transparence des activités de Communauté soignante. Cela permettra de cultiver un climat de confiance auprès de ses parties prenantes, tant les bailleurs de fonds que les fournisseurs-utilisateurs de services.

Gestion des dépendances

Le développement d'une organisation implique la formation de nombreuses relations de dépendance envers les parties prenantes qui fournissent des ressources (donateurs, subventionnaires, clients). En effet, toute organisation est plus ou moins dépendante des parties qui lui fournissent les ressources lui permettant d'opérer. Ces dépendances sont essentielles et ne sont pas nécessairement négatives. Toutefois, la dépendance de l'organisation envers les parties qui lui fournissent ses ressources doit être gérée proactivement. Cela se fait, entre autres, par la diversification des sources de financement et par une reddition de compte pleine et transparente; prévenant ainsi l'exercice d'un contrôle indu par les parties prenantes envers lesquelles Communauté soignante aurait une dépendance particulière.

Alignement des attentes

Une attention particulière doit être portée pour organiser les activités de manière que les attentes des bailleurs de fonds soient bien alignées avec celles des personnes qui fournissent et reçoivent des services. Un désalignement

entre l'intérêt de ces différents types de parties prenantes peut avoir des effets pervers sérieux. Par exemple, il peut favoriser l'exercice d'un contrôle indu par les clients sur les bénéficiaires, une dynamique de pouvoir souvent nommée cooptation.²¹ La cooptation mène souvent à l'instrumentalisation des services de manière à répondre d'abord à l'intérêt des bailleurs de fonds plutôt qu'aux personnes qui livrent et reçoivent ces services. Il est important de mettre en place de manière proactive des structures de gouvernance et une approche de financement qui permettent de prévenir ce type de dynamiques.

Sources de financement

Différentes sources de financement sont possibles pour Communauté soignante.²² Tel qu'analysé plus haut, la forme coopérative favorise l'accès à certaines sources de financement (p. ex., membership, vente de services, financement du réseau de l'économie sociale) alors que l'OBNL enregistré comme organisme de bienfaisance favorise l'accès à d'autres types de financement (p. ex., fondations et dons privés). Le tableau ci-dessous présente une liste non-exhaustive de sources de financement envisageables en fonction de la forme juridique qui sera choisie.

Tableau — Sources de financement

Sources de financement	Exemples
Autofinancement	<ul style="list-style-type: none"> • Quote-part des membres (membership) • Cotisation annuelle des membres • Vente de produits et services
Financement gouvernemental	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) • Ministère de l'économie et de l'innovation (MEI) • Centre intégré universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) • Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) • Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS)
Réseau de l'économie sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds du Réseau d'investissement social du Québec (RISQ) • Fonds de développement de l'économie sociale (FDÉS / PME MTL) • Coopérative de développement régional du Québec (CDRQ)

²¹ Pour des formulations classiques du problème de la cooptation des parties constituantes par les élites organisationnelles, voir Kotter et Schlesinger (1979) et Selznick (1949).

²² Nous remercions Manuel Peñafiel, organisateur communautaire au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; François Bergeron, directeur général de la CDC Centre-Sud; et Raisso Sougal, attachée politique au bureau de la députée Manon Massé dans la provinciale de la circonscription de Sainte-Marie-Saint-Jacques pour les informations présentées dans cette section.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds Essor et Coopération (CDRQ / Desjardins) • Fédération des coopératives de santé du Québec (FQCS) • Chantier de l'économie sociale
Fondations privées	<ul style="list-style-type: none"> • Mission inclusion (L'œuvre Léger) • Fondation Marcelle et Jean Coutu • Centraide • Fondation J.A. Desève • La Fondation J. Armand Bombardier • La fondation de la famille J.W. McConnell • Fondation Béati
Ressources non-monétisées	<ul style="list-style-type: none"> • Échange de services (timebanking) • Volontariat • Groupes d'entraide • Infrastructures de partage et mise en commun²³

