

Université de Montréal

Les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français : une étude qualitative
sur la gouvernance clinique

Par
Sarah WADY

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de
Maître ès Sciences (M.Sc.) en sciences infirmières
Option : administration des services infirmiers

Novembre 2020

© WADY Sarah, 2020

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français : une étude qualitative
sur la gouvernance clinique

Présenté par :

Sarah Wady

Évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Arnaud Duhoux
Président du jury

José Côté
Membre du jury

Isabelle Brault
Directrice de recherche

Sébastien Colson
Co-directeur de recherche

Résumé

Contexte : La gouvernance clinique s'inscrit dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé. L'exercice de la gouvernance clinique s'actualise par deux types de pratiques, les pratiques stratégiques et les pratiques managériales. En France, le cadre de santé contribue à l'amélioration de la qualité des soins. **But :** Le but de cette étude est d'explorer les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé associées à la gouvernance clinique. **Méthode :** Un devis qualitatif descriptif a été utilisé pour explorer les pratiques stratégiques et managériales des cadres de santé, et leurs liens avec le modèle de gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008). En juin 2019, six entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de cadres de santé d'un Centre Hospitalier Universitaire français. Une analyse qualitative avec une codification horizontale fut menée afin d'explorer les pratiques stratégiques et les pratiques managériales de chaque cadre de santé participant à l'étude. **Résultats :** Les résultats de l'étude font ressortir trois constats. Dans un premier temps, les pratiques stratégiques similaires avec la gouvernance clinique, exercées par le cadre de santé sont les pratiques d'innovation, de culture de la qualité, de formation, de gestion des risques et de développement des connaissances. Dans un second temps les pratiques managériales similaires avec la gouvernance clinique, exercées par le cadre de santé sont les pratiques de gestion des ressources, de leadership, de communication, de responsabilisation, et de mobilisation des équipes multidisciplinaires. Dans un troisième temps, ces deux types de pratiques de gouvernance clinique sont conditionnées par des leviers de gouvernance clinique. **Discussion et conclusion :** Au regard des résultats de cette étude exploratoire, les pratiques stratégiques et managériales des cadres de santé interrogés présentent des similarités et des divergences avec les pratiques de gouvernance clinique. L'exploration des pratiques de gouvernance clinique a permis de clarifier certains éléments du rôle du cadre de santé français ; tels que ses pratiques stratégiques et ses pratiques managériales, ainsi que son rôle de gouvernance clinique. En conclusion, cette étude permet l'ouverture de potentielles futures recherches sur la gouvernance des cadres de santé français, ou sur la gouvernance clinique d'un établissement hospitalier, avec un nombre de participants plus significatif. Ces recherches peuvent contribuer à éclairer le rôle des cadres de proximité dans l'amélioration de la qualité de soins et des services.

Mots-clefs : Cadre de santé, gouvernance clinique, pratiques stratégiques, pratiques managériales

Abstract

Introduction: Clinical governance is part of the process of improving the quality of care and health services. The exercise of clinical governance is updated by two types of practices, strategic practices and managerial practices. In France, health manager contributes to improving quality of care. **Objectives:** The purpose of this study is to explore strategic practices and managerial practices of the French health manager, related to clinical governance by Pomey, Denis and Contandriopoulos (2008). **Methodology:** A qualitative and descriptive quote has been used to explore strategic practices and managerial practices of health manager, and their link to the clinical governance of Pomey and al. (2008). In June 2019, six semi-structured interviews were conducted alongside health manager of a French University affiliated Hospital. A qualitative analysis with a horizontal codification was held in order to explore strategic practices and managerial practices of each health manager participating to the research. **Results:** Results of this study underscore three substantial observations. First, strategic practices similar with clinical governance and managerial practices driven by health manager are innovating practices, quality culture, background, risk assessment, and knowledge improvement. Second, managerial practices driven by health manager are funds management, leadership, communication, responsibility, and teamwork. Thirdly, these two practices of clinical governance are conditioned by clinical governance's levers. **Discussion and conclusion:** Results of this study lay the foundation of a new research field in proximal clinical governance and its impact on the improvement of quality and safety in health care. The exploration of clinical governance practices can contribute to highlight the role of French health manager, as his strategic and managerial practices, and his role in clinical governance. and Proximal clinical governance is, in France, represented by health manager. In conclusion, this study opens prospective research about health manager's governance, or about clinical governance of a hospital. This study can shed light on the role of health manager in improving quality of care and services.

Keywords: Health manager, clinical governance, strategic practices, managerial practices

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Liste des figures	v
Liste des tableaux	vi
Liste des sigles et abréviations	vii
Remerciements	ix
Introduction	x
Chapitre I : Problématique	1
Problème de recherche.....	2
But de l'étude.....	5
Question de recherche.....	5
Chapitre II : Recension des écrits	6
Stratégie de recherche.....	7
Bases conceptuelles du modèle de gouvernance clinique	8
Historique sur la gouvernance clinique	8
Définitions de la gouvernance clinique.....	10
Fondements théoriques de la gouvernance clinique.....	11
Le modèle de gouvernance clinique dans les organisations de santé	16
La qualité des soins et des services dans les organisations de santé.....	16
La synergie entre le système de gestion et le système clinique.....	18
Les leviers au développement d'une gouvernance clinique dans les organisations de santé.....	20
Expériences d'implantation d'une gouvernance clinique dans les organisations de santé	22
Le cadre de santé français dans les organisations	26
Présentation du cadre de santé français	26
La fonction du cadre de santé face aux mutations managériales.....	30
Le rôle pivot du cadre de santé français au sein des organisations de soins.....	31
Cadre conceptuel de référence	34
Chapitre III : Méthode	38
Devis de l'étude.....	39
Milieu de l'étude	39
Échantillonnage et recrutement.....	40
Collecte de données	41
Le recueil des données sociodémographiques	42
Le journal de bord	43
Analyse des données.....	44
Critères de rigueur scientifique	45
Crédibilité.....	46
Confirmabilité.....	46
Transférabilité	46

Chapitre 4. Résultats.....	48
4.1 Article de résultats de l'étude.....	48
Article.....	49
Résumé	50
Abstract.....	50
Introduction.....	51
Contexte	53
Cadre conceptuel de référence.....	54
Méthode.....	56
Résultats.....	58
Les pratiques stratégiques de gouvernance clinique du cadre de santé	58
Les pratiques managériales de gouvernance du cadre de santé.....	62
Les leviers organisationnels de gouvernance clinique du cadre de santé	67
Discussion	70
Conclusion.....	72
Déclaration de conflits d'intérêt	73
Références	74
Chapitre 5. Discussions	77
Résumé de la discussion de l'article	77
Limites et forces de l'étude.....	79
Retombées / Implication pour la recherche.....	80
Recommandations.....	80
Conclusion	82
Références.....	1
Appendice A : Présentation de l'étude.....	i
Appendice B : Formulaire d'information et de consentement	iii
Appendice C : Questionnaire sociodémographique	ix
Appendice D : Demande d'autorisation des directions de soins	xi
Appendice E : Guide d'entrevue semi-dirigé.....	xiii
Appendice F : Certificat d'approbation éthique	xv
Appendice G : Instructions aux auteurs	xviii
Appendice H : Livre de code.....	xxiii

Liste des figures

Figure 1 :Matrice de gouvernance clinique (Pearson, 2017).....	14
Figure 2: Modèle intégrateur de la gouvernance clinique dans les établissements de santé (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008)	35
Figure 3 : Schématisation du processus d'analyse qualitatif	45
Figure 4: L'exercice de la gouvernance clinique par le cadre de santé français	70

Liste des tableaux

Tableau 1: Activités du Cadre de santé	27
Tableau 2: Compétences du cadre de santé	28
Tableau 3: Connaissances requises	29

Liste des sigles et abréviations

APHM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Cds : Cadre de santé

CERSES : Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DCS : Diplôme de Cadre de Santé

EC : Etudiante chercheuse

ES : Etablissement de Santé

GC : Gouvernance Clinique

GE : Gouvernance d'Ensemble

GCP : Gouvernance Clinique de Proximité

HAS : Haute Autorité de Santé

IDGC : Index de Développement de Gouvernance Clinique

MSS : Ministère de la Santé et des Solidarités

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

*« La croyance que rien ne change provient soit d'une mauvaise vue,
Soit d'une mauvaise foi.
La première se corrige, la seconde se combat. »*

-Friedrich Nietzsche-

*“Tout ce que je sais c'est que je ne sais rien, tandis que les autres croient savoir ce qu'ils
ne savent pas.”*

-Socrate -

Remerciements

La rédaction de ce mémoire a impliqué une multitude de sacrifices, d'angoisses et d'incertitudes. C'est la raison pour laquelle je tiens à remercier tous ceux qui m'ont soutenue tout au long de cette enivrante aventure.

Tout d'abord, ce projet ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui sans l'accompagnement de mes deux directeurs de recherche, Isabelle Brault et Sébastien Colson. Je les remercie pour leur soutien et pour leurs précieux conseils à chaque étape de cette étude. Merci pour votre disponibilité et merci d'avoir partagé avec moi vos expertises.

Je tiens également à remercier tous les membres du jury pour leurs précieux conseils, et pour leur bienveillance à mon égard.

Par la suite, je tiens également à remercier mes parents, de m'avoir toujours poussé à dépasser mes limites, et sans qui ce projet de Maîtrise n'aurait jamais vu le jour. Mon père, pour qui la volonté est une question de pouvoir, et le pouvoir une question de devoir. Ma mère, qui me procura toute la force nécessaire à la conclusion de ce projet.

Je partage donc ce projet avec toutes les personnes ci-dessus, merci à tous !

Introduction

La présente étude s'intéresse aux pratiques stratégiques et aux pratiques managériales du cadre de santé français, ainsi que leurs similitudes et leurs divergences avec la gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008). Cette étude qualitative permet d'initier la recherche sur la gouvernance des cadres de santé dans le système de santé français. En effet, le cadre de santé exerce à l'interface de la sphère clinique et de la sphère de gestion d'un établissement de santé. Véritable médiateur des dynamiques de gouvernance, son rôle est central au sein de l'organisation.

Dans le premier chapitre, nous présentons la problématique portant sur le lien entre les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé et les pratiques de gouvernance clinique. Ce chapitre fait aussi un état des lieux du contexte de la gouvernance clinique à l'heure actuelle.

Le second chapitre consiste en une recension des écrits récents sur la gouvernance clinique ainsi que sur la position du cadre de santé au sein du système français actuel. Ce chapitre présente une définition de la gouvernance clinique ainsi que ses différentes conceptualisations et mises en pratique dans le monde. À la suite de cela, la fonction de cadre de santé est définie, ainsi que son positionnement exposé au travers des différents écrits français de gestion. Finalement, le modèle conceptuel de la gouvernance clinique de Pomey et al. (2008), ayant servi d'assise à l'ensemble du projet, est présenté.

Le troisième chapitre décrit l'approche méthodologique utilisée dans cette étude. Ce chapitre expose le devis de recherche, le milieu de l'étude et l'échantillon. Il est également présenté dans cette partie ; les considérations éthiques, la méthode de collecte, de gestion et d'analyse des données, et finalement, tout ce qui concerne les critères scientifiques qui ont délimité cette étude.

Le quatrième chapitre, présenté sous la forme d'un article scientifique présente les résultats obtenus au cours de ce projet de recherche, exposé sous forme de thèmes principaux. Une discussion de ces résultats est aussi réalisée, en lien avec la littérature. Une présentation des limites et des forces de l'étude, ainsi qu'une exposition de certaines recommandations et

retombées pour la recherche en sciences infirmière, et plus particulièrement en administration des services de santé, constitue la dernière partie du chapitre.

Chapitre I : Problématique

Problème de recherche

La qualité des soins est au centre des objectifs des organisations de santé. En 1983, une initiative internationale de coordination des activités d'amélioration de la qualité des soins a été lancée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (Flynn, Burgess et Crowley, 2015). Cette initiative de l'OMS a déclenché un mouvement international de projets d'amélioration de la qualité des soins. Selon l'OMS, l'amélioration de la qualité des soins est une approche assurant au patient, un continuum d'actes diagnostiques et thérapeutiques afin d'offrir le meilleur résultat possible pour la santé, en limitant les risques et les coûts, pour que le parcours de soin du patient soit positif (Organisation mondiale de la Santé, 2017). L'amélioration de la qualité des soins est également au cœur des objectifs des établissements de santé français (HAS [Haute Autorité de santé], 2018).

En réponse aux initiatives depuis 1983 portant sur l'amélioration de la qualité des soins, le concept de gouvernance clinique fut adopté par des organisations de santé, principalement dans des pays anglo-saxon (Pearson, 2017). La gouvernance clinique se définit comme un modèle d'amélioration de la qualité des soins, dont l'objectif est de garantir une offre de soin de qualité en rendant responsable les professionnels de santé envers la qualité des soins (Phillips, Pearce, Hall, Travaglia et al., 2010). Le modèle de gouvernance clinique a pour objectif de rechercher l'efficacité et l'excellence dans le domaine de la santé, en responsabilisant les cadres de santé et les cliniciens à travailler ensemble à l'amélioration de la qualité des soins (Mirebeau, 2010). L'amélioration de la qualité des soins et des services est le pilier fondateur de la gouvernance clinique (Mintzberg, Ahlstrand et Lampel, 1998 ; Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). En effet, les organisations de santé sont tenues d'offrir des soins de qualité et sécuritaires pour le patient (Pearson, 2017). Pour ce faire, les professionnels sont amenés à travailler en collectivité, en synergie selon le concept de gouvernance clinique (Pearson, 2017). L'implication des professionnels dans la démarche qualité de l'organisation favorise l'exercice de la gouvernance clinique (Phillips et al., 2010).

Le modèle de gouvernance clinique (GC) retenu dans cette étude est le modèle d'intégration de la gouvernance clinique dans les établissements de santé, de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008). Dans ce modèle, l'exercice de la GC s'actualise par deux types de

pratiques, les pratiques stratégiques et les pratiques managériales. Pomey et al. (2008) définissent les pratiques de gouvernance comme étant un regroupement de moyens et d'outils mobilisés par les acteurs (ici les gestionnaires de proximité) de l'établissement de santé (ES) dont l'objectif est d'améliorer son fonctionnement. Les pratiques de gouvernance stratégiques concernent l'ensemble des pratiques qui vont permettre aux gestionnaires et aux cliniciens de s'adapter à l'environnement tout en restant cohérent face aux valeurs de l'ES (Mintzberg, Ahlstrand et Lampel, 1998 ; Pomey et al., 2008). Les pratiques de gouvernance managériales, quant à elles, concernent la mise en place des orientations stratégiques sur le terrain (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008 ; Sicotte et al., 1998). Elles visent à favoriser l'optimisation des ressources ainsi que l'intégration des soins et des services. Les pratiques stratégiques et managériales permettent de donner une finalité clinique aux dispositifs de gestion, et donnent également un sens aux actions cliniques au sein de l'organisation (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Ces pratiques rassemblent les interventions réalisées par les gestionnaires et les cliniciens pour assurer la qualité des soins et des services de santé (Brault, Roy et Denis, 2008).

En somme, le modèle de gouvernance clinique se situe à une zone de jonction du système de gestion et du système clinique, où plusieurs pratiques peuvent être mises en place pour améliorer la qualité des soins (Mirebeau, 2010 ; Gauld, 2013 ; Brault, Roy et Denis, 2008). L'exercice de la gouvernance clinique est possible si une synergie entre le système de gestion et le système clinique existe (Brault, Roy et Denis, 2008 ; Vanu Som, 2004 ; Shortell et Walsh, 2004).

Dans cette zone, nous retrouvons le cadre de santé dans l'exercice de ses pratiques de gouvernance stratégiques et managériales. Le cadre de santé se définit comme un professionnel paramédical ayant pour fonction la gestion, la coordination et la formation d'une équipe de professionnels de santé (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2016). Cependant, le cadre de santé n'est pas encore présenté dans les écrits comme un acteur de la gouvernance clinique (Cleary et Duke, 2017). Le cadre de santé français fait le lien entre le système de gestion et le système clinique grâce à sa gestion de proximité (Mirebeau, 2010). Cette synergie est parfois rendue difficile en raison de la séparation entre ces deux systèmes où la gestion a longtemps eu une emprise hiérarchique sur la clinique. Lorsque les cadres de santé ne semblent pas impliquer les cliniciens à la prise de décision, ces derniers éprouvent des difficultés à s'engager dans une gouvernance clinique (Gauld, 2013). De plus, le dialogue entre gestionnaires et cliniciens est

parfois difficile en raison du manque de communication entre les deux professionnels (Mirebeau, 2010). Les gestionnaires sont souvent perçus comme extérieurs au système clinique et à ses problématiques.

Les écrits soulignent le fait que le cadre de santé contribue à la démarche qualité de l'établissement de santé (Lee et Cummings, 2008). Il véhicule la culture qualité, et agit à titre de leader pour son équipe (McCallin et Frankson, 2010). Selon McCallin et Frankson (2010), le cadre de santé détient une responsabilité envers la gestion de la qualité et la sécurité des soins. Ainsi, l'exploration des pratiques du cadre de santé permettrait d'établir un lien avec la gouvernance clinique (Gauld, 2013 ; Pearson, 2017).

En effet, la littérature actuelle ne montre pas de lien entre la gouvernance clinique et le cadre de santé (Pascal, 2008 ; Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Le concept de gouvernance clinique, en tant que tel, est peu présent dans les établissements de santé en France. Cependant, la réforme Hôpital engagée par l'État français en 2007 a initié une nouvelle gouvernance par pôle d'activité médicale, qui ressemble au concept de gouvernance clinique. Cette réforme hospitalière entraîne une réorganisation des responsabilités de l'établissement de santé, notamment avec la volonté de redistribuer la prise de décision aux acteurs de proximité. Dans les acteurs de proximité, nous retrouvons le cadre de santé. Cette réforme induit un changement important concernant les pratiques du cadre de santé français (Robelet, 2008). En effet, les pratiques du cadre de santé s'inscrivent davantage dans une gestion de proximité au niveau des services de santé. Le cadre de santé a notamment la responsabilité de déployer les initiatives de qualité des soins au sein de son service (Robelet, 2008). Cette nouvelle gouvernance semble faire écho au concept de gouvernance clinique ; tel que conceptualisé par Pomey (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008).

Cette étude exploratoire étudie les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français, dans le domaine de l'administration des services infirmiers. Selon les pratiques en place, l'analyse permet de voir dans quelle mesure ces pratiques s'apparentent à la gouvernance clinique, et ainsi contribuer à enrichir les connaissances infirmières dans le domaine de la gestion. La littérature en sciences infirmières fait état de très peu d'écrits relatifs à l'exercice de la gouvernance clinique par les cadres de santé (Feroni, 2018 ; Cummings et al., 2008). Notre étude a pour enjeu d'explorer le lien entre le modèle de gouvernance clinique et les pratiques du cadre de santé français. En mettant l'accent sur le cadre de santé, cette recherche contribue à identifier son rôle de gouvernance clinique au sein des établissements de santé. Elle

fournit ainsi des indications sur les différentes pratiques de gouvernance clinique que le cadre de santé exerce de manière implicite ou explicite. Il en ressort des similarités ou des divergences de pratique, permettant d'orienter des recherches futures.