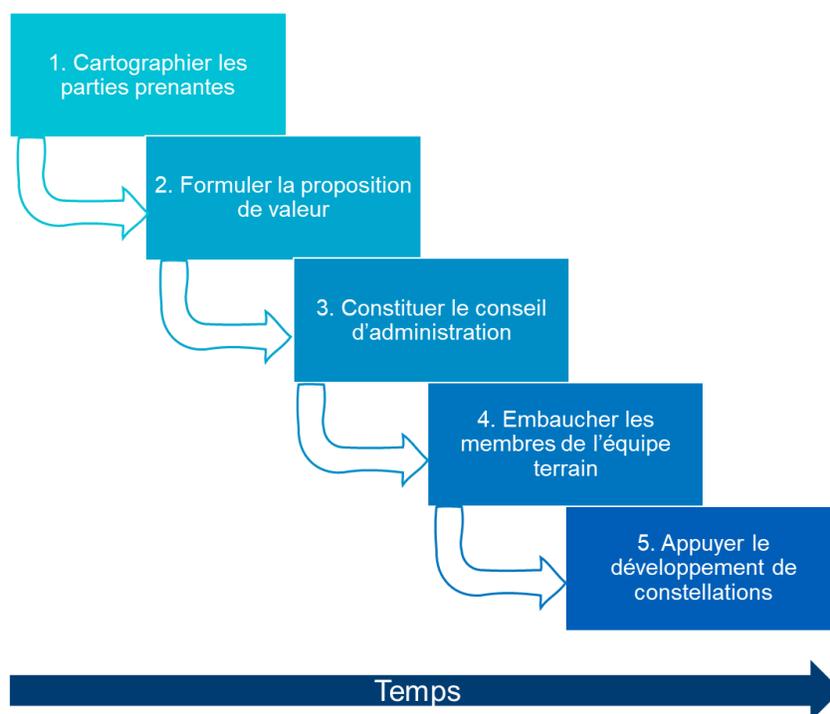
« Les sources de financement à développer dépendront du type d'organisation et de gouvernance que nous mettrons en œuvre. Par exemple, les fondations philanthropiques ont tendance à financer les organismes de bienfaisance enregistrés. La mission aussi détermine les cibles. Une mission santé et services sociaux nous donne accès au PSOC [Programme de soutien aux organismes communautaire] après un certain temps. Tous les processus prennent du temps et il faut les préparer longuement. »

²³ Pour une discussion appliquée sur les principes de l'autogestion, écouter l'épisode « Comment fabriquer ses choses par soi-même » de la baladodiffusion du Manuel pour changer le monde (<http://innovationsocialeusp.ca/balado/comment-fabriquer-ses-choses-par-soi-meme-4-5-i-manuel-pour-changer-le-monde?comment-fabriquer-ses-choses-par-soi-meme-4-5-i-manuel-pour-changer-le-monde>). Des exemples d'infrastructures de partage et mise en commun y sont discutés, dont La remise, bibliothèque d'outils à Montréal (<https://laremise.ca/>) et l'espace Imagine à la bibliothèque publique d'Ottawa (<https://bibliottawalibrary.ca/fr/imagine-space-and-labs>).

4. MISE EN ŒUVRE

Voici un plan composé de cinq actions prioritaires à entreprendre en ordre chronologique pour mettre en œuvre le contenu du présent rapport. Le diagramme de Gantt présenté ci-dessous illustre la mise en œuvre temporelle du plan d'action proposé.

Diagramme — Chronologie de la mise en oeuvre



4.1 — CARTOGRAPHIER LES PARTIES PRENANTES

Avoir en main la cartographie des parties prenantes en cours dans l'axe 1 sera essentiel pour mettre en œuvre efficacement le plan d'action proposé ici. Cette cartographie permettra de clarifier les rôles, responsabilités et relations entre les formes organisationnelles. Mettre en œuvre une stratégie de gouvernance et de financement avant d'avoir en main la cartographie des parties prenantes revient à piloter dans le brouillard. La cartographie des parties prenantes est donc un préalable à la mise en œuvre du plan d'action. Le plan d'action devra être réévalué et ajusté en fonction des attentes respectives des parties prenantes cartographiées.

« La cartographie des parties prenantes va permettre de mieux comprendre comment les organismes de la communauté se positionnent, qu'elles sont leurs attentes et leurs besoins. On va ajouter encore plus d'organisations avec des cultures différentes à venir contribuer. Il faut qu'on ait un modèle organisationnel qui structure un noyau de base. »

4.2 — FORMULER LA PROPOSITION DE VALEUR

La proposition de valeur représente la réponse de Communauté soignante aux attentes de chacune de ses parties prenantes que sont les clients, les bénéficiaires et les partenaires.²⁴ La proposition de valeur est un élément clé du plan d'affaires qui explique comment l'ensemble des activités de Communauté soignante sera organisé pour répondre aux attentes particulières de ses différentes parties prenantes tout en demeurant fidèle à sa mission, sa vision et ses valeurs. La proposition de valeur est directement reliée à l'approche de financement puisque la réponse de Communauté soignante aux attentes de ses clients, bénéficiaires et partenaires détermine en bonne partie les sources de financement qui lui seront accessibles (autofinancement, subventions, dons philanthropiques, etc.). Il s'agit d'une démarche d'analyse appliquée d'une grande importance stratégique pour l'avenir et qui pourrait bénéficier de l'accompagnement d'un organisme établi ayant un savoir-faire particulier à ce niveau.

« Amorcer la réflexion en amont sur le modèle d'affaires pourrait faciliter la suite de la démarche. On détermine pour qui on crée de la valeur, comment, avec qui et ça oriente notre stratégie de gouvernance et de financement, y compris notre modèle juridique. La stratégie, l'offre de services, et le modèle de financement en découlent. »

4.3 — CONSTITUER LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Lorsque Communauté soignante aura complété la cartographie de ses parties prenantes et qu'elle aura une idée plus claire de la proposition de valeur, la prochaine action prioritaire sera de fonder un conseil d'administration de démarrage qui représentera de manière équilibrée ses fournisseurs-utilisateurs de services, ses principaux ancrages institutionnels et communautaires et ses bailleurs de fonds. Pour être fidèle aux valeurs que l'organisation s'est données, dont l'inclusion, la collaboration et la participation sociale, il sera important de mettre en place des mécanismes de prise de décision assurant la démocratie participative. L'un des premiers objectifs du conseil d'administration sera de mobiliser des ressources initiales qui permettront de financer l'enregistrement légal d'une organisation indépendante et l'embauche des membres de l'équipe terrain.

« Beaucoup d'organisations qui se donnent un siège citoyen sur le conseil d'administration n'ont aucun processus pour s'assurer que le citoyen qui est présent soit représentatif des citoyens, à moins qu'il y ait un collège électoral en dessous, qu'il y ait une stratégie pour aller le chercher. Souvent, dans les organisations, on se retrouve avec des sièges citoyens qui sont des cautions morales. Ça, c'est un enjeu de représentativité dans le choix des membres du conseil d'administration. »

²⁴ Voir l'entrevue avec Pascal Grenier de l'Esplanade sur l'importance de rendre explicite le modèle d'affaire. La capsule vidéo est disponible sur demande. Un outil recommandé pour ce travail est le Business Model Canvas, disponible ici : <https://www.businessmodelsinc.com/about-bmi/tools/business-model-canvas/>.

4.4 — EMBAUCHER LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE TERRAIN

Former l'équipe terrain qui sera chargée de déployer au quotidien les orientations stratégiques définies par le conseil d'administration. Cela implique la mobilisation des ressources, l'enregistrement d'un OBNL et l'embauche de deux employés pour l'administration et la collecte de fonds. Bien qu'elle relève formellement du conseil d'administration, l'équipe terrain ne fait pas qu'appliquer les demandes celui-ci. Le personnel restreint embauché par Communauté soignante pour former l'équipe terrain disposera d'une marge de manœuvre substantielle dans la mise en œuvre des orientations stratégiques et d'un pouvoir d'influence important sur le conseil d'administration qui les détermine. L'équipe terrain suggère des orientations stratégiques que le conseil d'administration entérine. L'équipe terrain exercera une grande influence en mobilisant les parties prenantes pour former des constellations; puis en appuyant le développement de ces constellations par l'allocation de ressources en appui à leur développement et par la coordination des activités entre les constellations. L'équipe terrain assurera aussi un suivi évaluatif des activités entreprises par les constellations et des résultats qu'elles génèrent pour valider leur contribution à la réalisation de la vision que se donne Communauté soignante.