But de l'étude

Le but de cette étude est d'explorer les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français, associées à la gouvernance clinique.

Question de recherche

Quelles sont les pratiques stratégiques et managériales mobilisées par le cadre de santé français ? Quels sont les liens entre les pratiques managériales et stratégiques du cadre de santé français avec la gouvernance clinique ?

Chapitre II : Recension des écrits

Stratégie de recherche

Les articles recensés ont fait l'objet d'une analyse rigoureuse de leur pertinence et de leur qualité dans le cadre de ce mémoire. La recherche documentaire fut axée sur les mots clefs suivant : « clinical governance » ; « health administration » ; « health management » ; « qualité des soins ». Au total, 53 articles furent sélectionnés à la suite de l'analyse de leur résumé. Dans un premier temps, les bases de données suivantes Cinahl, Medline, Embase et Pubmed furent explorées, à partir du réseau « proxy » de la bibliothèque paramédicale de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Cependant, seulement vingt articles sont ressortis de ces bases de données. Au regard de ces résultats, la recherche documentaire fut réorientée sur les bases de données Cairn.info, EM Premium et Emeraldinsight. Ces bases de données sont davantage orientées sur le contexte français ainsi que sur le concept de gouvernance clinique (« *Clinical Governance* »). La stratégie de recherche retenue dans ce mémoire fut une revue de la littérature inversée sur le concept de gouvernance clinique où le point de départ de la recherche documentaire est la bibliographie des articles les plus pertinents. La date de publication des articles recensés s'inscrit dans un intervalle allant de 2008 à 2019. La répartition temporelle des publications sur la gouvernance clinique est principalement dense de 1990 à 2008. Or depuis 2008, les articles sont moins nombreux. Nous avons donc choisi d'orienter la recherche documentaire sur les publications allant de 2008 à 2019 afin d'explorer ce qu'est devenu la Gouvernance clinique depuis 2008. Cette stratégie de recherche est une décision de l'ensemble de l'équipe de recherche. Le but est de recenser les articles les plus récents sur la gouvernance clinique afin d'explorer la vision actuelle du modèle.

La recension des écrits est organisée en quatre thèmes. La première partie est axée autour de la gouvernance clinique. Nous explorons ici l'historique de ce concept, nous mettons en lumière les principales définitions du concept, puis nous exposons les bases théoriques du concept de gouvernance clinique.

La seconde partie porte sur la gouvernance clinique dans les organisations de santé. Cette partie traite dans un premier temps de la gouvernance clinique dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins, sur la synergie entre le système de gestion et le système clinique, et sur les leviers à l'implantation d'une gouvernance clinique. Puis nous documentons le développement d'une gouvernance clinique dans des organisations de santé.

La troisième section de la recension des écrits documente le rôle et la fonction du cadre de santé français dans les organisations. Cette section débute par une définition du métier de cadre

de santé français. Puis, la place du cadre de santé face aux mutations managériales sera explorée. En fin de section, nous documentons le rôle pivot du cadre de santé français.

La quatrième partie présente le cadre de référence théorique sur la gouvernance clinique de proximité (Pomey et al., 2008), qui sous-tend le phénomène à l'étude.

Bases conceptuelles du modèle de gouvernance clinique

Cette section de la recension des écrits débute par un historique du concept de gouvernance clinique dans la littérature. Par la suite, une définition de la gouvernance clinique est faite. Pour donner suite à la définition, les principales bases théoriques du modèle de gouvernance clinique sont exposées.

Historique sur la gouvernance clinique

La gouvernance clinique fut introduite par le ministère de la santé britannique en 1998, en réponse à des erreurs de diagnostic commis à l'hôpital universitaire Bristol Royal Infirmary de Londres (Brennan et Flynn, 2013). Ces erreurs médicales ont entraîné un taux de mortalité élevé en unité de chirurgie cardiaque pédiatrique. En réponse à cela, le Royaume-Uni a entrepris une réforme majeure des soins de santé axée sur deux critères de qualité : l'excellence et l'efficacité. À cette époque, la gouvernance clinique a été introduite comme un modèle permettant de répondre à ces critères de qualité, et ainsi soutenir la transformation des processus cliniques et organisationnels (Brault, Roy et Denis, 2008 ; Pearson, 2017). L'initiative britannique sur la gouvernance clinique a pour enjeu le développement d'interventions pouvant conduire à l'amélioration de la qualité des soins (Travaglia, Debono, Spigelman et Braithwaite, 2011).

En 2011, Travaglia et al., publient une recension des écrits sur le concept de gouvernance clinique. Cette étude passe en revue les écrits portant sur l'évolution du concept de gouvernance clinique entre les années 1990 et 2009. La recherche documentaire montre un total de près de 2 000 publications liées au concept de gouvernance clinique entre 1998 et 2009. L'ensemble de ces publications furent publiées après 1998. Les auteurs observaient que l'utilisation la plus importante du concept de gouvernance clinique se situe dans la période allant de 1998 à 2009, ce qui justifie la période retenue dans cette étude. En effet, 2,3% des 2 000 publications ont été publiées en 1998. Pour la période allant de 1998 à 2003, la part est

de 59,2% de la totalité des publications sur la gouvernance clinique entre 1998 et 2009, contre 6,3% en 2008. Le plus haut taux de publication sur le concept de gouvernance clinique fut atteint en 2003, avec une part de 12,7%. À partir de 2003, les auteurs observent une diminution des parutions sur le concept de gouvernance clinique. Depuis 2009, les publications sur la gouvernance clinique sont essentiellement des articles décrivant l'utilisation et l'implantation de la gouvernance clinique comme une approche visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients (Gauld et Horsburgh, 2019). La gouvernance clinique a été implantée dans les systèmes de santé Néo-zélandais, Irlandais, Australien, Italien, Iranien et hollandais (Gauld et Horsburgh, 2019 ; Mousavi, Agharahimi, Daryabeigi et al., 2013 ; Birindelli et Panteghini, 2019 ; Cleary et Duke, 2019). Aucun article théorique sur la gouvernance clinique ne semble avoir été publié depuis 2009. Cependant, après avoir fait une brève recension des écrits sur la gouvernance clinique de 2009 à 2019, nous remarquons que la plupart des articles publiés sont des articles qui mettent en avant l'implantation de la gouvernance clinique au sein d'hôpitaux, voir même de système de santé d'un pays

Pour Travaglia et al. (2011), l'alliance entre les données empiriques et les initiatives publiques de la dernière décennie a favorisé l'intégration du concept de gouvernance clinique pour assurer la qualité et la sécurité des soins (Travaglia, Debono, Spigelman et Braithwaite, 2011). Ces données de publications renseignent le lecteur sur l'évolution du concept de gouvernance clinique entre 1998 et 2009, ainsi que sa mobilisation par les organisations de santé. Les résultats de cette étude témoignent du fait que la documentation sur la gouvernance clinique de 1998 à 2003 est initialement orientée vers l'avenir : « une approche nouvelle visant à répondre aux anciens problèmes de sécurité et de qualité des soins » [traduction libre] (Travaglia, Debono, Spigelman et Braithwaite, 2011, p.73). Par la suite, la documentation sur la gouvernance clinique sur la période allant de 2003 à 2009, tend à se complexifier au regard de l'évolution des pratiques et des données scientifiques (Travaglia et al., 2011). Au sein du modèle de gouvernance clinique, les auteurs analysent l'évolution de certaines composantes, telles que : l'audit clinique, la gestion des risques, la gestion du changement et le patient (Travaglia et al., 2011). L'audit clinique a évolué grâce à la création des guides de pratiques cliniques. La gestion des risques a fait évoluer la gestion de la qualité des soins. De plus, la gestion du changement devient un facteur central au sein de la gouvernance clinique (Pomey, Denis et Cantondriopoulos, 2008 ; Travaglia et al., 2011). Entre 1998 et 2009, les publications présentent le patient comme un élément central de la gouvernance clinique (Travaglia et al., 2011).

Définitions de la gouvernance clinique

Le gouvernement britannique définit à l'origine la gouvernance clinique comme un cadre selon lequel les établissements de santé du *National Health Services* (NHS) sont désignés comme étant imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs soins et services, ainsi que de la mise en place de hauts standards de qualité dans une vision de développement de l'excellence clinique (Department of Health, 2001). En effet, la gouvernance clinique vise à assurer une meilleure qualité des soins offerts au patient (Donaldson, 2018). À travers cette définition, la gouvernance clinique induit une responsabilisation des acteurs impliqués envers la démarche d'assurance de la qualité des soins et services (Brault, Roy et Denis, 2008). Pour Brault, Roy et Denis (2008), la gouvernance clinique vise l'amélioration de la qualité des soins et des services. La gouvernance clinique est également un modèle visant à garantir la responsabilité des structures de santé envers l'offre de soins de qualité (Philips, Pearce, Hall, Travaglia et al., 2010).

Afin de favoriser la compréhension de la gouvernance clinique, il est essentiel d'en définir les deux concepts qui la composent, à savoir : le concept de gouvernance et le concept de clinique (Brault, Roy et Denis, 2008). Nous allons définir le concept de gouvernance et celui de clinique qui sous-tend le modèle de gouvernance clinique.

Le concept de gouvernance est perçu comme un mode de gestion adaptable basé sur le partenariat entre l'ensemble des acteurs de l'organisation de santé (Mirebeau, 2010). La gouvernance se définit comme étant « une pratique qui, par diverses initiatives, tente d'influencer l'action collective. Elle s'exerce ici dans un domaine particulier, celui de la clinique et elle vise à coordonner le travail de professionnels autonomes en situation d'interdépendance dans l'exercice de leur responsabilité clinique » (Brault, Roy et Denis, 2008, p.183). Cette vision de la gouvernance s'apparenterait à un mode de gestion plus participatif (Mirebeau, 2010). Dans cette définition, la gouvernance est une affaire de responsabilisation de chaque acteur participant à la réalisation des objectifs de l'organisation. Le concept de gouvernance s'inspirerait de l'action des parties prenantes et influencerait l'action collective (Mirebeau, 2010 ; Brault, Roy et Denis, 2008).

Le concept de clinique renvoie quant à lui à l'ensemble des pratiques découlant du processus de prise en charge du patient et de son entourage (Mirebeau, 2010). Pour Mirebeau (2010), l'adaptation du savoir professionnel aux besoins de la personne est indissociable des

bonnes pratiques. Pour Brault, Roy et Denis : « les pratiques cliniques ont pour assises l'exercice d'un professionnalisme de haut niveau caractérisé par l'exercice d'un jugement responsable et autonome et mobilisant de façon critique et compétente les connaissances cliniques pour permettre aux personnes malades d'avoir accès au cours du temps à des traitements et des soins individualisés et de qualité » (2008, p.170). Les pratiques cliniques devraient être caractérisées par des prestations de haute qualité et sécuritaires dans l'intérêt du patient (Brennan et Flynn, 2013).

Pour une meilleure application de la gouvernance clinique par les acteurs impliqués, le concept doit être expliqué plus clairement, tel qu'évoqué par Brennan et Flynn dans leur article de synthèse (2013). L'incompréhension découle du fait que la gouvernance clinique est à la fois perçue comme un modèle structurel et comme une approche de gestion (Brennan et Flynn, 2013). C'est-à-dire que la gouvernance clinique est un concept vaste qui est utilisé de manière différente. Certains établissements de santé vont voir la gouvernance clinique comme un modèle organisationnel qui va structurer l'établissement. D'autres vont voir la gouvernance clinique comme une forme de gestion visant à améliorer la qualité des soins et des services et renforcer les interactions entre les différents professionnels impliqués, et le patient.

En somme, dans la gouvernance clinique, les acteurs du soin, gestionnaires et cliniciens, sont rendus responsables de la qualité, de la sécurité et du parcours du patient au sein de l'organisation (Flynn, Burgess et Crowley, 2015 ; Gauld et Horsburgh, 2019).

Fondements théoriques de la gouvernance clinique

Pour donner suite à la définition du concept de gouvernance clinique, les principales bases théoriques sur ce concept seront abordées dans cette section. Nous exposerons dans un premier temps la théorie sur les composantes de la gouvernance clinique de Brault, Roy et Denis (2008). Dans un second temps, il s'agira de compléter avec l'article de recherche de Pearson (2017) portant sur la conception d'une matrice de gouvernance clinique favorisant l'intégration des composantes de la GC dans les milieux. Puis, nous ferons un lien avec l'article de recherche portant sur l'index de développement de la gouvernance clinique (IDGC) de Gauld, Horsburgh et Brown (2011).

Les composantes de la gouvernance clinique regroupent un ensemble d'éléments permettant aux acteurs de la gouvernance clinique d'être responsables des soins et services offerts au patient (Brault et al., 2008). Elles se composent de : la recherche et le développement scientifiques, l'audit clinique, l'efficacité clinique, la formation et le développement

professionnel, la gestion des risques et la transparence (Brault et al., 2008). Nous allons définir chacune de ces composantes dans les paragraphes suivants, en nous appuyant sur les travaux de Brault et al. (2008). Ces composantes sont la base théorique du concept de gouvernance clinique utilisées par d'autres études, telles que celle de Pearson (2017) et Gauld, Horsburgh et Brown (2011). En sommes, les composantes de gouvernance clinique sont le socle du concept.

La recherche et le développement scientifiques s'inscrivent dans la démarche continue d'amélioration de la qualité des soins de l'organisation. Pour Brault et al. (2008, p.168) « la diffusion et l'implantation des résultats de recherche peuvent contribuer à développer de nouvelles pratiques cliniques et à modifier les pratiques existantes afin d'optimiser la qualité des soins ». En effet, la recherche et le développement scientifique sont des dispositifs pouvant permettre aux acteurs de la gouvernance clinique d'inscrire leurs pratiques dans une démarche d'amélioration de la qualité, ainsi qu'à développer l'excellence des professionnels. La recherche et le développement scientifiques jouent un rôle important dans le processus d'audit clinique (Brault et al. 2008).

L'audit clinique, ou vérification clinique, est la deuxième composante de la gouvernance clinique et elle se définit comme une évaluation des pratiques cliniques (Brault et al. 2008). L'évaluation des pratiques cliniques se fait en lien avec les critères de performance de l'établissement, ainsi qu'avec les normes de qualité qui en découlent (Brault et al. 2008). À travers l'audit clinique, les professionnels procèdent à une introspection et une discussion sur leur pratique et sur les ressources pouvant être mobilisées afin de l'améliorer (Brault et al. 2008). Le processus de vérification clinique permettrait aux acteurs de la gouvernance clinique d'améliorer la qualité de l'offre de soin. Pour Brault et al. (2008), la vérification clinique se réalise en mesurant l'efficacité clinique.

L'efficacité clinique se définit comme un outil évaluant et mesurant le niveau d'efficacité d'une pratique (Brault et al. 2008). Afin de procéder à cette évaluation des pratiques, les acteurs de la GC s'appuient sur les guides de pratiques cliniques et sur les protocoles de soins issus de l'utilisation des données probantes (Brault et al., 2008). Chaque organisation développe ses propres guides de pratiques et protocoles de soins en fonction de leur stratégie de gouvernance clinique.

La quatrième composante de la gouvernance clinique est la formation et le développement professionnels. Pour Brault et al., (2008), la formation et le développement professionnels permettraient l'amélioration de la qualité des processus cliniques. Au regard des multiples changements et innovations technologiques dans le domaine de la santé, le savoir professionnel devrait être régulièrement mise à jour (Brault et al., 2008). Cette amélioration du

savoir professionnel tend à développer l'expertise et les compétences des acteurs de la gouvernance clinique, répondant ainsi aux critères d'efficience et d'excellence véhiculés par la gouvernance clinique (Brault et al., 2008).

Pour Brault et al., (2008), la composante essentielle de la gouvernance clinique est la gestion des risques. La gestion des risques se définit comme « une activité qui touche les patients, les professionnels et les organisations dans la qualité de la pratique » (Brault et al., 2008, p.169). Il s'agit de contrôler les pratiques professionnelles afin d'offrir des soins sécuritaires au patient. Pour les professionnels de la santé, la gestion des risques est un processus visant à créer un environnement de travail sûr, où le développement des pratiques cliniques est guidé par la démarche qualité (Brault et al., 2008). Pour l'organisation, la gestion des risques consiste à embaucher des professionnels qualifiés, à développer l'expertise des équipes de soins, et à favoriser des objectifs organisationnels en faveur d'un environnement de travail sûr pour l'ensemble des acteurs. La gestion des risques, avec un examen régulier des incidents cliniques, est un élément essentiel de la gouvernance clinique, en particulier lorsque l'on travaille dans une équipe multidisciplinaire (Webb, Stark, Tait, Randle et Green, 2010).

La dernière composante théorique de la gouvernance clinique développée par Brault, Roy et Denis (2008), est le concept de transparence. La transparence contribue à rendre la démarche qualité efficace auprès de tous les acteurs de la GC (Brault, Roy et Denis, 2008). Pour ce faire, une diffusion adéquate de l'information permet de créer une dynamique de participation (Mirebeau, 2010). Cette diffusion de l'information se fait dans le respect des principes de confidentialité des patients et des professionnels (Brault, Roy et Denis, 2008).

En somme, la gouvernance clinique est une synergie entre l'ensemble des composantes décrites ci-dessus (Brault, Roy et Denis, 2008). Cette dynamique entre les différentes composantes de la gouvernance clinique permettrait de favoriser l'amélioration de la qualité des soins et des services. Cependant, cette étude nous interroge sur le rôle et le positionnement du patient dans la gouvernance clinique. En effet, le rôle des professionnels et des gestionnaires est illustré dans cet article, mais peu le rôle du patient. Ainsi, l'introduction du rôle du patient comme une septième composante de la gouvernance clinique est un élément que nous étudions dans le prochain paragraphe.

L'amélioration de la qualité des soins est le pilier fondateur de la gouvernance clinique (Pearson, 2017 ; Gauld et Horburgh, 2019). Cependant, selon les écrits scientifiques, il existe peu d'outils théoriques (matrice, index, tableau), permettant de suivre l'exercice de la gouvernance clinique dans les milieux de soins (Pearson, 2017). Afin de permettre une mise en pratique, de la gouvernance clinique dans les milieux de soins, Pearson (2017), reprend les six

composantes de la gouvernance (Brault, Roy et Denis, 2008), et rajoute une septième composante qui est la participation du patient, et les associe aux cinq domaines de qualité. Les cinq domaines de qualité sont : la sécurité, la performance, le pilotage, la réactivité, et les soins (Pearson, 2017). Les sept composantes de la gouvernance clinique sont : la participation du patient, la formation et développement professionnel, l'efficacité clinique, la recherche et le développement (nouvelles technologies), la gestion des risques, la diffusion de l'information (transparence), et l'audit (vérification clinique) (Pearson, 2017). En associant les sept composantes de la gouvernance clinique avec les cinq domaines de qualité, cela aboutit à une matrice (Figure 1) de gouvernance clinique visant à être utilisée par les professionnels et les équipes dans leur démarche d'amélioration de la qualité des soins et services de santé (Pearson, 2017).

Matrice de gouvernance clinique	Sécurité	Efficacité	Soins	Réponse	Résultat
Participation du patient et du publique					
Dotation en personnel et management d'équipe					
Efficacité clinique et recherche					
Utilisation de l'information et des nouvelles technologies					
Apprentissage et formation					
Gestion des risques					
Audit					

Figure 1: Matrice de gouvernance clinique (Traduction libre), (Pearson, 2017)

Selon Pearson (2017), cette matrice a la caractéristique d'être flexible, permettant aux équipes de soins d'en faire une utilisation sur mesure. Elle favoriserait le travail en équipe, ainsi que l'apprentissage partagé selon l'étude. La combinaison entre les cinq domaines de qualité et les sept composantes de la gouvernance clinique, offre un support pour les acteurs de la GC dans leur démarche d'amélioration de la qualité des soins (Pearson, 2017). Toutefois, la matrice de Pearson (2017), n'intègre pas le concept de communication entre le gestionnaire et le clinicien. Il serait intéressant de rajouter à cette matrice la dimension de collaboration/communication entre gestion et clinique, qui est considérée comme un élément fondateur de la gouvernance clinique.

La gouvernance clinique est considérée par certains chercheurs comme essentielle pour améliorer la qualité des soins de santé (Brault et al., 2008 ; Gauld, Horsburgh et Brown, 2011 ; Pearson, 2017). Nous avons documenté précédemment les composantes de la gouvernance clinique (Brault et al., 2008), puis comment ces composantes peuvent être illustrées au moyen d'outils pratiques par les acteurs de la gouvernance clinique au moyen d'une matrice (Pearson, 2017). Nous documenterons dans le paragraphe suivant un outil théorique de suivi de la gouvernance clinique exercé par les professionnels (Gauld et al., 2011).

Dans cette optique, Gauld et al., (2011), ont mis au point un Indice de Développement de la Gouvernance Clinique (IDGC) conçu pour suivre les performances des organisations de soins de santé dans l'exercice de leur gouvernance clinique au fil du temps. Au centre de la gouvernance clinique, il y a l'idée que les cliniciens, y compris les médecins et les infirmières, sont les mieux placés pour favoriser l'amélioration de la qualité des soins (Gauld et al., 2011). Selon Gauld et al., (2011), des outils devraient être mis en place afin d'évaluer la performance des acteurs de la GC, mais également pour évaluer leur engagement en faveur de la GC. Conformément à l'idée selon laquelle une gouvernance clinique bien développée nécessite un soutien de la part de la direction ainsi qu'une participation clinique aux activités de soins, l'IDGC extrait ses mesures du point de vue des cliniciens (Gauld et al., 2011). Parmi les items qui composent l'IDGC, nous retrouvons par exemple : la participation des cliniciens à la prise de décision, l'objectif clinique d'amélioration de la qualité de soins et des services, et la collaboration entre les gestionnaires et les cliniciens. À travers cette étude sur la gouvernance clinique, les auteurs cherchent à identifier et à soutenir l'implication des cliniciens dans le leadership clinique et à développer des structures grâce auxquelles la prise de décision est le

résultat d'une collaboration entre gestionnaires et cliniciens (Gauld, Horsburgh et Brown, 2011).

Le modèle de gouvernance clinique dans les organisations de santé

À travers cette section, une documentation sur le concept de qualité des soins et services qui sous-tend la gouvernance clinique sera dans un premier temps réalisé. Puis nous documenterons dans un second temps la synergie entre la gestion et la clinique, au sein d'une organisation de santé. Par la suite, nous étudierons les leviers à l'implantation de la gouvernance clinique dans une organisation de santé. En dernier lieu, nous présenterons certains articles illustrant l'implantation d'une gouvernance clinique dans des organisations de santé.

La qualité des soins et des services dans les organisations de santé

Dans le secteur sanitaire et social, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a formulé pour la première fois en 1983 le développement d'approches coordonnées des activités d'amélioration de la qualité des soins pour les organisations de santé (Flynn, Burgess et Crowley, 2015). Selon l'OMS, la qualité des soins est une démarche visant à garantir pour chaque patient une association de pratique visant à offrir le meilleur résultat, au meilleur coût, et au moindre risque, pour le patient et son entourage en termes de continuité des soins et de contact relationnel (Roemer, Montoya-Aguilar et OMS, 1988 ; Hanefeld, Powell-Jackson et Balabanova, 2017).

L'amélioration de la qualité des soins et services est le pilier fondateur de la gouvernance clinique (Pearson, 2017). En effet, l'objectif de la gouvernance clinique est d'améliorer la prise en charge des patients en termes de qualité et de sécurité des soins et des services (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Pour Randeau, Brunet et Kostiuk (2019), la recherche en gestion à ce jour, témoigne de la contribution de la gouvernance clinique à l'amélioration de la qualité des soins des organisations de santé. En effet, la gouvernance clinique vise l'amélioration continue de l'état de santé du patient. Ceci peut se traduire par l'alignement des pratiques de gestion et des pratiques cliniques envers l'amélioration de la santé

du patient tout au long de son parcours dans l'organisation (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). La responsabilisation des différents acteurs du soin, ainsi que la mise en œuvre de normes de régulation des pratiques permettent d'améliorer la qualité des soins offerts (Mirebeau, 2010). En effet, pour implanter une gouvernance clinique dans les milieux, les professionnels et les patients devraient être partie prenante de la démarche qualité de l'organisation de santé (Philips et al., 2010). Afin de renforcer la culture organisationnelle sur la qualité des soins et des services, les milieux de soins peuvent rendre les données sur la qualité et la sécurité accessibles aux professionnels et au public (Flynn, Burgess et Crowley, 2015). Cette stratégie de diffusion des données de qualité et de sécurité s'inscrit dans le concept de transparence de la gouvernance clinique, tel qu'évoqué précédemment dans l'article de Brault, Roy et Denis (2008).

L'amélioration de la qualité des soins est l'objectif principal de la gouvernance clinique. Flynn et al., (2015) privilégient le terme « gouvernance pour la qualité et la sécurité » au lieu de « gouvernance clinique », car cela rendrait le concept plus évocateur et compréhensible auprès des acteurs.

En France, les normes de qualité du secteur sanitaire sont établies, à un niveau national, par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle est une autorité publique indépendante à caractère scientifique créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. L'une de ses principales missions est de mesurer et d'améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux et les cliniques. Pour ce faire, l'HAS développe cinq sous-missions (Haute Autorité de Santé [HAS], 2017), à savoir :

- La certification des hôpitaux et des cliniques
- L'évaluation des établissements et des services sociaux et médico-sociaux
- L'utilisation d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- L'accréditation des médecins et des équipes médicales (pour les spécialités à risque)
- Des outils d'information des usagers sur la qualité des prises en charge

Tel que nous venons de le documenter, la qualité des soins et des services est au cœur du concept de gouvernance clinique. L'amélioration de la qualité des soins est un objectif partagé par de nombreux systèmes de santé, dont celui de la France (HAS, 2017). Ainsi, la gouvernance clinique pourrait adéquatement s'intégrer aux établissements de soin du système de santé français. Pour rappel, la gouvernance clinique n'est pas implantée dans les organisations de

santé en France, même si quelques-unes de ses composantes le sont déjà (ex : transparence, préoccupation pour la qualité, gestion des risques, sécurité des soins, gestion de proximité).

Cependant, une gouvernance clinique réussie nécessite une bonne mobilisation de ses rouages. L'un des rouages essentiels de la GC est la synergie entre la gestion et la clinique. Nous documenterons donc cet aspect-ci de la GC dans la section suivante.

La synergie entre le système de gestion et le système clinique

Le processus d'amélioration de la qualité des soins est favorisé par la synergie entre le domaine de gestion et le domaine clinique (Randeau, Brunet et Kostiuk, 2019). Lorsqu'une synergie entre la gestion et la clinique est faite, la gouvernance clinique peut être exercée. Pour Pearson (2017), le cœur de la gouvernance clinique est cette synergie entre la gestion et la clinique. Cependant, Mirebeau (2010) observe des ruptures de dialogue entre les gestionnaires et les cliniciens dans les milieux. Il s'agit d'un manque de communication entre les gestionnaires et les cliniciens. Ces données ont été recueillies directement auprès des acteurs. Cette rupture de dialogue provient du fait que les cliniciens ne se sentent pas à l'aise à travailler en collaboration avec leur gestionnaire, car ce dernier représente l'autorité de l'organisation (Mirebeau, 2010). Les cliniciens perçoivent donc leur gestionnaire comme une autorité de contrôle sur leur travail et non comme un partenaire de soin (Mirebeau, 2010).

Mirebeau (2010, p.55), définit la gestion comme étant « l'art de conduire l'organisation vers la réalisation de ses objectifs ». Pour cet auteur, le gestionnaire doit avoir la capacité de mener son équipe à obtenir le meilleur niveau de qualité possible. Dans ce travail de synergie avec les cliniciens, le gestionnaire doit prendre en considération leurs besoins et leurs valeurs (Mirebeau, 2010). Selon l'auteur, il existe trois catégories de gestion : la gestion stratégique, la gestion opérationnelle, et le contrôle de gestion. La *gestion stratégique* considère l'environnement extérieur de l'organisation afin de permettre un contrôle et une gestion contextualisée et globale de ses évolutions (réglementation, positionnement dans le milieu, et analyse de la demande) (Mirebeau, 2010). Cette gestion stratégique ressemble aux pratiques stratégiques décrites par Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008). La gestion opérationnelle est une gestion dite de processus, considérant l'organisation elle-même ainsi que les soins et services délivrés (Mirebeau, 2010). Cette gestion opérationnelle, quant à elle, a des similitudes avec les pratiques managériales (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008) Le contrôle de gestion fait le lien entre la gestion stratégique et la gestion opérationnelle, en évaluant la performance de l'offre de soins et de services (Mirebeau, 2010). Le système clinique, quant à

lui, concerne « l'ensemble des pratiques issues du processus de prise en charge des patients » (Mirebeau, 2010, p.56).

Le système clinique et le système de gestion apportent deux regards croisés sur la qualité des soins (Brault, Roy et Denis, 2008 ; Mirebeau, 2010). En effet, la qualité des soins n'est pas simplement une question médicale ou paramédicale, mais aussi une question organisationnelle. C'est-à-dire que la qualité des soins dépend des stratégies organisationnelles et managériales. Le système clinique donne du sens à la gestion, et la gestion soutient le système clinique (Mirebeau, 2010 ; Pearson, 2017). Au sein des organisations, les dysfonctionnements ne résultent pas uniquement du système clinique, mais ils peuvent aussi être induits par les stratégies managériales et organisationnelles de l'offre de soins et de services. C'est pour cela que le système de gestion doit venir en appui au système clinique, c'est-à-dire que le système de gestion devrait travailler de concert avec le système clinique. Ainsi et pour exemple : le système de gestion mobilise certaines structures formelles, telles que : l'information et l'allocation des ressources, afin d'offrir au système clinique les outils nécessaires à la réalisation des objectifs de qualité et d'excellence (Mirebeau, 2010 ; Brault, Denis et Sullivan ; 2015). A l'inverse, le système clinique fait remonter au système de gestion, les objectifs de terrain en terme de qualité des soins. Pour Mirebeau (2010), la synergie entre le système de gestion et le système clinique doit être développée étant donné que c'est grâce à cette synergie que la mobilisation et le partage des savoirs aboutit à une gouvernance clinique (Mirebeau, 2010). La responsabilisation des acteurs envers leurs pratiques est favorisée par le fait que les acteurs de la GC détiennent tous une partie de l'autorité de gouvernance (Mirebeau, 2010).

En 2013, Gauld réalise une étude sur la gouvernance clinique en Nouvelle-Zélande et apporte des éléments de réflexion sur la synergie entre le système de gestion et le système clinique. Pour Gauld (2013), un partenariat clinique-gestion signifie que les gestionnaires et les cliniciens sont impliqués de manière égalitaire dans le processus de prise de décision. L'auteur observe au travers de son article de recherche que les lignes de démarcation entre le système clinique et le système de gestion semblent s'estomper dans un contexte de gouvernance clinique, c'est-à-dire que les gestionnaires et les cliniciens sont plus enclins à collaborer. Les résultats de cette étude montrent que certains cliniciens interrogés sont en faveur de la participation des professionnels cliniques aux prises de décision organisationnelles et financières (Gauld, 2013). Les résultats montrent également que lorsque les gestionnaires ne mettent pas en place une gestion participative et qu'un partenariat fondé sur la confiance mutuelle dans les relations de travail n'a pas été établi, cela entraîne une diminution de la

confiance des cliniciens envers le système de gestion, et une baisse de leur engagement envers une gouvernance clinique (Gauld, 2013). En effet, les principaux résultats de cette étude témoignent que l'incapacité de créer un partenariat clinique-gestion est l'une des raisons pour lesquelles l'implantation d'une gouvernance clinique est un échec (Gauld, 2013). Selon Gauld, (2013), les gestionnaires supérieurs et les gestionnaires de proximité jouent un rôle fondamental dans la définition, la justification et la structuration d'une gouvernance clinique auprès des cliniciens.

Cette documentation sur la synergie entre la gestion et la clinique nous renseigne sur les éléments à favoriser pour exercer une gouvernance clinique adéquate. A travers les écrits que nous avons précédemment étudiés, la synergie entre la clinique et la gestion permet de créer un terrain propice à l'exercice de la gouvernance clinique. En effet, en France comme dans d'autres pays, la gestion et la clinique sont deux mondes différents qui doivent parler le même langage afin de permettre une cohésion organisationnelle autour des objectifs d'amélioration de la qualité des soins. La synergie entre la gestion et la clinique concerne les acteurs de la GC, or d'autres leviers sont indépendants des professionnels. C'est ce que nous documenterons dans la section suivante.

Les leviers au développement d'une gouvernance clinique dans les organisations de santé

En 2015, Brault, Denis et Sullivan identifient un ensemble de leviers favorisant l'implantation de la gouvernance clinique. Les auteurs définissent ces leviers comme étant des mécanismes intervenant dans la gestion du changement auprès des acteurs de l'offre de soins dans l'évolution de leurs pratiques professionnelles (Brault, Denis et Sullivan, 2015). Dans la littérature actuelle sur la gouvernance clinique, les leviers de gouvernance clinique sont très peu abordés. Cependant, selon une étude, la mobilisation des leviers de gouvernance clinique favorise l'implantation d'un changement au sein d'une organisation de santé (Brault, Denis et Sullivan, 2015). La mobilisation des leviers de gouvernance clinique est un mécanisme visant à « influencer l'action collective et faciliter l'introduction des changements dans les organisations de santé » [traduction libre] (Brault, Denis et Sullivan, 2015, p. 484). L'exploration des leviers de gouvernance clinique occasionne une compréhension aiguë de l'environnement et du contexte organisationnel dans lequel opèrent ce modèle (Brault, Denis et Sullivan, 2015).

Selon Brault, Denis et Sullivan (2015), l'identification de ces leviers permet de faire un lien entre la pratique clinique et le contexte organisationnel dont la finalité est l'excellence et l'efficacité, prônée par le modèle de gouvernance clinique. En outre, l'identification des leviers organisationnels à l'implantation de la gouvernance clinique permet à la fois de promouvoir les pratiques professionnelles, mais également d'assurer un contrôle sur ces mêmes pratiques afin d'aboutir à une meilleure qualité des soins (Brault, Denis et Sullivan, 2015).

Il existe trois catégories de leviers de gouvernance clinique : les leviers juridiques et structurels, les leviers de communication et d'information, et les leviers économiques.

Les leviers juridiques et structurels permettent un changement formel et régulé au sein des organisations (Brault, Denis et Sullivan, 2015). Pour Brault, Denis et Sullivan (2015), les leviers juridiques sont des lois et des réglementations qui agissent sans intermédiaire sur l'organisation. Pour ce faire, une autorité formelle ainsi qu'un pouvoir hiérarchique opère au sein de l'organisation (Brault, Denis et Sullivan, 2015). Le recours au levier structurel permet de créer de nouveaux espaces de collaboration en étendant les limites formelles de l'organisation (Brault, Denis et Sullivan, 2015). L'utilisation des leviers structurels et juridiques par les acteurs intervient dans la promotion du changement ; ces leviers contribuent à transformer les organisations de manière durable (Brault, Denis et Sullivan, 2015).

La deuxième catégorie de leviers englobe le domaine de la communication et du transfert de l'information (Brault, Denis et Sullivan, 2015). Pour Brault, Denis et Sullivan (2015), ces leviers permettent un changement basé sur la collaboration entre les acteurs concernés. Le processus de prise de décision et d'échange entre les acteurs de la GC est favorisé par les leviers de communication et de transfert de l'information (Brault, Denis et Sullivan, 2015). Selon Brault et al. (2015), ces leviers sont non intrusifs dans les pratiques professionnelles des acteurs. De plus grâce à ces leviers, les acteurs ayant des intérêts divergents ont la possibilité de s'exprimer et de participer à la transformation de l'organisation (Brault, Denis et Sullivan, 2015).

Enfin, les leviers économiques constituent la troisième catégorie de levier et concernent la mobilisation des ressources financières. Ces leviers économiques se basent sur l'ensemble des coûts induits par l'implantation d'une gouvernance clinique (Brault, Denis et Sullivan, 2015). Les leviers économiques regroupent l'ensemble des paramètres financiers à considérer dans la mise en œuvre de projets, tels que par exemple : les changements de rémunération, le

coût pour la formation des professionnels, la création de comités de GC, etc. (Brault, Denis et Sullivan, 2015).

La sélection des leviers à appliquer lors de la mise en œuvre d'un changement est déterminée par les acteurs visés par le changement, qui ont leurs propres opinions et intérêts, et en fonction des objectifs à atteindre, les caractéristiques spécifiques de l'environnement et le niveau de gestion (opérationnel ou stratégique) visé par le changement (Brault, Denis et Sullivan, 2015). Selon ces auteurs, les leviers utilisés au niveau opérationnel visent à modifier les comportements des acteurs, alors que le but des leviers utilisés au niveau stratégique est de changer les relations entre les acteurs (Brault, Denis et Sullivan, 2015).

Les auteurs recommandent de contextualiser l'environnement organisationnel dans lequel les leviers de gouvernance clinique sont mobilisés (Brault, Denis et Sullivan, 2015).

La mobilisation des leviers de gouvernance clinique permet de diffuser des changements organisationnels stables et durables dans l'implantation d'une gouvernance clinique dans les organisations de santé (Brault, Denis et Sullivan, 2015). Cependant, les leviers de gouvernance clinique présenté dans l'article ne sont pas spécifiques aux gestionnaires de proximité, et donc au cadre de santé. En effet, l'article ne nous permet pas d'identifier les leviers spécifiquement mobilisés par le cadre de santé. Nous documenterons dans la section suivante certaines organisations recensées ayant implanté une gouvernance clinique.

Expériences d'implantation d'une gouvernance clinique dans les organisations de santé

Dans cette section, les initiatives de mise en pratique d'une gouvernance clinique en Irlande, en Nouvelle-Zélande et en Australie seront abordées. Le choix de ces trois pays s'explique en raison du fait qu'ils sont les seuls à avoir récemment lancer des initiatives d'intégration de la gouvernance clinique au sein de leur système de santé. Nous commencerons par décrire chacune des expériences d'implantation de gouvernance clinique de chaque pays, puis nous ferons une analyse croisée.