« L'une des premières étapes serait de faire un portrait de leurs rôles, responsabilités et des profils recherchés. Compte tenu de la brigade légère que constitue l'équipe terrain proposée, je vois l'importance de mettre les conditions en place pour que l'implication du C.A. demeure raisonnable, surtout si on prévoit des actions de plaidoyer. »

4.5 — SUPPORTER LE DÉVELOPPEMENT DE CONSTELLATIONS

Supporter le développement d'un écosystème de constellations permettra d'agir sur différents enjeux alignés avec la mission, la vision et les valeurs de Communauté soignante. L'organisation par constellations permet d'utiliser l'autogestion pour étendre l'impact social en maintenant une structure formelle légère et adaptable. Les parties prenantes pourront former ensemble des constellations qui répondront à des besoins distincts et interreliés de manière à faire avancer l'organisation vers la réalisation de la vision stratégique. L'équipe terrain appuiera le développement des constellations en allouant des ressources en appui à leur développement et en coordonnant les activités des constellations entre elles. Une constellation dont les activités se poursuivront dans le temps pourra en venir à formaliser ses activités en s'enregistrant légalement comme organisation indépendante.

« On est dans la volonté de changer le rôle des patients dans leur communauté. Si le besoin trouve des échos dans une communauté, des partenaires qui trouvent qu'il faut absolument y répondre, le financement, il va venir. On fera une OBNL et ensuite on formera des coalitions avec des contributions qui viendront des différents partenaires en fonction des besoins identifiés. »

5. CONCLUSION

Dans ce rapport, nous avons offert une boîte à outils conceptuels accompagnée d'un ensemble de propositions concrètes. Ce matériel vise à guider Communauté soignante dans le travail collectif qui permettra à ses parties prenantes de mettre en œuvre la mission et de réaliser pleinement la vision qui les mobilise.

Pour assurer la mise en œuvre de ces propositions au cours des années à venir, nous avons suggéré un plan d'action constitué des cinq actions prioritaires à déployer en ordre chronologique. Nous croyons que la mise en œuvre de ce plan d'action favorisera un développement organisationnel permettant à Communauté soignante de livrer l'impact social qu'il promet.

Les outils, les propositions, et le plan d'action que nous vous avons présenté ici visent à fournir un appui à la réflexion stratégique dans le but de guider l'action collective. Toutefois, le contenu de ce rapport n'est aucunement contraignant. Nous souhaitons que les parties prenantes impliquées s'approprient ces outils, ces propositions et ce plan d'action en les adaptant à leur image et en les adaptant à leur réalité. Il n'y a pas de recette unique pour réussir l'approche de gouvernance et la stratégie de financement d'une organisation d'innovation sociale. Il s'agit d'un parcours en constante évolution, qui sera façonné à toutes les étapes par la négociation et l'expérimentation.

Nous souhaitons de tout cœur que le contenu de ce rapport soit utile aux parties prenantes impliquées dans le développement organisationnel de Communauté soignante. Nous serons heureux de poursuivre la collaboration pour assurer ensemble la réalisation du potentiel transformationnel de Communauté soignante.