Flynn, Burgess et Crowley (2015), ont publié une étude qualitative portant sur l'initiative irlandaise de développer la gouvernance clinique dans les organisations de santé. Cette étude a pour but d'évaluer l'initiative irlandaise d'implantation de la gouvernance clinique. L'objectif est de partager les actions menées dans le pays pour initier le processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'étude fait état des principes fondamentaux de la gouvernance clinique qui pourrait servir de guide pour des études approfondies sur la gouvernance en ce qui concerne la qualité et la sécurité des soins. Les auteurs définissent la gouvernance clinique comme étant « un système par lequel les équipes de santé sont responsables de la qualité, de la sécurité et de l'expérience des patients dans les soins prodigués » [traduction libre] (Flynn et al., 2015, p. 456). Les services de santé irlandais ont mis l'accent sur la qualité et la sécurité des patients en développant des infrastructures de gestion de la qualité, sécurité et gestion des risques (Flynn et al., 2015). Pour Flynn et al. (2015), le principal risque d'une telle initiative est que, en période de contrainte économique, l'accent soit mis sur la dimension budgétaire de l'implantation d'une gouvernance clinique dans les établissements de santé. Cette étude montre qu'il n'y a pas dans la littérature, de processus d'intégration de la gouvernance clinique dans les milieux de soins (Flynn et al., 2015). Il semble difficile, pour de nombreux pays, de traduire la définition de la gouvernance clinique dans les pratiques des acteurs impliqués (Flynn et al., 2015). Pour Flynn et al. (2015), l'une des explications à ce phénomène résulterait du terme de gouvernance clinique. En effet, le terme de gouvernance clinique comprend un mélange d'activités liées à la gouvernance, à la gestion et aux pratiques cliniques (Flynn et al., 2015). Ceci peut être une source de confusion pour les acteurs impliqués (Flynn et al., 2015). Afin de répondre à ce problème, les résultats de cette étude préconisent l'utilisation du terme « gouvernance pour la qualité et la sécurité » [traduction libre] (Flynn et al., 2015, p. 472). Cela favoriserait la compréhension par les acteurs du traditionnel terme de gouvernance clinique. Dans cette initiative irlandaise, une solide intégration organisationnelle de la gouvernance clinique est un facteur contribuant à sa réussite (Flynn et al., 2015). Par « intégration », il est ici question de maîtriser le concept de gouvernance clinique à un niveau organisationnel. Pour Flynn et al. (2015), la gouvernance clinique devrait fournir des mécanismes permettant d'examiner les résultats cliniques et la performance en termes de qualité des soins. Ces mécanismes sont axés sur un ensemble équilibré de paramètres, tels que : la qualité et la sécurité, l'accessibilité, les coûts et les revenus, et la gestion des ressources humaines (Flynn et al., 2015). L'une des recommandations de Flynn et al. (2015) pour les pratiques de gouvernance clinique serait de rendre accessibles aux professionnels les données sur la qualité et la sécurité, renforçant ainsi la culture

organisationnelle, en lien avec les leviers de communication étudiés dans l'article de Brault, Denis et Sullivan en 2015.

Le second pays à avoir récemment lancé une initiative nationale d'implantation de la gouvernance clinique est la Nouvelle-Zélande. Cette initiative consistait à implanter la gouvernance clinique au sein de plusieurs hôpitaux du pays dans le but d'améliorer la qualité des soins offerts aux populations. Gauld a publié une étude qualitative en 2013 à ce sujet. Pour l'auteur, le développement de la gouvernance clinique en Nouvelle-Zélande a joué un rôle essentiel dans la politique de santé du pays depuis 2009 (Gauld, 2013). Cette étude analyse un projet national d'évaluation de la gouvernance clinique, comprenant des entretiens auprès des professionnels de santé et des gestionnaires de 19 des 20 districts de santé du pays. Suite à cette analyse, Gauld émet certaines recommandations pour améliorer l'exercice d'une gouvernance clinique par les acteurs impliqués (2013). Tout d'abord, la gouvernance clinique doit être clairement et explicitement définie, cela nécessite des partenariats entre la gestion et la clinique (Gauld, 2013). À cela s'ajoute la mise en place d'une gestion multiniveau, une offre de formation sur la GC, et la création de conseils cliniques afin d'encadrer et d'évaluer les pratiques de GC (Gauld, 2013). L'implantation d'une gouvernance clinique en Nouvelle-Zélande présente des résultats globalement positifs quant à l'implantation de la gouvernance clinique dans les hôpitaux, pour les professionnels de la santé, mais cette étude n'était pas en mesure d'évaluer son impact à plus long terme (Gauld, 2013). Parmi les acteurs interrogés dans l'étude, nombre d'entre eux étaient à l'aise avec l'idée d'intégrer les professionnels cliniques dans le système de gestion (Gauld, 2013). Les résultats de l'étude montrent un avis favorable des cliniciens quant à leur implication dans les évaluations par les pairs, les audits cliniques et la démarche qualité (Gauld, 2013). D'autres ont estimé qu'il était nécessaire de clarifier les objectifs spécifiques de la gouvernance clinique (Gauld, 2013). Ce dernier point est en lien avec les multiples définitions de la GC dans la littérature (Gauld, 2013). Pour Gauld (2013), il est important que les décideurs politiques du système de santé approfondissent leur initiative sur la gouvernance clinique afin de définir des objectifs précis (Gauld, 2013). Ceci devrait se faire en collaboration avec les professionnels de santé pour produire une définition fonctionnelle et adaptée aux pratiques (Gauld, 2013). La plupart des organisations de santé, faisant partie de l'initiative néo-zélandaise, ont eu des difficultés à diffuser la gouvernance clinique à l'ensemble des professionnels (Gauld, 2013). Beaucoup ont déclaré que les professionnels travaillant en première ligne ne reconnaissaient pas les activités organisationnelles et ne se préoccupaient guère de la gouvernance clinique en termes théoriques

ou organisationnels, mais cherchaient constamment à améliorer la qualité des soins et des services (Gauld, 2013). L'auteur s'interroge donc sur la façon dont une organisation de santé intègre et définit la gouvernance clinique et la communique aux professionnels (Gauld, 2013). Ce phénomène semble être étroitement lié au processus de définition de la gouvernance clinique, qui doit être fait en partenariat avec les acteurs (Gauld, 2013). Une gouvernance clinique efficace nécessiterait des partenariats solides entre les gestionnaires et les cliniciens (Gauld, 2013). En pratique, un partenariat clinique-gestion signifie que les gestionnaires et les cliniciens devraient être également impliqués dans la prise de décision, la planification des services et les processus d'allocation des ressources (Gauld, 2013). En effet, les lignes de démarcation entre le domaine clinique et le domaine de gestion devraient finir par se dissoudre en raison des arguments selon lesquels les cliniciens sont bien placés pour présider à la fois aux décisions cliniques et budgétaires (Gauld, 2013, Mirebeau, 2010). Les résultats de cet article scientifique témoignent du fait que lorsque les gestionnaires continuent à conserver le pouvoir et qu'un partenariat fondé sur la confiance dans les relations de travail n'est pas établi, une diminution de la confiance des professionnels de la santé envers leur engagement dans une gouvernance clinique a été observée (Gauld, 2013). L'incapacité de créer un partenariat entre le système de gestion et le système clinique est l'une des raisons pour lesquelles l'implantation d'une gouvernance clinique est un échec (Gauld, 2013). Les gestionnaires supérieurs et les gestionnaires cliniques jouent un rôle fondamental dans la définition, la justification et la structuration de la gouvernance clinique auprès des cliniciens (Gauld, 2013).

Le troisième pays à avoir mobilisé la gouvernance clinique au sein de son système de santé est l'Australie. En 2015, Spigelman et Rendalls publient un article qualitatif sur le contexte de la gouvernance clinique en Australie. Le but de cet article est de donner un aperçu du contexte de la gouvernance clinique en Australie et des domaines à développer et des enseignements potentiels transférables à d'autres pays, à travers une analyse conceptuelle. En 2011, le gouvernement australien a mandaté les organismes de santé pour le développement et l'implantation de la gouvernance clinique dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins (Spigelman et Rendalls, 2015). La pratique d'une gouvernance clinique en Australie diffère entre les provinces, reflétant un système de santé fragmenté (Spigelman et Rendalls, 2015). Pour Spigelman et Rendalls (2015), ceci s'explique par une politique d'offre de soins de santé répartie entre différents niveaux gouvernementaux. Les mécanismes en place pour protéger et interagir avec les patients varient donc en fonction des juridictions australiennes (Spigelman et Rendalls, 2015). Les résultats en matière de qualité et de sécurité varient

également ; ils sont difficiles à trouver et ne permettent pas d'accéder à un niveau de qualité significatif pour orienter l'offre de soin (Spigelman et Rendalls, 2015). Par ailleurs, la stabilité organisationnelle a été identifiée comme un facteur clé pour le succès et le maintien de la gouvernance clinique, afin de fournir une qualité de soins continue (Spigelman et Rendalls, 2015).

À travers ces trois exemples d'implantation de la gouvernance clinique dans les établissements de santé, nous pouvons retenir trois éléments. La gouvernance clinique est un ensemble de mécanismes visant l'amélioration de la qualité des soins et des services, et sa définition gagne à être clarifiée (Gauld, 2013 ; Flynn et al., 2015 ; Pearson, 2017). La gouvernance clinique nécessiterait une synergie entre la clinique et la gestion, comme gage de réussite (Gauld, 2013 ; Mirebeau, 2010). La gouvernance clinique est un concept organisationnel qui devrait être véhiculé par des acteurs informés et responsabilisés (Gauld, 2013 ; Flynn et al., 2015 ; Pearson, 2017). En effet, les acteurs de la gouvernance clinique, que ce soit au niveau de la gestion ou bien de la clinique, doivent maîtriser la définition et les objectifs de la gouvernance clinique.

Le cadre de santé français dans les organisations

Nous aborderons dans cette section quelques écrits permettant de contextualiser la fonction du cadre de santé français au sein des organisations.

Présentation du cadre de santé français

Dans un premier temps, une définition du cadre de santé français sera documentée. Pour ce faire, nous nous appuierons sur la fiche métier du cadre de santé publiée par le Ministère français de la Santé et des Solidarités (2016). Dans un second temps, nous présenterons l'évolution de la fonction de cadre de santé français.

Le cadre de santé est officiellement appelé « Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales » (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2016, p.1). Ce métier est classé dans le domaine des soins, et dans le sous-domaine du management des organisations des soins. Le

ministère français définit le métier de cadre de santé en cinq points (ministère de la Santé et des Solidarités [MSS], 2016, p.1), qui sont :

- « Organiser l'activité de soins et des prestations associées,
- Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations,
- Développer la culture du signalement et gérer les risques.
- Développer les compétences individuelles et collectives
- Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle »

À travers cette définition de rôle du cadre de santé, nous retrouvons donc : l'assurance de la qualité des soins et des services, la gestion des risques, la gestion des ressources humaines et économiques, le développement de leader clinique et le travail en équipe.

Selon la fiche métier du Ministère de la santé français (2016, p.1), les activités du cadre de santé se divisent en neuf thèmes :

Activités du cadre de santé
(Source : Ministère de la Santé et des solidarités, 2016)
1. Analyser les données d'activité et les tableaux de bord de son unité afin de pouvoir justifier les activités de son unité sur appui des résultats.
2. « Le contrôle et la gestion de la qualité et de la sécurité des soins et des services dans son unité
1. La coordination des prestations de soins et services
2. La mise en place et le suivi de rapports d'activité
3. La gestion de proximité avec l'équipe de soins, et son développement
4. La gestion de projets dans son unité de soins
5. La gestion des nouveaux arrivés dans l'unité de soins
6. La planification des activités de soins et la gestion des ressources (matérielles, humaines et financières)
7. La diffusion des « bons coups » et des innovations dans son domaine d'activité
8. La veille spécifique à son domaine d'activité ».

Tableau 1: Activités du Cadre de santé

Ces neuf activités du cadre de santé décrites par le MSS (2016) s'inscrivent dans une gestion de proximité des équipes de soins et des activités de l'unité. Afin que le cadre de santé puisse réaliser toutes ces activités, il doit mobiliser certaines compétences. Ces compétences sont

appelées « savoir-faire » par le MSS (2016), et sont au nombre de onze. Selon le MSS (2016, p.1), le cadre de santé doit :

Compétences du cadre de santé	
(Source : Ministère de la Santé et des solidarités, 2016)	
Être en mesure de créer et diffuser des outils de gestion dans son unité de soins (protocole, procédure, mode opératoire, etc.)	
Savoir initier et mener un projet au sein de son unité de soin	
Savoir gérer et optimiser un budget relatif à son domaine	
Promouvoir et développer les compétences des professionnels	
Mettre en place une gestion de la performance, et en faire le suivi au sein de l'unité	
Savoir organiser son unité en prenant en compte certains critères (stratégies, missions, ressources, etc.)	
Valoriser la communication et le partage d'information au sein de l'équipe	
Gérer les ressources et la charge de travail de l'unité	
Savoir travailler en équipe et en réseau	

Tableau 2: Compétences du cadre de santé

En somme, ces compétences, ou savoir-faire délimitent le champ d'activité du cadre de santé français dans la gestion de proximité de son unité de soins. Afin de mobiliser ces savoir-faire, le cadre de santé français détient des connaissances. La fiche métier du cadre de santé faite par le Ministère de la Santé et des Solidarités en 2016 poursuit la définition du rôle de cadre de santé avec un tableau regroupant des compétences requises à l'exercice de cette fonction (ci-dessous).

Description	Niveau de connaissance
(Source : Ministère de la Santé et des solidarités, 2016)	
Animation d'équipe	Connaissances approfondies
Communication/relation interpersonnelles	Connaissances approfondies
Droit des usagers du système de santé	Connaissances opérationnelles
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances opérationnelles
Évaluation de la charge de travail	Connaissances opérationnelles
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances opérationnelles
Management	Connaissances opérationnelles
Méthode de recherche en soins	Connaissances opérationnelles
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies

Organisation du travail	Connaissances opérationnelles
Santé publique	Connaissances opérationnelles
Soins	Connaissances approfondies
Stratégie et organisation/ conduite du changement	Connaissances opérationnelles

Tableau 3: Connaissances requises

Ce tableau regroupe treize connaissances organisées en deux niveaux : les connaissances approfondies et les connaissances opérationnelles (MSS, 2016). Les connaissances approfondies sont définies comme des connaissances théoriques et pratiques avancées dans un domaine précis (MSS, 2016). Le cadre de santé doit être en mesure de maîtriser les principes fondamentaux de ce domaine. Pour ce faire, la durée d'acquisition varie ici de deux à quatre ou cinq ans (MSS, 2016). Les connaissances opérationnelles, quant à elles, sont « des connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et contextualisées » (MSS, 2016, p.2). La durée d'acquisition des compétences opérationnelles varie d'un à deux ans.

En 2015, Perrasse publie un article sur l'évolution historique de la formation des cadres de santé. La fonction de cadres de santé a historiquement évolué de la « religieuse-surveillante » au « cadre manager » (Perrasse, 2015, p. 44). L'identité actuelle du cadre de santé est construite sur ses évolutions historiques et sur sa formation (Perrasse, 2015). Pour Perrasse (2015), l'identité du cadre de santé se construit dans un premier temps grâce à sa formation. C'est en 1951 que la première école de cadres ouvre ses portes à la Croix-Rouge française d'Uriage (CRF). Cependant, il faut attendre 1958 pour que la formation de cadres soit légalement officialisée avec le décret n°58-1104, puis 1966 avec le décret n°66-617 créant le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmière surveillante (Perrasse, 2015). La fonction d'infirmière-cadre de santé publique fut créée en 1973 avec le décret n°73-822 (Perrasse, 2015). Enfin, avec le décret n°95-926 du 18 août 1995, naît le diplôme de cadre de santé (DCS) ouvert aux filières paramédicales (Perrasse, 2015). À partir de cette date, le cadre infirmier devient un cadre de santé paramédical.

À partir des années 1980, le contexte hospitalier français est en pleine évolution (Perrasse, 2015). De nombreuses réformes du financement voient le jour dans les établissements de santé, menant ainsi le cadre de santé à adopter une logique managériale afin de maîtriser, voir réduire les dépenses (Perrasse, 2015). Cette logique managériale fut longtemps perçue comme opposée à la logique soignante. Le cadre de santé se retrouve dans

un dilemme ou il doit parfois faire le choix entre sa culture soignante et les directives économiques (Perrasse, 2015, Pichon, Allouch et Lombart, 2017). Alors que sa formation ne lui procure pas tous les éléments nécessaires pour adopter une logique managériale. Perrasse (2015) s'interroge donc sur l'évolution de la formation des cadres de santé. L'ouverture universitaire de la formation des cadres, avec la création de masters est-elle une piste de solution ? Pour Perrasse (2015, p. 48) : « avec l'universitarisation, il faut réinterroger le cursus commun des cadres, notamment la notion de polyvalence ».

Le rôle du cadre de santé français varie en fonction du domaine de soin et du contexte organisationnel de l'établissement où il exerce. Son rôle varie aussi en fonction des évolutions managériales, c'est ce que nous allons documenter dans la prochaine section.

La fonction du cadre de santé face aux mutations managériales

La fonction du cadre de santé français est définie dans le rapport gouvernemental de la mission Cadres Hospitalier de De Singly comme étant « l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer puis contrôler le travail des personnels » (De Singly, 2009, p.20). Ce même rapport présente quatre principales missions du cadre de santé : une mission de formation, une mission de gestion de projet, une mission d'expert, et une mission de management d'équipe.

Selon De Singly (2009), Dans sa mission de formation, le cadre de santé paramédical accompagne les équipes cliniques dans le développement de nouvelles connaissances et dans la formation des nouvelles recrues. Dans sa mission de gestion de projet, le cadre de santé participe à l'implantation de nouveaux projets organisationnels principalement axés autour de la démarche qualité et des objectifs de l'établissement. Dans sa mission d'expert, le cadre de santé a un rôle d'expert dans le soin de par sa formation paramédicale, et contribue ainsi aux besoins de l'établissement. Dans sa mission de management d'équipe : le cadre de santé coordonne les activités cliniques et supervise l'organisation du travail et il réalise les missions opérationnelles en lien avec la direction et en collaboration avec les équipes.

Une étude de cas (Grévin, 2012) analyse le « tournant gestionnaire » (p.469), observable dans les établissements de santé français depuis quelques années. Grevin (2012), tente d'analyser l'impact de ces transformations managériales sur les pratiques du cadre de santé français. Ici, le management est perçu comme une « animation d'une action collective

finalisée » (Grévin, 2012, p.470). La transformation de la gestion découle des nombreuses réformes entreprises pour réduire les coûts tout en améliorant considérablement la qualité des soins et la performance des établissements de santé. Le travail en flux tendu s'est standardisé au fil des années instaurant ainsi un climat de course à la performance où le management du cadre de santé s'expose aux tensions et aux paradoxes (Grevin, 2012). Les activités du cadre de santé consistent principalement à prévenir et réparer les erreurs, apporter les réajustements demandés et maintenir la cohérence entre les demandes organisationnelles et les contraintes cliniques (Grevin, 2012). Le cadre de santé fait fréquemment face à un sentiment de solitude qui s'explique par leur position délicate entre logique managériale et culture soignante. Il apparaît que le cadre de santé est davantage dans une fonction de « cadre gestionnaire » (Grevin, 2012, p.476). Autrefois de formation infirmière, le cadre de santé semble devoir faire le deuil de ses caractéristiques de soignant pour devenir un manager (Grevin, 2012). Toutefois, le rôle de la direction concernant le positionnement du cadre de santé est important. La direction a la charge d'orienter les pratiques managériales et opérationnelles du cadre de santé. Cependant, la direction ne semble pas valoriser le rôle de coordonnateur du collectif du cadre de santé auprès de son équipe (Grevin, 2012).

Pour Cevaer (2015), le cadre de santé est un cadre manager qui n'a pas besoin de montrer son autorité pour asseoir sa légitimité. L'autorité est ici définie comme la capacité « à pouvoir se faire obéir pour l'exécution d'un ordre ou la réalisation d'une tâche » (Cevaer, 2015, p. 516). L'autorité consiste également à exercer un pouvoir d'influence (Cevaer, 2015). Le cadre de santé doit trouver son juste positionnement auprès de son équipe afin de rendre crédible sa fonction en lien avec l'évolution de la gouvernance (Cevaer, 2015). Le cadre de santé est dans une relation bilatérale entre la direction et son équipe, où la notion de communication y est primordiale (Cevaer, 2015).

Le rôle pivot du cadre de santé français au sein des organisations de soins

Les réformes hospitalières faites en France depuis une vingtaine d'années ont pour objectif l'amélioration de la qualité des soins et des services (Dujardin, Reverdy, Valette et Francois, 2015). Cette amélioration de la qualité passe par la coordination des activités de l'organisation. Or, les auteurs de la recension des écrits, portant sur l'amélioration de la qualité des soins par le cadre de santé, avancent le fait qu'une grande partie des erreurs commises

durant le processus de soins sont directement ou indirectement liées à l'engagement managérial et au processus d'encadrement des activités collectives (Dujardin, Reverdy, Valette et Francois, 2015). Le but de cette étude est de mettre en avant le rôle structurant du cadre de santé au sein de l'organisation.

La coordination des activités collectives semble être un domaine professionnel difficilement observable dans les pratiques du cadre de santé, malgré leur engagement envers celle-ci (Dujardin, Reverdy, Valette et Francois, 2015 ; Pichon, Allouch et Lombart, 2017). En effet, dans cette étude sur la gestion de projet d'amélioration de la qualité des soins, les cadres de santé semblent vouloir s'engager dans des projets d'amélioration de la qualité des soins en mettant en avant une gestion participative (Dujardin, Reverdy, Valette et Francois, 2015).

Afin de mettre en lumière le rôle du cadre de santé dans la conduite d'une action collective, deux types de relation entre les cadres de santé et leurs équipes dans la conduite d'un projet, ressortent de l'étude (Dujardin, Reverdy, Valette et Francois, 2015). Le premier type de relation est dite « triangulée » (p.27), c'est-à-dire une relation participative où les équipes et les Cds contribuent équitablement à la prise de décision sur un projet, lors de réunion (Dujardin, Reverdy, Valette et Francois, 2015). Le deuxième type de relation est dite « bipolaire » (p.27), c'est-à-dire que les équipes sont informées et participent à la mise en place initiale du projet (Dujardin, Reverdy, Valette et Francois, 2015). Cependant, elles ne sont pas informées des suites du projet. La relation à l'équipe triangulée est une relation symétrique où le Cds implique son équipe en continu. Ceci semble favoriser le partage de connaissance et le libre droit à la parole. *A contrario*, dans une relation bipolaire le plus important pour le Cds c'est le problème à résoudre plutôt que la relation d'équipe. Dans une relation bipolaire, le Cds est un décideur, alors que dans une relation triangulée, le Cds est davantage dans un rôle d'animation (Dujardin, Reverdy, Valette et Francois, 2015).

Les réunions et les espaces d'échange collectifs semblent être des éléments bénéfiques pour la performance des établissements de santé dans la démarche qualité (Dujardin, Reverdy, Valette et Francois, 2015). Pour les auteurs de cette recension des écrits, le cadre de santé « est considéré comme un pivot organisationnel » (p.26). Le cadre de santé a une place de médiateur institutionnel. Il est caractérisé par tout un ensemble d'activités opérationnelles que les auteurs qualifient de « décousu » et « d'invisible » (p.26).

Pour Franchistéguy-Couloume (2015, p.43) :

« Comprendre, intégrer, voire traduire les logiques médicale, gestionnaire et soignante, sont autant de rôles qui incombent au cadre de santé, cadre qui se situe

au carrefour de différentes logiques professionnelles. Le cadre doit relayer et transcrire les décisions du médecin, transmettre et expliquer les outils de gestion, suivre et garantir les protocoles de soins sans oublier son rôle d'organisateur de l'activité. »

Dans son article sur le rôle pivot du cadre de santé, Franchistéguy-Couloume positionne le Cds comme un véritable médiateur entre la direction et les équipes clinique (2015). Dans cette position d'intermédiaire, le Cds relaie l'information et applique les orientations organisationnelles tout en s'assurant de favoriser l'activité collective des équipes. Durant la période de mutations, de réformes, le Cds se charge de transmettre l'information et adapte sa fonction afin de diffuser le changement à tous les niveaux de l'organisation (Franchistéguy-Couloume, 2015). Cependant, sa position d'intermédiaire le confronte à certains paradoxes managériaux : il doit répondre aux impératifs de gestions imposés par la direction tout en accompagnant les équipes cliniques. Il doit à la fois orienter ses pratiques sur la coordination du parcours du patient et sur l'optimisation des ressources humaines et matérielles (Franchistéguy-Couloume, 2015).

Passant d'accompagnateur à gestionnaire, la fonction du cadre de santé français subit de nombreuses mutations. Véritable acteur de la gestion de proximité, les données issues de cette section de la recension des écrits questionnent l'orientation des pratiques stratégiques et managériales du Cds vers une gouvernance clinique.

En conclusion, la gouvernance clinique s'inscrit dans le processus d'amélioration de la qualité des soins des établissements de santé. Elle s'articule autour de la synergie entre la gestion et la clinique. Les acteurs sont ici responsables de la qualité des soins et des services offerts. Cependant, les multiples définitions de la gouvernance clinique mettent un frein à sa mise en pratique par les professionnels. La gouvernance clinique s'actualise par diverses pratiques, stratégiques et managériales pouvant être mobilisées par le cadre de santé français. La gouvernance clinique apparaît complexe et variable. Ainsi, afin de délimiter la définition de gouvernance clinique retenue dans cette étude, nous allons étudier dans la prochaine section le modèle de gouvernance clinique théorisé par Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008).

Cadre conceptuel de référence

Afin de mettre en lumière les pratiques de gouvernance clinique (stratégiques et managériales), Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008), ont élaboré le Modèle intégrateur de la gouvernance clinique dans les établissements de santé (Figure 2). Ce modèle est retenu dans cette étude car il met en avant les pratiques (stratégiques et managériales) qui composent la gouvernance clinique. Contrairement à d'autres modèles théoriques, ce cadre conceptuel étudie l'exercice de la gouvernance clinique de manière concrète dans les établissements de santé. Une deuxième raison qui explique la sélection de ce cadre conceptuel est le fait qu'il décompose la gouvernance clinique en deux niveaux : la gouvernance d'ensemble et la gouvernance de proximité. Dans cette étude, nous nous concentrons sur la gouvernance de proximité, car la population à l'étude est le cadre de santé qui est un gestionnaire de proximité comme nous l'avons vu ci-dessus.

Le socle de la gouvernance clinique est l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services (Pomey et al., 2008). Cet objectif est exposé comme l'élément fondateur du modèle conceptuel de Pomey et al. (2008). C'est également l'élément fondamental du concept de gouvernance clinique tel que nous l'avons abordé tout au long de cette recension des écrits.

Ce modèle a été créé par Pomey et al. (2008), afin d'étudier les pratiques de gouvernance stratégiques et managériales du gestionnaire clinique. La figure deux présente le modèle de gouvernance clinique de Pomey et al. (2008). Il se compose d'une gouvernance d'ensemble et d'une gouvernance de proximité. Pomey et al. (2008) étudient la gouvernance clinique dans une perspective de synergie entre la Gouvernance d'Ensemble (GE) et la Gouvernance de Proximité (GP) de l'Établissement de Santé (ES). La GE concerne l'ensemble des activités de l'organisation, stratégiques et managériales, ayant une influence sur le niveau de qualité et de sécurité de l'organisation (Pomey et al., 2008). Au sein même de la gouvernance d'ensemble se trouve la gouvernance de proximité. La GP « agit sur le cœur même des opérations de soins et services en structurant l'action au niveau des opérateurs » (Pomey et al., 2008, p.183). Nous nous intéressons dans la présente étude de maîtrise à la gouvernance de proximité, rendant ce modèle particulièrement pertinent car la population à l'étude est le gestionnaire de proximité, ici les cadres de santé.

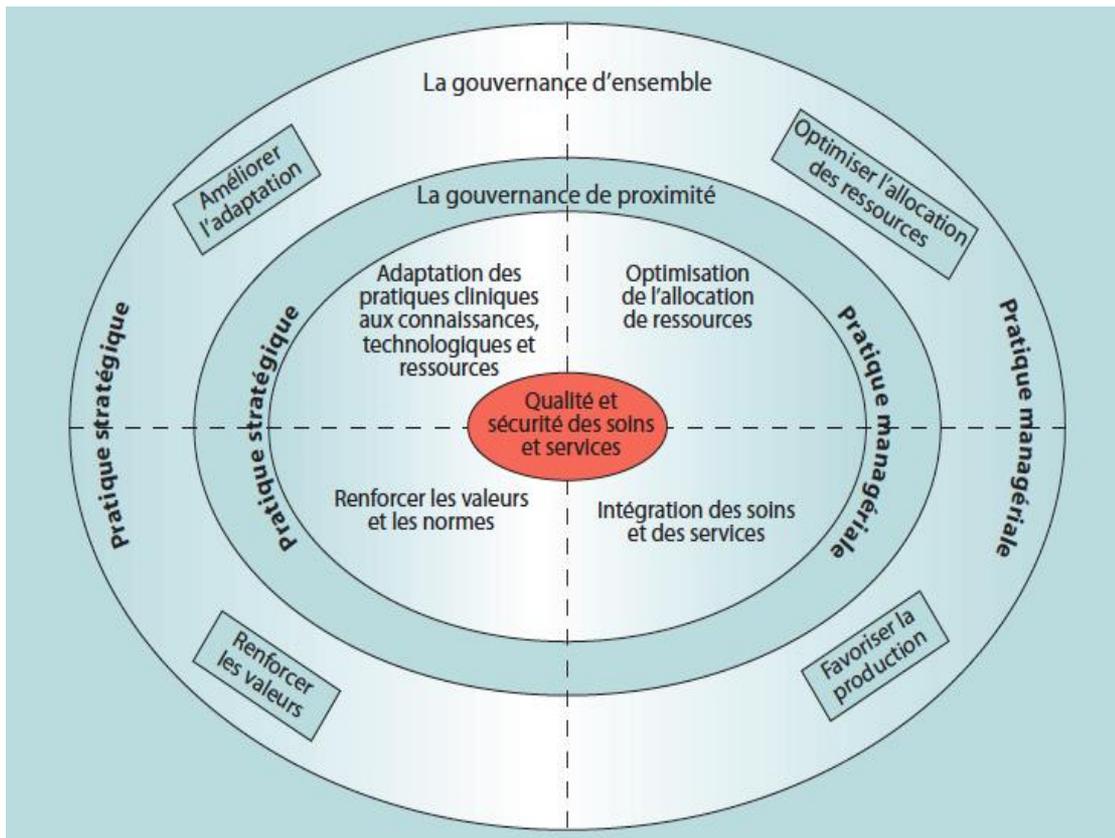


Figure 2: Modèle intégrateur de la gouvernance clinique dans les établissements de santé (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008)

La Gouvernance de proximité s'intéresse à la coordination des pratiques cliniques relatives à la continuité, l'intégrité et la sécurité des soins et services offerts aux patients (Pomey et al., 2008). Pour ce faire, ce modèle conceptuel décompose les pratiques de gouvernance clinique en deux catégories inter reliées, que sont : les pratiques stratégiques et les pratiques managériales. Pomey et al. (2008) définissent les pratiques de gouvernance comme étant un regroupement de moyens et d'outils mobilisés par les acteurs de l'établissement de santé (ES) dont l'objectif est d'améliorer son fonctionnement. Les pratiques de gouvernance stratégiques concernent l'ensemble des pratiques qui vont permettre aux gestionnaires et aux cliniciens de s'adapter à l'environnement tout en restant cohérent face aux valeurs de l'ES (Pomey et al., 2008). Les pratiques de gouvernance managériales, quant à elles, concernent la mise en place des orientations stratégiques sur le terrain (Pomey et al., 2008). Elles visent à favoriser l'optimisation des ressources ainsi que l'intégration des soins et des services.

Tel qu'évoqué précédemment, les pratiques stratégiques de la GC sont subdivisées en deux domaines de pratiques, que sont : les pratiques d'adaptation et les pratiques liées au renforcement des valeurs.

L'adaptation se réfère à la capacité des acteurs à faire évoluer leur pratique grâce aux connaissances, aux nouvelles technologies et aux ressources mobilisées (Pomey et al., 2008). Cette adaptation des gestionnaires et des cliniciens mène au développement d'une capacité apprenante. La formation des professionnels de santé est donc un élément principal des pratiques stratégiques de gouvernance clinique. Cette capacité apprenante des acteurs de la gouvernance de proximité est favorisée par la présence de leaders cliniques (leadership clinique), permettant la mise en œuvre du changement (stratégie d'adaptation au changement). Les leaders cliniques travaillent en coopération avec les gestionnaires afin de favoriser des soins et des services de qualité et sécuritaires. Le rôle du gestionnaire est donc de favoriser l'accessibilité aux nouvelles connaissances (Pomey et al., 2008). Les acteurs de la GP doivent également coopérer avec le patient et son entourage. La participation du patient et de son entourage au processus de soin favorise la prise en compte de leur besoin par les professionnels.

Les pratiques liées au renforcement des valeurs permettent de construire des bases communes à la prise de décision et à l'action (Pomey et al., 2008). Les acteurs de la GP partagent certaines valeurs communes autour de la qualité et de la sécurité de par leur code d'éthique professionnel. En effet, selon les auteurs, les pratiques stratégiques sont en partie liées au renforcement des valeurs de qualité et de sécurité des soins. Le gestionnaire permet la diffusion de ces valeurs à travers l'ES et ses membres (Pomey et al., 2008). Pour ce faire, le gestionnaire peut organiser une réunion entre les acteurs permettant une discussion axée autour des valeurs qui sous-tendent la prise de décision relative à la qualité et à la sécurité des soins et des services. Dès l'entrée des professionnels dans le milieu, des formations peuvent être proposées afin de favoriser la diffusion des valeurs de l'établissement (Pomey et al., 2008). Il s'agit de savoir quelles sont les stratégies mises en place par le cadre de santé pour promouvoir les valeurs de qualité et de sécurité sur son unité. Une valeur qui sous-tend les pratiques stratégiques de gouvernance clinique est l'excellence clinique (Pomey et al., 2008). Les valeurs d'excellence clinique des professionnels permettent d'atteindre un niveau de connaissance et de performance suffisant pour une meilleure qualité des soins et des services.

Le modèle de Pomey et al. (2008) présente les pratiques managériales sous deux domaines : les pratiques liées à la gestion des ressources et les pratiques liées à l'intégration des soins et services.

Les acteurs de la gouvernance de proximité déterminent les besoins en matière de gestion des ressources, en respectant un équilibre entre les différentes unités de soin afin de favoriser une répartition équitable et efficiente (Pomey et al., 2008). Le gestionnaire de proximité prône la participation des cliniciens à la prise de décision en ce qui concerne l'allocation des ressources (humaines, financières et matérielles). La gestion des ressources demande aussi une capacité de planification des activités et la mobilisation des nouvelles technologies dans la diffusion de l'information.

Afin d'intégrer les soins et les services, le patient est placé au centre des prises de décisions (Pomey et al., 2008). L'intégration des soins et des services se traduit au niveau clinique par une démarche d'amélioration continue de la qualité ainsi qu'une gestion des risques (Pomey et al., 2008). Le modèle de Pomey et al. (2008) note que les pratiques d'intégration des soins et des services s'appuient sur une bonne communication et un travail en équipe entre les gestionnaires et les cliniciens. En effet, la communication entre les différents acteurs est un élément important dans la gouvernance clinique, car elle permet une fluidité des échanges. Le concept de communication est lié à celui d'équipe multidisciplinaire. Une bonne communication permet à chaque acteur de l'équipe multidisciplinaire d'offrir le meilleur soin possible au patient. Nous retrouvons également le concept de responsabilisation au sein de la gouvernance clinique. La gouvernance clinique laisse aux acteurs une certaine liberté d'action et une plus grande autonomie, dans le but de les amener à se gérer avec une plus grande indépendance. Ainsi, dans la gouvernance clinique, les rapports entre les différents acteurs sont orientés envers un seul et même objectif : aboutir à la meilleure qualité des soins et des services.

Le cadre de référence présenté ci-haut met en lumière les pratiques stratégiques et managériales de gouvernance clinique du gestionnaire de santé. En lien avec ceci, cette étude de maîtrise s'intéresse aux similitudes et aux divergences entre les pratiques de gestion du cadre de santé français et les pratiques de gouvernance clinique. Le modèle de Pomey et al. (2008) a donc été étudié notamment afin de faire ressortir les éléments constitutifs des pratiques de gestion stratégique et managériale.

Chapitre III : Méthode

Le présent chapitre présente la démarche méthodologique utilisée afin de conduire l'étude, notamment le devis de l'étude, le milieu, la sélection des participants, le déroulement de la collecte des données ainsi que le processus d'analyse des données. Y sont également abordés les critères de rigueur scientifique relatifs à la recherche qualitative ainsi que les considérations éthiques prises en compte tout au long de l'étude.

Devis de l'étude

L'approche qualitative est privilégiée dans le cadre de cette étude en raison de la nature exploratoire et complexe du phénomène à l'étude (Kivits, 2016). Un devis qualitatif exploratoire descriptif, selon la méthodologie de Kivits (2016), a été retenu afin de développer une compréhension plus approfondie des pratiques de gestion du cadre de santé. L'approche descriptive utilisée permet d'améliorer la compréhension des pratiques du cadre de santé œuvrant en CHU, et ainsi orienter de futures recherches (Kivits, 2016). De plus, le devis qualitatif descriptif est privilégié afin d'investiguer une description d'un phénomène tout en réduisant l'interprétation du chercheur (Kivits, 2016).