BIBLIOGRAPHIE

- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224.
- Barlow, J. (2016). *Board governance models: A comprehensive list*. Tiré de BoardEffect: <https://www.boardeffect.com/blog/board-governance-models-a-comprehensive-list/>
- Boivin, A., Dumez, V., Fancott, C., & L'Espérance, A. (2018). Growing a healthy ecosystem for patient and citizen partnerships. *Healthcare Quarterly*, 21(SP), 73-82.
- Canfield, C. (2018). The capacity for patient engagement: What patient experiences tell us about what's ahead. *Healthcare Quarterly*, 21(Special Issue), 68-72.
- Emerson, R. M. (1962). Power-dependence relations. *American Sociological Review*, 27, 31-41.
- Engage. (2020). *Une transformation sociale pour une équité en recherche*. Retrieved June 8, 2020, from <https://www.engageplus.org/fr/>
- Epstein, S. (2009). *Inclusion: The politics of difference in medical research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fleming, P., & Spicer, A. (2014). Power in management and organization science. *Academy of Management Annals*, 8(1), 237-298.
- Glasby, J., & Beresford, P. (2006). Who knows best? Evidence-based practice and the service user contribution. *Critical Social Policy*, 26(1), 268-284.
- Hardy, C., & Phillips, N. (1998). Strategies of engagement: Lessons from the critical examination of collaboration and conflict in an interorganizational domain. *Organization Science*, 9, 217-230.
- Kotter, J. P., & Schlesinger, L. A. (1979). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, March-April, 106-114.
- L'Ilot. (2019). Vers un modèle de gestion en pouvoir partagé: L'expérience de Pour 3 Points. Tiré de https://cac59954-2d67-4347-8b27-003cd69b1fa5.filesusr.com/ugd/f94404_60ce1838baa54adc973e76d3b60232a7.pdf
- Martineau, J. T., Minyaoui, A., & Boivin, A. (2020). Partnering with patients in healthcare research: A scoping review of ethical issues, challenges, and recommendations for practice. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 1-20.
- MEI. (2020). *Ministère de l'Économie et de l'Innovation du Québec*. Tiré de Mission-vision-valeurs : un trio indispensable: <https://www.economie.gouv.qc.ca/bibliotheques/outils/gestion-dune-entreprise/administration-et-management/mission-vision-valeurs-un-trio-indispensable/#:~:text=Les%20valeurs%20sont%20un%20ensemble,constituent%20les%20fa%C3%A7ons%20d'%C3%AAtre>.
- Moore, M.-L., Riddell, D., & Vocisano, D. (2015). Scaling out, scaling up, scaling deep: Strategies of non-profits in advancing systemic social innovation. *The Journal of Corporate Citizenship*, 58(June).

- Ochocka, J., Janzen, R., & Nelson, G. (2002). Sharing power and knowledge. Professional and mental health consumer/survivor researchers working together in a participatory action research project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 379-387.
- Oh, H., Labianca, G., & Chung, M.-H. (2006). A multilevel model of group social capital. *Academy of Management Review*, 31(3), 569-582.
- Parker, M., Cheney, G., Fournier, V., & Land, C. (2014). The question of organization: A manifesto for alternatives. *Ephemera*, 14(4), 621-636.
- Perras, C. P., & Normandin, J.-M. (2019). *Mesurer le capital social: Guide destiné aux organisations*. Tiré de Cité-ID LivingLab: <http://cite-id.com/documents/atelier-mesurer-le-capital-social-guide-destin%C3%A9-aux-organisations/Guide-de-mesure-du-capital-social.pdf>
- Pick, F. (2017). *Cut the bullshit: Organizations with no hierarchy don't exist*. Tiré de Medium: <https://medium.com/ouishare-connecting-the-collaborative-economy/cut-the-bullshit-organizations-with-no-hierarchy-dont-exist-f0a845e73a80>
- Selznick, P. (1949). *TVA and the grass roots: A study in the sociology of formal organization* (2015 ed.). Berkeley: University of California Press.
- Surman, T. (2006). *Constellation collaboration: A model for multi-organizational partnership*. Toronto: Centre for Social Innovation.
- Van Puyvelde, S., Caers, R., Du Bois, C., & Jegers, M. (2012). The Governance of nonprofit organizations: Integrating agency theory with stakeholder and stewardship theories. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41(3), 431-451.
- Weidman, J., Konishi, M., Gonin, F., & Agassiz, I. (2019). Partage de pouvoir dans les organisations: Effet de mode ou véritable solution? *Gestion*. Tiré de <https://www.revuegestion.ca/partage-pouvoir-dans-organisations-effet-mode-ou-veritable-solution>
- Young, I. M. (2000). *Inclusion and democracy*. New York: Oxford University Press.