Milieu de l'étude

Le milieu choisi pour cette étude est le Centre Hospitalier Universitaire de Marseille, à savoir les Assistances Publiques-Hôpitaux de Marseille (APHM). Cet établissement de santé a donné son accord pour que son identité soit diffusée dans les résultats de cette étude. Cet établissement est dans les cinq premiers CHU de France dans le classement en termes de budget financier. Il se compose de quatre hôpitaux et 3 400 lits, et emploie plus de 12 000 salariés, dont environ une centaine de cadre de santé, et quelque 2 000 médecins. Les principales missions de ce Centre Hospitalier Universitaire sont : l'offre de soin, la formation, la recherche, la prévention et l'éducation à la santé. Il promeut l'excellence de ses soignants et de ses médecins tout en favorisant la proximité avec le patient et son entourage. Dans le projet d'établissement, deux axes de développement sont en lien avec cette étude, à savoir : le renforcement de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que « redonner du sens à l'action de chacun par le projet managérial » (AP-HM, 2017, p. 5).

Dans le premier axe sur la qualité et sécurité des soins, le projet d'établissement de l'AP-HM met en avant cinq objectifs, qui sont les suivant (AP-HM, 2017, p.38) :

- « Favoriser l'appropriation par l'ensemble des équipes de la culture qualité et sécurité des soins ;
- Clarifier l'organisation du système qualité gestion des risques ;
- Mieux positionner le patient au cœur de la réflexion qualité-sécurité des soins ;
- Améliorer et sécuriser de façon continue les prises en charge et les organisations ;
- Promouvoir et développer des méthodes et outils qualité, adaptés aux professionnels. »

Le second axe du projet d'établissement de l'AP-HM sur le projet managérial s'articule autour de trois objectifs :

- « Clarifier le rôle de chaque acteur institutionnel dans les processus de gestion » (AP-HM, 2017, p.59) ; dans cet objectif, l'établissement s'engage à fournir d'ici 2021 un schéma organisationnel clarifiant le rôle de chacun des acteurs du système de gestion. À cela s'ajoute l'expérimentation d'un nouveau mode de gestion par les pôles de soins.
- « Mobiliser l'encadrement » (AP-HM, 2017, p.59) ; dans cet objectif, l'établissement s'engage à délivrer l'information la plus complète et la plus précise aux acteurs d'encadrement, ainsi que la mise en place d'une politique de formation des cadres pour optimiser le changement.
- « Restructurer la communication interne » (AP-HM, 2017, p.59) ; dans cet objectif, il est question d'optimiser la communication en interne des objectifs stratégiques et opérationnels en utilisant les nouvelles technologies.

Échantillonnage et recrutement

La population ciblée est constituée de l'ensemble des cadres de santé, soit environ une centaine, œuvrant au sein du CHU AP-HM.

Voici les critères d'inclusion et d'exclusion qui ont orienté le recrutement des participants :

Les critères d'inclusion :

- Détenir un diplôme d'État infirmier
- Posséder un poste permanent en tant que cadre de santé
- Avoir une expérience minimale de trois ans à un poste de cadre de santé
- Comprendre et s'exprimer aisément en langue française
- Donner son accord pour participer à l'étude

Critère d'exclusion :

- Détenir un diplôme paramédical autre qu'en sciences infirmières.

Un échantillonnage aléatoire de cadre est utilisé dans cette étude. Cette stratégie d'échantillonnage permet de repérer les tendances significatives (Kivits, 2016). Un échantillon de huit participants fut envisagé pour atteindre la variation visée. En fonction du niveau de saturation des données, de nouveaux éléments significatifs peuvent être identifiés en plus des concepts déjà avancés précédemment.

Le recrutement des participants a été effectué par l'étudiante-chercheuse, sur la base du volontariat. Une prise de contact par courrier électronique avec la direction des soins du CHU AP-HM fut réalisée, une fois que l'accord du CERSES (Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé) fut obtenu, afin d'obtenir leur appui envers l'étude. Un appel de participation à l'étude a été diffusé en interne au sein du CHU AP-HM. Par la suite, l'étudiante-chercheuse a recruté huit participants volontaires. Une fois les participants sélectionnés, l'étudiante-chercheuse leur a fait parvenir la présentation de l'étude (Appendice A), le formulaire de consentement (Appendice B), et le questionnaire sociodémographique (Appendice C), et

Collecte de données

La méthode de collecte de donnée retenue dans cette étude est une méthode par entretiens individuels semi-dirigés (Kivits, 2016), d'une durée pouvant varier de 30 à 60 minutes chacun.

Après l'obtention de l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en science et en santé de l'Université de Montréal (CERSES), un premier contact par courriel fut effectué auprès de la direction des soins. Cette première prise de contact visait à présenter l'étude aux représentants de la direction des soins de l'AP-HM. Le courrier électronique comprenait les documents suivants : la présentation de l'étude (appendice A), le formulaire d'information et de consentement (appendice B), le questionnaire sociodémographique (appendice C), la demande d'autorisation de la direction de soins (appendice D), et le guide d'entrevue (appendice E). Une fois que la direction des soins a donné son accord, un cadre supérieur de santé fit une présélection de seize cadres de santé répondant aux critères de sélection et voulant participer à l'étude. Une liste de seize cadres de santé fut obtenue avec leur numéro de téléphone. Les seize cadres de santé ont été contactés par téléphone, et seulement dix d'entre eux ont répondu positivement. L'étudiante-chercheuse a laissé un message sur la boîte vocale de l'ensemble des seize cadres figurant sur la liste fournie par la direction des soins de

l'établissement. Au final, sur les dix cadres que l'étudiante chercheuse a réussis à joindre, seulement huit d'entre eux ont répondu positivement à l'invitation, et seulement six ont finalement pu se libérer. Les cadres qui n'ont pas pu se libérer se sont désistés complètement par manque de temps. À la suite de cette prise de contact téléphonique, un courriel fut envoyé à tous les participants afin de leur transmettre la présentation d'étude et le formulaire d'information et de consentement. Lors de ce premier entretien, la présentation de l'étude (appendice A) fut utilisée afin d'uniformiser l'information donnée aux participants sur l'étude et de s'assurer qu'aucun élément ne soit oublié. Les participants avaient pour consigne de prendre connaissance du formulaire d'information et de consentement, et de le signer pour le jour de l'entretien. Si entre-temps, ils avaient la moindre interrogation à ce sujet, l'étudiante-chercheuse les a informés de sa disponibilité par téléphone ou par courriel.

La collecte de données fut organisée, en juin 2019, en trois étapes : le recueil des données sociodémographiques des participants au début de chaque entretien, avant l'enregistrement des données, l'enregistrement des entretiens semi-dirigés et la tenue du journal de bord comprenant les notes annexes aux entretiens. Tous les documents présentés et utilisés ont été au préalable approuvés par le CERSES.

Le recueil des données sociodémographiques

Un questionnaire sociodémographique (appendice C) fut remis aux participants au début de chaque entretien, afin de spécifier et contextualiser leur profil. Les variables recensées sont : l'âge, le sexe, la situation d'emploi actuelle, l'expérience professionnelle, le niveau d'étude, l'expérience en tant que cadre de santé au cours des deux dernières années.

Les entrevues semi-dirigées

Les entretiens se sont déroulés en personne, l'étudiante-chercheuse s'est déplacée en France, à l'AP-HM. Avant le début de l'enregistrement, l'étudiante-chercheuse a répondu à toutes les questions relatives au déroulement de l'étude et de l'entretien. Le questionnaire sociodémographique a été complété à ce moment-là. Le formulaire de consentement fut lu et signé avec le participant, et une réponse aux questions fut apportée.

Les entretiens individuels semi-dirigés ont une durée comprise entre 30 et 60 minutes. Tous les entretiens ont été enregistrés sur une base audio par un dictaphone et furent par la suite retranscrits en intégralité. Les entretiens se sont tenus dans le bureau de chaque cadre de santé, en respectant la confidentialité de la rencontre, de façon volontaire et sans rémunération. Le guide d'entretiens (appendice E) fut construit à partir du cadre de référence sur la gouvernance clinique de Pomey et al. (2008). En effet, le guide d'entretiens fut organisé en deux thèmes principaux et un sous-thème : 1) les pratiques stratégiques du cadre de santé 2) les pratiques managériales du cadre de santé telles que conceptualisé dans le cadre de Pomey et al. (2008), 3) l'état des lieux des connaissances du cadre de santé sur la gouvernance clinique (Appendice E). Ceci a permis à l'étudiante-chercheuse d'orienter la discussion sur les thèmes centraux à aborder.

Bien que le caractère individuel des entrevues soit nécessaire à la contextualisation de l'étude, le guide d'entretien a permis d'orienter les questions autour des objectifs de la recherche, soit : (a) explorer les pratiques stratégiques du cadre de santé français ; (b) explorer les pratiques managériales du cadre de santé français ; (c) explorer le lien entre les pratiques de gestion du cadre de santé français avec les pratiques de gouvernance clinique de proximité.

Le journal de bord

À la suite de chaque entretien, l'étudiante-chercheuse a rédigé des notes afin de permettre une plus grande précision des observations et des impressions obtenues lors de l'entretien (données d'observation). Le journal de bord permet à l'étudiant-chercheur d'examiner la manière dont elle a influencé la recherche ainsi que la façon dont elle fut touchée par celle-ci (Kivits, 2016). Les impressions préliminaires de l'étudiante-chercheuse sont tracées dans le journal de bord, et ont servi à la contextualisation des données en amont de l'analyse.

À la suite de chaque entretien, l'étudiante-chercheuse s'est acquittée de compléter ses notes d'observation, réflexions personnelles, et réflexions analytiques. Également, après chaque entretien, l'étudiante-chercheuse fera le plus tôt possible la retranscription des données afin d'améliorer la précision de celles-ci (Kivits, 2016). Cette retranscription a été effectuée manuellement (sur ordinateur) par l'étudiante-chercheuse elle-même. Lors de la retranscription,

l'étudiante-chercheuse a été amené à faire une première analyse succincte des données afin d'aller plus en profondeur sur le phénomène à l'étude lors du prochain entretien (Kivits, 2016). L'étudiante-chercheuse garde une copie originale des données enregistrées afin de pouvoir y revenir à tout moment (Kivits, 2016). Les transcriptions et journaux de bord sont datés et paginés. L'ensemble des données ont été codifiées par l'étudiante-chercheuse post-retranscription. Les données recueillies sont conservées pour une durée de sept ans après l'obtention du diplôme.

Analyse des données

Une analyse de contenu itérative et réursive est appliquée (Kivits, 2016). L'analyse de contenu consiste à adopter une démarche systématique par étape afin de faire ressortir des thèmes principaux ainsi que différents liens possibles unissant ces thèmes (Kivits, 2016). Cette étude s'appuyant sur le cadre conceptuel de la gouvernance clinique de Pomey et al. (2008), plusieurs lectures sont nécessaires afin d'analyser et d'interpréter les propos faisant allusion aux pratiques stratégiques et managériales de gouvernance clinique. En effet, de nombreux allers et retours ont été fait entre les données recueillies et le cadre conceptuel de référence, afin d'analyser les éléments qui convergent ou divergent.

À la suite des entrevues, une première retranscription littérale des données fut réalisée sur fichier informatique, en respectant la forme du discours (Kivits, 2016). Cette retranscription des données est une première forme d'analyse du discours. Les retranscriptions contiennent des données démographiques sur les participants, ainsi qu'un résumé de l'entretien et de son contexte en plus des données verbales et des données d'observations (intonation du discours, silence, mimique, etc.) (Hammersley, 2010). La retranscription des données non verbales vient compléter le discours et donner davantage d'informations sur le déroulement de l'entretien (Kivits, 2016). Une fois les données retranscrites, des lectures répétées de chaque entretien furent faites afin de permettre à l'étudiante-chercheuse de s'imprégner des données et de leur attribuer un premier sens général (Kivits, 2016).

Afin de procéder à la segmentation des données, une stratégie de classement par rubrique fut adoptée en lien avec notre question de recherche. La segmentation des données est un premier découpage du texte en segment de sens. L'utilisation des rubriques nous a permis de donner un sens général aux données et ainsi les classer pour permettre une ébauche d'analyse.

À la suite de cette segmentation, nous avons procédé au codage horizontal des unités de sens (Lejeune, 2019). Ce processus de codage est une analyse horizontale permettant de comprendre le sens profond d'un discours (Kivits, 2016). L'étudiante-chercheuse a réalisé un codage ouvert des verbatim (Kivits, 2016). Le codage débute par l'entretien le plus riche afin d'extraire des nœuds de sens (Kivits, 2016). Kivits (2016) utilise le terme « nœud de sens » comme synonyme de catégorie. Par la suite, le codage de tous les entretiens fut réalisé afin d'enrichir les catégories de départ (appendice H). Lors de chaque étape de l'analyse, une relecture des retranscriptions est faite. Le processus d'analyse qualitative de contenu est caractérisé par les allers et retours que l'étudiante-chercheuse effectue entre l'écriture, l'interaction avec les données et leur conception. Cette expression est significative du mécanisme d'analyse de donnée. L'analyse des données est une exploration, un processus créatif (Kivits, 2016). Partant de ce postulat, une catégorisation de nos codes a été réalisée en lien avec notre cadre conceptuel de Pomey et al. (2008). Pour faire suite de cette catégorisation des codes, une analyse fut faite en lien avec la gouvernance clinique de Pomey et al. (2008), afin d'extraire les résultats. Pour rappel, les données seront conservées sur l'ordinateur personnel de l'étudiante-chercheuse pour une période de sept ans suivant la diplomation.

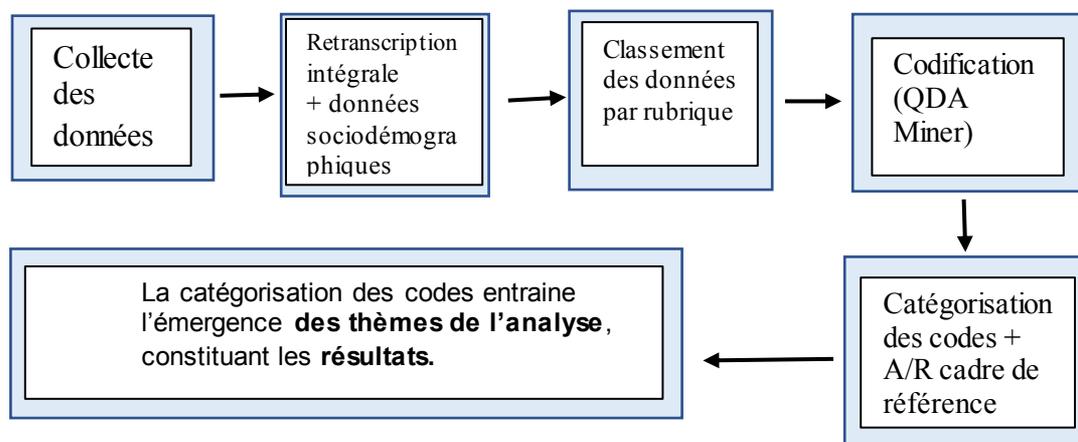


Figure 3: Schématisation du processus d'analyse qualitative

Critères de rigueur scientifique

Afin d'établir la véracité des résultats obtenus, trois critères de qualité sont pris en compte : la crédibilité, la confirmabilité et la transférabilité (Kivits, 2016).

Crédibilité

Selon Lincoln et Guba (1985), la crédibilité des données d'une recherche consiste en la confiance que le lecteur peut avoir dans la véracité de ces données, notamment par la triangulation des données. La triangulation s'inscrit dans une démarche de croisement des données disponibles pour le chercheur (Kivits, 2016). Afin de répondre à ce critère, l'étudiante chercheuse met à profit toutes les données disponibles. Il s'agit de croiser les données d'observation, les notes de l'étudiante-chercheuse, l'entretien lui-même, et la recension des écrits. Le croisement des données a été fait en faisant de nombreux allers/retours entre les différentes sources tout au long du processus d'analyse. Cette collecte et croisement des données permet au chercheur d'interpréter le discours du participant et de le lier avec le cadre théorique du phénomène à l'étude (Kivits, 2016).

Confirmabilité

Ce critère de rigueur correspond au potentiel de correspondance entre les résultats obtenus par de multiples sources au regard de l'exactitude, de la pertinence ou de la signification des données (Kivits, 2016). Ce critère est assuré par l'enregistrement audio des entretiens, la tenue du journal de bord et par la rétroaction sous forme de commentaire de l'équipe de direction de l'étude tout au long du processus de recherche.

Transférabilité

Le critère de transférabilité concerne la manière dont les résultats peuvent s'appliquer à d'autres contextes ou groupes (Kivits, 2016). Le choix d'une population aléatoire de cadres de santé français permet de favoriser la transférabilité des résultats. Par population aléatoire de cadre de santé il est question de cadre de santé issues de différentes spécialisations de soins au sein de la même structure hospitalière. En effet une population aléatoire de cadre de santé permet d'obtenir un éventail de spécialité de soin élargie, ainsi qu'une diversité des pratiques stratégiques et managériales mobilisées. La contextualisation rigoureuse de l'environnement de l'étude peut également favoriser le respect de ce critère.

Considérations éthiques

Bien que la nature de cette étude ne porte pas atteinte à l'intégrité de la personne, plusieurs considérations éthiques sont prises en compte tout au long de celle-ci. Les détails du

protocole de recherche furent soumis à l'approbation du Comité d'Éthique de la Recherche en Science et en Santé de l'Université de Montréal (CERSES). Cette étude a obtenu le certificat d'approbation éthique CERSES-19-024-D. De plus, lors de la sélection des participants, les principes de respect de la dignité humaine, de consentement libre et éclairé, et de confidentialité ont été méthodiquement respectés (Kivits, 2016).

En effet, chaque participant a eu un premier contact par courriel au cours duquel il fut informé du caractère volontaire et confidentiel de leur participation à l'étude. Le participant a également eu la possibilité de poser des questions, de quitter l'étude à tout moment et sans préjudice. L'étudiante-chercheuse était disponible à tout moment afin de répondre aux questions des participants à l'étude.

Chaque entretien fut mené sur la base de la confidentialité et du respect de la personne. Les participants ont pu échanger librement sur leur réflexion dans un contexte de confidentialité et d'anonymisation des données. Les cadres de santé participants contribuent par le fait même à l'avancement de la pratique infirmière. Les entretiens furent réalisés durant le temps de travail, à la convenance des participants et sur accord de la direction de l'AP-HM.

De plus, les participants ont reçu un formulaire de consentement détaillé par courriel, avant le début de leur entretien afin de favoriser un temps de réflexion dans une démarche de consentement libre et éclairé.

En dernier lieu, les données recueillies sont conservées sur l'ordinateur personnel de l'étudiante-chercheuse et protégées à l'aide d'un mot de passe. Les documents papier (journal de bord, formulaires, notes annexes) sont utilisés dans des conditions assurant leur confidentialité, sous la responsabilité de l'étudiant chercheur. L'identification des participants sera codifiée à l'aide d'un numéro d'identification, durant tout le processus de recherche. Seuls l'étudiant-chercheur ainsi que ses directeurs de recherche ont accès à l'identification des participants. Les données et enregistrements sont conservés sur une période de sept ans puis seront détruits par la suite. Par détruite, il est entendu que les fichiers électroniques et audio sont supprimés et les documents imprimés sont déchiquetés.

Chapitre 4. Résultats

4.1 Article de résultats de l'étude

L'article de ce mémoire présente les résultats en lien avec l'exploration qualitative des pratiques stratégiques et des pratiques managériales du cadre de santé français à travers la gouvernance clinique telle que théorisée par Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008). Au Printemps 2020, l'article sera soumis en version française à la revue Recherche en Soins Infirmiers (RSI).

Article

Les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français, une étude qualitative sur la gouvernance clinique. Strategic and managerial health manager's practices, a qualitative study about clinical governance.

Sarah WADY

Infirmière, M. Sc (c), Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Isabelle BRAULT

Infirmière, Ph. D, Professeur agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Sébastien COLSON

Infirmier puériculteur, Ph. D, Maître de conférences, Directeur de l'École des Sciences Infirmières, Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales, EA3279 : CERESS, Aix-Marseille Université, Professeur associé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Résumé

La gouvernance clinique s'inscrit dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé. L'exercice de la gouvernance clinique s'actualise par deux types de pratiques, les pratiques stratégiques et les pratiques managériales, exercées par le cadre de santé français. Le but de cette étude est d'explorer les pratiques stratégiques et les pratiques managériales du cadre de santé français. Un devis qualitatif descriptif a été utilisé pour explorer ces pratiques des cadres de santé. En juin 2019, six entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de cadres de santé d'un Centre Hospitalier Universitaire français. Les résultats de l'étude mettent en évidence trois constats importants. Premièrement, les pratiques stratégiques exercées par le cadre de santé sont les pratiques d'innovation, de culture qualité, de formation, de gestion des risques et de développement des connaissances. Secondement, les pratiques managériales exercées par le cadre de santé sont les pratiques de gestion des ressources, de leadership, de communication, de responsabilisation, et de mobilisation des équipes multidisciplinaires. Troisièmement, ces deux types de pratiques de gouvernance clinique sont conditionnées par les leviers organisationnels. Cette étude permet de mieux comprendre le lien entre les pratiques stratégiques et les pratiques managériales du cadre de santé et la gouvernance clinique, en France. En conclusion, cette étude permet l'ouverture de potentielles futures recherches sur la gouvernance des cadres de santé français, ou sur la gouvernance clinique d'un établissement hospitalier.

Mots-clés : Cadre de santé, gouvernance clinique, pratiques stratégiques, pratiques managériales.

Abstract

Clinical governance is part of the process of improving the quality of care and health services. The exercise of clinical governance is updated by two types of practices, strategic practices and managerial practices, exercised by French health manager. The purpose of this study is to explore strategic practices and managerial practices of the French health manager. A qualitative and descriptive quote has been used to explore strategic practices and managerial practices of health manager. In June 2019, six semi-structured interviews were conducted alongside health manager of a French University affiliated Hospital. Results of this study underscore three substantial observations. First, strategic practices and managerial practices driven by health

manager are innovating practices, quality culture, background, risk assessment, and knowledge improvement. Second, managerial practices driven by health manager are funds management, leadership, communication, responsibility, and teamwork. Thirdly, these two practices of clinical governance are conditioned by organizational levers. This study allows for better understanding connection between health managers's strategic practices and managériales practices and clinical governance, in France. In conclusion, this study allows potential future research about French health manager's governance, or about clinical governance in health organisation.

Keywords: Health manager, clinical governance, strategic practices, managerial practices

Introduction

La qualité des soins est au centre des objectifs des organisations de santé. L'un des modèles organisationnels permettant l'amélioration de la qualité des soins et des services est le modèle de gouvernance clinique. La gouvernance clinique se définit comme un modèle de gouvernance, dont l'objectif est de garantir une offre de soins de qualité (Phillips, Pearce, Hall, Travaglia et al., 2010). Cette offre de soins de qualité s'obtient en rendant responsables les établissements de santé, les cadres de santé et les soignants envers l'amélioration de la qualité des soins (Phillips, Pearce, Hall, Travaglia et al., 2010). La qualité des soins est une responsabilité organisationnelle majeure des établissements de santé, dont l'objectif pour les établissements de santé, est l'intégration de soins et des services (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Le modèle de gouvernance clinique se situe à une zone de jonction du système de gestion et du système clinique, où plusieurs pratiques peuvent être mises en place pour améliorer la qualité des soins (Brault, Roy et Denis, 2008 ; Mirebeau, 2010 ; Cleary et Dyke, 2017).

Dans cette zone, nous retrouvons le cadre de santé dans l'exercice de ses pratiques stratégiques et managériales. Le cadre de santé est à l'interface entre la sphère clinique et la sphère managériale de gestion de l'établissement de santé (Detchessahar et Grévin, 2009). Dans cette interface entre la gestion et la clinique, il contribue à la démarche d'amélioration de la qualité des soins et des services (Mirebeau, 2010). En effet, le rôle du cadre de santé est reconnu par les établissements de santé comme contribuant à la démarche d'amélioration continue de la

qualité et de la sécurité des soins (Mccallin et Frankson, 2010). Il est responsable du développement et de l'implantation des initiatives de qualité des soins de son établissement.

La mobilisation des pratiques de gouvernance clinique par le cadre de santé français est difficilement observable (Pascal, 2008 ; Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Le modèle de gouvernance clinique, en tant que tel, est peu présent dans les établissements de santé en France. Cependant, la réforme Hôpital engagée par l'État français en 2007 a initié une nouvelle gouvernance par pôle d'activité médicale. Cette réforme hospitalière a induit une réorganisation des responsabilités de l'établissement de santé, notamment avec la volonté de redistribuer la prise de décision aux acteurs de proximité. Cette réforme induit un changement important concernant les pratiques du cadre de santé français (Robelet, 2008). En effet, les pratiques du cadre de santé s'inscrivent davantage dans une gestion de proximité au niveau des services de santé. Le cadre de santé a notamment la responsabilité de déployer les initiatives de qualité des soins au sein de son service (Robelet, 2008). Cette nouvelle gouvernance semble faire écho au concept de gouvernance clinique ; tel que conceptualisé par Pomey (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008).

Cette étude exploratoire concerne les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français, dans le domaine de l'administration des services infirmiers. Selon les pratiques en place, l'analyse permet de voir dans quelle mesure ces pratiques s'apparentent à la gouvernance clinique, et ainsi contribuer à enrichir les connaissances infirmières dans le domaine de la gestion. Aucune étude en sciences infirmières n'a étudié le modèle de gouvernance clinique au travers des pratiques du cadre de santé. En effet, la littérature fait état de d'aucuns d'écrits relatifs à l'exercice de la gouvernance clinique par les cadres de santé (Cummings et al., 2008). La littérature actuelle sur la gouvernance clinique est en grande partie théorique. Il existe un écart majeur entre la littérature théorique sur la gouvernance clinique et sa mise en pratique. Notre étude a pour enjeu de concrétiser le lien entre le modèle de gouvernance clinique et les pratiques du cadre de santé français. En mettant l'accent sur le cadre de santé, cette recherche contribue à explorer si un lien existe entre la gouvernance clinique et les pratiques de cadre de santé, et s'il existe, quel est-il au sein des établissements de santé. Elle fournit ainsi des indications sur les différentes pratiques de gouvernance clinique que le cadre de santé exerce de manière implicite ou explicite. Il en ressort des similarités ou des divergences de pratique, permettant d'orienter des recherches futures sur les pratiques de gouvernance clinique par les gestionnaires.

Contexte

Le modèle de gouvernance clinique fut introduit par le ministère de la santé britannique en 1998, en réponse à des erreurs de diagnostic commis à l'hôpital universitaire Bristol Royal Infirmary de Londres (Brennan et Flynn, 2013). Le gouvernement britannique définit à l'origine la gouvernance clinique comme un modèle organisationnel à travers lequel les établissements de santé du *National Health Services* (NHS) sont désignés responsable de l'amélioration continue de la qualité de leurs soins et services, ainsi que de la mise en place de hauts standards de qualité afin de développer l'excellence clinique (Department of Health, 2001). La gouvernance clinique a été introduite comme un modèle permettant de répondre à ces critères de qualité, et ainsi soutenir la transformation des processus cliniques et organisationnels (Brault, Denis et Sullivan, 2015). En somme, le concept de gouvernance clinique est un modèle dans lequel les acteurs du soin, gestionnaires et cliniciens, sont rendus responsables conjointement de la qualité, de la sécurité et du parcours du patient au sein de l'organisation (Pearson, 2017 ; Cleary et Duke, 2019.).

L'exercice de la gouvernance clinique dans les organisations de santé est conditionné par différents leviers de gouvernance clinique. Nous explorerons dans la section qui suit les différents leviers de gouvernance clinique.

Selon la recension des écrits, il existe différents leviers permettant l'exercice de la gouvernance clinique dans une organisation de santé (Brault, Denis et Sullivan, 2015). Un levier se définit comme étant un mécanisme organisationnel permettant d'exercer la gouvernance clinique au sein d'un établissement de santé (Brault, Denis et Sullivan, 2015). L'identification de ces leviers organisationnel permet de faire un lien entre les pratiques du cadre de santé et le contexte organisationnel. Toujours selon cet article, il existe trois catégories de levier organisationnel : les leviers structurels, les leviers de communication, et les leviers économiques. Les leviers structurels regroupent l'ensemble des réglementations de l'organisation de santé (Brault, Denis et Sullivan, 2015), et ils ont pour enjeu de permettre l'exercice de la gouvernance clinique dans un cadre formel. Les leviers de communication regroupent l'ensemble des moyens d'échange et de prise de décision entre les différents acteurs de la gouvernance clinique au sein d'une organisation de santé (Brault, Denis et Sullivan, 2015). Les leviers économiques regroupent l'ensemble des paramètres financiers à considérer dans la mise en œuvre de projet au sein de l'organisation de santé. Ces trois leviers organisationnels de gouvernance clinique sont mobilisés par tous les acteurs impliqués dans la gouvernance

clinique, en fonction de leurs propres opinions et intérêts, et en fonction des objectifs à atteindre, des caractéristiques spécifiques de l'environnement et de leur niveau de gestion (opérationnel ou stratégique), (Brault, Denis et Sullivan, 2015).

Selon les écrits, l'identification et la mobilisation des leviers organisationnels nous permet de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans l'exercice de la gouvernance clinique (Brault, Denis et Sullivan, 2015) Dans cette étude, nous nous concentrons sur les leviers organisationnels impliquant le cadre de santé dans l'exercice de ses pratiques stratégiques et managériales.

Le cadre de santé français se définit comme étant un encadrant d'unité de soins de proximité en charge de la coordination des activités paramédicales (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2016).

Selon la recension des écrits, la fonction du cadre de santé français est définie dans le rapport gouvernemental de la mission Cadres Hospitalier de De Singly comme étant « l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer puis contrôler le travail des personnels » (De Singly, 2009, p.20). Ce même rapport présente quatre principales missions du cadre de santé : une mission de formation, une mission de gestion de projet, une mission d'expert, et une mission de management d'équipe. Selon De Singly (2009), Dans sa mission de formation, le cadre de santé paramédical accompagne les équipes cliniques dans le développement de nouvelles connaissances et dans la formation des nouvelles recrues (MSS, 2016). Dans sa mission de gestion de projet, le cadre de santé participe à l'implantation de nouveaux projets organisationnels principalement axés autour de la démarche qualité et des objectifs de l'établissement (Dujardin, Reverdy, Valette, et François, 2016). Dans sa mission d'expert, le cadre de santé a un rôle d'expert dans le soin de par sa formation paramédicale, et contribue ainsi aux besoins de l'établissement. Dans sa mission de management d'équipe : le cadre de santé coordonne les activités cliniques et supervise l'organisation du travail et il réalise les missions opérationnelles en lien avec la direction et en collaboration avec les équipes (MSS, 2016).

Cadre conceptuel de référence

Le cadre conceptuel utilisé dans cette étude est le modèle intégrateur de la gouvernance clinique dans les établissements de santé (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Ce modèle

est retenu dans cette étude car il met en avant les pratiques (stratégique et managériales) qui composent la gouvernance clinique. Contrairement à d'autres modèles théoriques, ce cadre conceptuel présente l'exercice de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. Une deuxième raison qui explique la sélection de ce cadre conceptuel est le fait qu'il décompose la gouvernance clinique en deux niveaux : la gouvernance d'ensemble et la gouvernance de proximité. Dans cette étude, nous nous concentrons sur la gouvernance de proximité, car la population à l'étude est le cadre de santé qui est un gestionnaire de proximité comme nous l'avons vu ci-dessus.

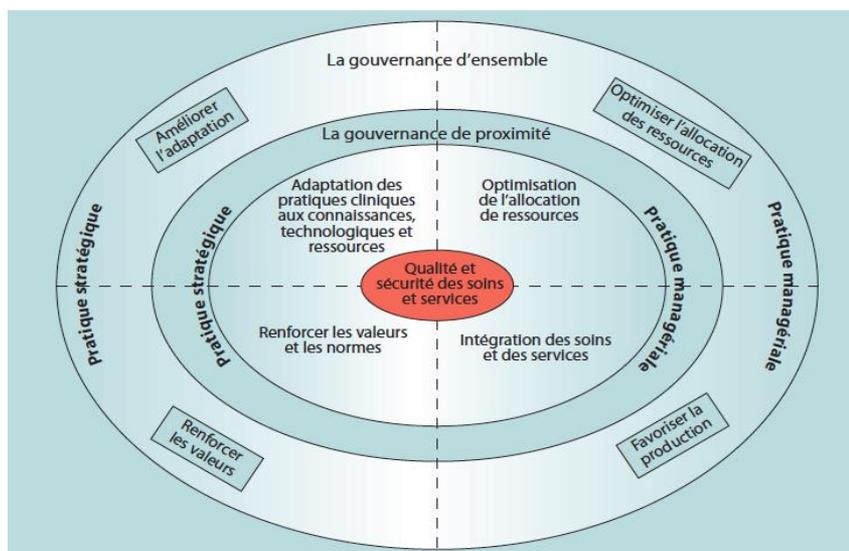


Figure 1 Modèle intégrateur de la gouvernance clinique dans les établissements de santé (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008)

La gouvernance de proximité « agit sur le cœur même des opérations de soins et services en structurant l'action des opérateurs » (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008, p. 183). Cette gouvernance s'intéresse à la coordination des pratiques cliniques relatives à la continuité, l'intégrité et la sécurité des soins et des services offerts aux patients (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Pour ce faire, ce modèle conceptuel décompose les pratiques de gouvernance cliniques en deux catégories interreliées, que sont : les pratiques stratégiques et les pratiques managériales. Les pratiques de gouvernance se définissent comme étant un regroupement de moyens et d'outils mobilisés par les acteurs de l'établissement de santé dont l'objectif est d'améliorer son fonctionnement (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Les pratiques de gouvernance stratégiques concernent l'ensemble des pratiques qui vont permettre aux gestionnaires et aux cliniciens de s'adapter à l'environnement tout en restant cohérent face aux valeurs de l'établissement de santé (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Les

pratiques de gouvernance managériales, quant à elles, concernent la mise en place des orientations stratégiques sur le terrain (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Elles visent à favoriser l'optimisation des ressources ainsi que l'intégration des soins et des services. Ce cadre de référence a permis d'orienter toutes les étapes de réalisation de cette étude ; de la collecte de données, à l'analyse et l'interprétation des résultats.

Méthode

Devis : L'approche qualitative est privilégiée dans le cadre de cette étude en raison de la nature exploratoire et complexe du phénomène à l'étude (Kivits, 2016). Un devis qualitatif exploratoire descriptif, selon la méthodologie de Kivits (2016), a été retenu afin de développer une compréhension plus approfondie des pratiques de gestion du cadre de santé. L'approche descriptive utilisée permet d'améliorer la compréhension des pratiques du cadre de santé œuvrant en CHU, et ainsi orienter de futures recherches (Kivits, 2016). De plus, le devis qualitatif descriptif est privilégié afin d'investiguer une description d'un phénomène tout en réduisant l'interprétation du chercheur (Kivits, 2016).

Milieu de l'étude : Le milieu choisi pour cette étude est le centre hospitalier Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM). Cet établissement est dans les cinq premiers CHU de France dans le classement en termes de budget financier. Il se compose de quatre hôpitaux et 3 400 lits, et emploie plus de 12 000 salariés, avec plus qu'une cinquantaine de cadre de santé, et quelque 2 000 médecins.

Population et échantillon : La population à l'étude est l'ensemble des cadres de santé exerçant au sein du Centre hospitalier Universitaire sélectionné, elle est d'environ cinquante cadres. Les critères d'inclusion sont les suivants : détenir un diplôme d'Etat infirmier, posséder un poste permanent en tant que cadre de santé, avoir une expérience en tant que cadre de santé d'au minimum trois ans, comprendre et s'exprimer aisément en langue française. Une fois que la direction des soins a donné son accord, un cadre supérieur de santé fit une présélection de seize cadres de santé répondant aux critères de sélection et voulant participer à l'étude. Une liste de seize cadres de santé fut obtenue avec leur numéro de téléphone. Les seize cadres de santé ont été contactés par téléphone, et seulement dix d'entre eux ont répondu positivement. L'étudiante-chercheuse a laissé un message sur la boîte vocale de l'ensemble des seize cadres figurant sur la liste fournie par la direction des soins de l'établissement. Au final, sur les dix cadres que l'étudiante chercheuse a réussi à joindre, huit d'entre eux ont répondu positivement à l'invitation, et seulement six ont finalement pu se libérer. Les cadres qui n'ont pas pu se libérer

se sont désistés complètement par manque de temps. Au total, 100% des participantes sont des femmes âgées de 31 à 60 ans, et sont de formation initiale infirmière. La spécialisation de leur unité de soin respectif est variée au regard des pôles de soins (médecine, urgence, pédiatrie, chirurgie, psychiatrie, oncologie). Une d'entre elles ont entre un et cinq ans d'expérience en tant que cadre de santé, Deux ont entre cinq et dix ans d'expérience, 33% ont entre 10 et 15 ans, et 17% ont 20 ans ou plus d'expérience. À minima les participantes ont un niveau Bac+4 (master première année), et a maxima elles ont un niveau d'étude Bac+5 (master seconde année).

Collecte des données : Les données ont été recueillies sur une période d'une semaine en juin 2019. Les outils de collecte de données sont un questionnaire sociodémographique ainsi que des entretiens individuels semi-dirigés variant de 30 minutes à 55 minutes. Un guide d'entretien construit sur le modèle conceptuel de gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008), a été utilisé comme support lors des entretiens. De plus, la tenue d'un journal de bord, par l'étudiante-chercheure, a permis la consignation de certaines données, telles que le contexte de l'entrevue, le non verbal des participantes pendant les entretiens, ainsi que les réflexions de l'étudiante-chercheure. Les entretiens furent enregistrés sur dictaphone et retranscrits en intégralité. Les données sont rendues anonymes et seront détruites au bout de sept ans suivant l'obtention du diplôme.

Analyse des données : Une analyse de contenu itérative et récursive est appliquée, cela a permis d'analyser en profondeur les données recueillies (Kivits, 2016). À la suite des entrevues, une première retranscription littérale des données fut réalisée sur fichier informatique, en respectant la forme du discours (Kivits, 2016). Trois principaux thèmes d'analyse, liés aux questions de recherches ressortent : les pratiques stratégiques du cadre de santé, les pratiques managériales du cadre de santé, et la gouvernance clinique du cadre de santé. Les retranscriptions contiennent des données démographiques sur les participants, des données contextuelles en plus des données verbales et des données d'observations (intonation du discours, silence, mimique, etc.) (Hammersley, 2010). La retranscription des données non verbales vient compléter le discours et donner davantage d'informations sur le déroulement de l'entretien (Kivits, 2016). Une fois les données retranscrites, des lectures répétées de chaque entretien furent faites afin de nous permettre de nous imprégner des données et de leur attribuer un premier sens général (Kivits, 2016). Afin de procéder à la segmentation des données, une stratégie de classement par rubriques fut adoptée en lien avec notre question de recherche. Le classement par rubrique permet de catégoriser une première fois les verbatims avant le codage. À la suite de cette segmentation, nous avons procédé au codage horizontal des unités de sens

(Lejeune, 2014). Un codage ouvert des verbatim a été réalisé (Kivits, 2016). Une catégorisation de nos codes a été réalisée en lien avec notre cadre conceptuel (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). A la suite de cette catégorisation des codes, une analyse fut faite en lien avec la gouvernance clinique afin d'extraire les résultats.

Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en science et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal (CERSES-19-024-D), ainsi que l'approbation de la direction de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille.

Le but de cette étude est d'explorer les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français. Plus spécifiquement, elle vise à comprendre : quels sont les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français ? Dans quelles mesures les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français s'apparentent-elles à la gouvernance clinique, dans l'hypothèse où il exercerait la gouvernance clinique sans le savoir ?

Résultats

L'analyse et l'interprétation des données ont permis d'extraire trois thèmes principaux dans les résultats, à savoir : 1) les pratiques stratégiques de gouvernance exercées par le cadre de santé, 2) les pratiques managériales de gouvernance exercées par le cadre de santé, 3) les leviers organisationnels de gouvernance clinique du cadre de santé. En reprenant les questions de recherches, les résultats nous montrent quelles sont les pratiques stratégiques et les pratiques managériales que le cadre de français exerce. En analysant les données avec le cadre conceptuel de gouvernance clinique, nous trouvons que les pratiques du cadre de santé ont des similitudes avec la gouvernance clinique. Il en ressort également des différences liées aux fait que la gouvernance clinique n'est pas un modèle implanté au sein de l'AP-HM. Dans la section qui suit, nous allons détailler ces similitudes et ses divergences au regard du cadre conceptuel de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008). Les données font également émerger un troisième résultat : l'identification des leviers nécessaires à une potentielle intégration de la gouvernance clinique au sein de l'AP_HM.

Les pratiques stratégiques de gouvernance clinique du cadre de santé

Les pratiques stratégiques de gouvernance clinique du cadre de santé se manifestent, selon les participantes, en cinq catégories. À savoir les pratiques stratégiques suivantes : les valeurs de qualité et de sécurité, la gestion des risques, la formation du personnel, l'innovation, et l'amélioration des connaissances.

Les valeurs de qualité et de sécurité

La première similitude que nous retrouvant entre les pratiques du cadre de santé et la gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008), est la qualité des soins. En effet, la qualité des soins est pour l'ensemble des répondantes une priorité dans leurs pratiques quotidiennes en tant que cadre de santé. Certaines participantes définissent la qualité des soins comme étant liée à la mobilisation de toutes les ressources et de tous les moyens à disposition pour offrir des soins adaptés aux patients.

« À la base, le cadre est garant de la qualité des soins » (Cadre E)

« La qualité des soins c'est pouvoir offrir des soins adaptés aux patients de façon individualisés, de façon optimale avec ce que l'on a comme moyens, comme outils. »

(Cadre A)

Elles conçoivent la qualité des soins comme faisant partie de leur culture professionnelle acquise depuis leur formation initiale en sciences infirmières. La qualité des soins s'inscrit également dans la stratégie d'établissement, et rejoint en ce sens la gouvernance clinique comme étant une finalité du soin.

« On est toujours en réflexion sur ce qu'on fait et donc dans un but ultime d'améliorer les soins et de se perfectionner. Soit suite à un dysfonctionnement, soit juste pour parfaire un petit peu nos pratiques » (Cadre A)

« L'objectif au bout de tout ça, pour moi, ça reste toujours la même chose depuis que je suis infirmière ; c'est la qualité des soins » (Cadre B)

La gestion des risques

Une deuxième pratique stratégique de gouvernance clinique reprise par les cadres de santé est la gestion des risques. Les participantes font un lien entre la culture qualité et la gestion des risques. Pour la majorité d'entre elles, l'obtention de la qualité des soins passe par la mobilisation des outils organisationnels de gestion des risques, entre autres, la déclaration des événements indésirables. Les pratiques stratégiques de gouvernance du cadre de santé liées à la gestion des risques se manifestent par différents outils institutionnels, comme l'outil de

déclaration des événements indésirables (EI), les Comités de retour sur expérience (CREX), et les revues de morbi-mortalité (RMM). La finalité de tous ces outils de gestion des risques est l'amélioration de la qualité des soins selon les participantes et selon la gouvernance clinique.

« On est dans cette culture-là, la culture du risque et donc cette culture de gestion du risque et cette question d'améliorer les pratiques » (Cadre A)

« Le fait de faire des événements indésirables cela permet de faire remonter à la cellule qualité qu'il existe un risque par rapport à ça » (Cadre F)

La formation du personnel

Afin d'alimenter cette culture d'amélioration de la qualité des soins que nous retrouvons dans la gouvernance clinique, les cadres de santé interrogées dans cette étude mettent en avant le rôle central de la formation des professionnels de santé.

« L'amélioration des pratiques ça passe, nous au niveau de l'institution, beaucoup par de la formation, puisque l'on a un service institutionnel qui nous propose des formations adéquates » (Cadre D)

« Dès l'entrée dans le service, donc c'est une formation pratique. On essaie de faire ça sur trois semaines. Donc ça passe par ça la qualité ! » (Cadre E)

La formation des professionnels, de manière générale (nouvelles pratiques, spécialisation...ect) est organisée par les cadres de santé dès l'entrée dans le service des nouvelles recrues. Pour les participantes, cette organisation de formation institutionnelle est nécessaire à l'appropriation des spécificités des unités de soins.

« On met en place une formation pour les nouveaux recrutés qui est interne et propre au service, puisque notre spécificité fait qu'il y a des particularités » (Cadre E)

« Pour qu'ils soient qualifiés, on met en place des choses. C'est-à-dire que toute nouvelle recrue suit une formation bien spécifique avec une évaluation journalière et la semaine, on fait des bilans » (Cadre A)

L'innovation

Une autre pratique stratégique commune entre le cadre de santé et la gouvernance clinique est l'innovation. Suivant le même circuit que l'offre de formation, l'innovation émerge principalement de la direction, et le cadre de santé a la responsabilité de porter et d'implanter ces projets innovants. Les pratiques stratégiques liées à l'innovation émergent donc

principalement de la direction, et non du cadre de santé lui-même. Cependant, le cadre de santé se charge de son implication. La majorité des participantes ont évoqué le nouvel outil institutionnel, à savoir le tableau blanc « rebriqué ». Ce tableau est un outil institutionnel sur lequel les cadres de santé peuvent inscrire leur projet qualité dans leur unité. Cet outil institutionnel a pour objectif de faire participer l'ensemble des professionnels de soins à la démarche qualité et à l'amélioration des pratiques.

« L'institution nous a fait mettre en place un tableau blanc rebriqué où en fait dessus, on peut marquer nos propositions quand il y a quelque chose qui ne va pas et que l'on veut travailler dessus. Ce tableau est positionné là où on fait le staff, comme ça on le garde sous les yeux » (Cadre D)

« Le tableau blanc, c'est un outil pour lequel l'encadrement a été très sensibilisé... pour le rappel de certaines choses, pour la surveillance, et pour le rappel de procédure... donc ça nous aide bien » (Cadre E)

Un autre projet innovant mis en place par le chef de pôle (le cadre supérieur) et mobilisé par certains cadres de santé est la démarche appréciative. Cette démarche appréciative consiste à mobiliser l'ensemble du personnel pour faire émerger des besoins spécifiques et/ou des idées innovantes, comme l'explique Madame B.

« La démarche appréciative c'est en gros essayer de rassembler tous les personnels, quel que soit leur poste, pour justement essayer de faire émerger soit de la coordination, soit de l'innovation, et de là essayer de faire sortir ce qui intéresserait au maximum le personnel » (Cadre B)

L'amélioration des connaissances :

Concernant l'amélioration des connaissances, l'ensemble des cadres de santé interrogés s'accordent à dire que c'est un élément essentiel aux bonnes pratiques de soins. L'amélioration des connaissances se traduit par la formation des professionnels. Les formations sont majoritairement institutionnelles comme nous l'avons vu ci-dessus.

« En tant que cadre, notre but c'est d'améliorer nos pratiques et notre prise en charge des patients » (Cadre D)

« On n'est pas dans cette culture de publication. On est dans cette culture de réflexion »

« On est en permanence en réflexion, on participe aux études aussi » (Cadre A)

En dehors de cela, quasiment aucune cadre de santé interrogée n'était en mesure de nous présenter des outils qu'elles auraient elles-mêmes créés pour améliorer les connaissances des professionnels.

« *Non, non je n'ai pas d'outils comme ça !* » (Cadre C)

Interrogée sur la raison de ce manque d'outils, la cadre de santé C répond :

« *Le manque de temps pour éventuellement faire des recherches pour proposer quelque chose. Le manque de ressource parce que, à part les formations qu'ils nous proposent où on ne peut pas envoyer les soignants, du coup à part ça ils (les soignants) ne proposent rien d'autre* » « *... de vraiment arriver à trouver des temps, même de courts temps, très réguliers, pour travailler avec l'équipe sur l'amélioration des pratiques* » (Cadre C)

En somme, par leurs propos, les participantes montrent que leurs pratiques de cadres de santé s'inscrivent en partie seulement dans les pratiques stratégiques de gouvernance clinique (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). La culture qualité, la gestion des risques, et la formation sont mobilisées par les cadres de santé en lien avec la gouvernance clinique. Cependant, l'innovation semble être davantage une pratique institutionnelle qu'une pratique de gouvernance de proximité car les outils de suivi de la qualité des soins sont implantés par l'institution (tableau blanc rebriqué). De manière globale, les pratiques stratégiques mobilisées par le cadre de santé semblent provenir d'une initiative de la direction plus que de leur propre initiative. La mise en place des pratiques stratégiques s'inscrit dans une gouvernance descendante, c'est-à-dire qui part de la direction vers le terrain et les cadres. Et les pratiques stratégiques liées à l'amélioration des connaissances des professionnelles sont peu mobilisées. En effet, les cadres de santé ne font pas la promotion de l'utilisation des résultats probants, c'est-à-dire que le recours aux articles scientifiques n'est pas un outil mobilisé par le cadre dans santé dans ses pratiques d'amélioration des connaissances.

Les pratiques managériales de gouvernance du cadre de santé

Nos données permettent de décliner les pratiques managériales du cadre de santé, selon le discours des participantes, en cinq catégories en lien avec le modèle de gouvernance clinique, qui sont : la responsabilisation, le leadership, la gestion des ressources, la communication, et l'équipe multidisciplinaire.

La responsabilisation

Dans la gouvernance clinique, la responsabilisation vise à ce que les acteurs travaillent de concert afin d'atteindre leur objectif commun d'améliorer la qualité des soins et des services. Il ressort des entretiens que le concept de responsabilisation touche en premier le lieu les cadres elles-mêmes. En effet les cadres de santé disent avoir la responsabilité de représenter l'institution et ses objectifs sur le terrain.

« En tant que professionnel de santé, il me semble important que tout le monde soit responsable de ce qu'il se passe. C'est-à-dire qu'il n'y a pas juste le chef de service responsable, un cadre de santé responsable, et des exécutants derrière. On a forcément à un moment donné une part de responsabilité dans le travail qu'on effectue » (Cadre B)

« J'ai une responsabilité d'organiser correctement le service, les moyens pour travailler, les plannings pour le personnel » (Cadre B)

La responsabilité des participantes a évolué depuis qu'elles sont devenues cadres. En effet pour l'une des répondantes, sa responsabilité n'est plus la même en tant que cadre que lorsqu'elle était infirmière.

« Je n'ai pas du tout les mêmes responsabilités qu'avant, ça, j'en suis consciente » (Cadre A)

« Effectivement je pense qu'en responsabilisant ça permet de réfléchir à pourquoi on fait ça, de se l'approprier et de trouver de quelle manière on pourrait y arriver » (Cadre C)

Les résultats nous montrent aussi que la responsabilisation est un concept véhiculé par les cadres de santé et applicable à l'ensemble des professionnels de santé. A travers les entretiens, les cadres de santé montrent que la notion de responsabilisation fait partie intégrante de leurs pratiques. Elles nous disent aussi que pour atteindre l'objectif commun d'améliorer la qualité des soins, la responsabilité devrait être davantage véhiculé par tous les acteurs de la direction jusqu'au soignants sur le terrain. Comme dans la gouvernance clinique (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008), la responsabilisation partagée des acteurs du soin conduit finalement à une amélioration de la qualité des soins et des services.

Le leadership

Selon les entretiens avec les cadres, le concept de leadership se manifeste en pratique sur le terrain par la notion de référent. Le référent est un professionnel de santé ayant une

expertise précise dans un domaine particulier et qui a pour objectif d'accompagner l'équipe vers les meilleures pratiques. Le cadre de santé met en pratique le concept de leadership clinique en instaurant dans ses unités des référents. Majoritairement les résultats font ressortir un leadership clinique émanant des infirmières qui sont référentes dans des domaines de soins tels que la pharmacie, le biomédical, les plaies, la douleur, etc.

« J'ai des référents pour tout ce qui est matériel biomédical... en fait chacun a des terrains prédisposés donc effectivement ça se fait automatiquement » (Cadre A)

« Moi je n'appelle pas cela des leaders cliniques, mais j'appelle ça des référents, mais il semble que ce soit la même chose » (Cadre B)

Selon les participantes, un cadre de santé doit être un leader pour son équipe, il doit prendre le temps d'accompagner, d'expliquer.

« Je vais être le leader qui va proposer, qui va mettre en place, qui va impulser une certaine dynamique », « c'est ce côté directif que l'on doit avoir » (Cadre A)

Les résultats indiqueraient également un important leadership par les médecins. En effet, le corps médical va impulser une dynamique d'amélioration des pratiques et des connaissances. La majorité des cadres interrogées perçoivent le leadership médical comme une impulsion dynamisant toute l'équipe. Le leadership collaboratif avec les médecins est une pratique pensée et voulu par les cadres de santé, mais pas toujours facile à mettre en œuvre.

« Bien sûr c'est impulsé au départ par l'équipe médicale, ça c'est sûr ! Mais comme on est un vrai partenaire et un vrai binôme, il n'y a pas ce sentiment de scission » (Cadre A)

« Moi dans l'idéal ça serait une réunion qualité tous les mois où j'aurais des médecins qui insuffleraient ça avec moi » (Cadre C)

En somme, la notion de leadership est une notion présente mais peu développée dans les pratiques du cadre de santé. Ce dernier est encore dans une dynamique réactionnelle aux directives institutionnelles. Nous sommes ici encore loin du leadership clinique (Roy et Tremblay, 2017), et du leadership médical théorisé dans le modèle de gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008).

« J'ai vraiment essayé ce qui me semblait correct, et ce que j'attendais d'un rôle de cadre de santé ; et j'ai du mal à insuffler tout ça. Franchement j'ai du mal » (Cadre C)

La gestion des ressources

La gestion des ressources est un concept de gouvernance clinique complexe, car il est multifactoriel. Les résultats indiquent que les cadres de santé n'ont pas la responsabilité de gérer ni d'attribuer les ressources financières à leurs unités. Cela incombe à la haute direction. Cependant le cadre de santé a la responsabilité de suivre le budget de son unité. Les restrictions budgétaires des institutions hospitalières publiques sont évoquées dans tous les discours des cadres de santé.

« On se débrouille avec toute la bonne volonté générale [...] on a un budget [...] Il ne faut pas qu'on dépasse notre budget » (Cadre D)

« Au niveau économique, oui on est sensibilisé au fait qu'il faille faire des économies ! » (Cadre E)

« On est là pour rappeler qu'il faut faire attention [...] maîtrise des coûts, des commandes qui peuvent se faire parfois de façon anarchique » (Cadre F)

La gestion des ressources matérielles dépend du contexte de restriction budgétaire. La majorité des cadres de santé disent que les ressources matérielles évoluent en fonction des moyens financier de l'institution.

« Ce sont des choses que l'on met en pratique régulièrement, les économies de matérielles » (Cadre E)

La gestion des ressources humaines dépend également du contexte économique de l'établissement de santé, mais les cadres de santé témoignent avoir un peu plus d'amplitude de manœuvre sur leur unité de soin au quotidien. Les pratiques managériales du Cds en termes de gestion des ressources humaines concernent principalement la gestion de l'absentéisme et du turn-over.

« On procède à des rappels de personnel sur leur temps de repos, on fait de la négociation » (Cadre D)

« On s'adapte ! en termes de ressources humaines ...je... (souffle)... j'ai une équipe assez mature sur ça » (Cadre E)

La gestion des ressources financières, matérielles et humaines des cadres de santé s'inscrivent dans une volonté d'améliorer les pratiques de soins au sein de leur unité, en lien avec la gouvernance clinique. Pour les cadres de santé, comme pour la gouvernance clinique, la gestion des ressources a pour enjeu l'amélioration de la qualité des soins et des services.

La communication

Au sein de la gouvernance clinique, la communication entre les différents acteurs permet de partager des objectifs communs envers l'amélioration de la qualité des soins et des services (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Concernant la communication, l'ensemble des cadres de santé positionne ce concept comme essentiel à leurs pratiques managériales quotidiennes. La communication permet de diffuser l'information et de permettre à l'ensemble de l'unité de soins d'avoir de bonnes conditions de travail pour le bien-être du patient. La communication entre la sphère de gestion et la sphère clinique est essentielle à la qualité des soins. Les cadres de santé interrogés intègrent la notion de communication à leurs pratiques quotidiennes. Elles communiquent avec leurs équipes, le patient et son entourage, les autres cadres de santé, les différents intervenants, et la direction.

« Trouver un équilibre entre la gestion et le travail de terrain. Il faut qu'il y ait une communication entre les deux » (Cadre B)

« Je vous parle de communication, mais c'est la clef de beaucoup de choses » (Cadre F)

« Tout est dans la communication ! » (Cadre A)

L'équipe multidisciplinaire

Dans la gouvernance clinique, l'équipe multidisciplinaire est un concept central dans les pratiques managériales de GC (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). La dernière catégorie de pratiques managériales qui ressort du discours des cadres de santé est le concept de mobilisation de l'équipe multidisciplinaire. Dans les six entretiens, chaque cadre de santé met en avant l'importance du travail en équipe entre tous les acteurs dans l'amélioration de la qualité des soins.

« Tous les mardis on se met autour de la table et on parle de ce qui va et de ce qui ne va pas dans le but de s'améliorer », « On est vraiment médical et paramédical, c'est notre force dans l'unité » (Cadre A)

« L'outil c'est l'équipe ! Donc à travers l'équipe il va falloir que j'arrive à voir, au final de la qualité pour les patients... c'est aussi tout le travail qu'on fait auprès d'une équipe c'est-à-dire tout ce qu'on va mettre en œuvre auprès d'une équipe ; les démarches de formation, les moments d'écoute, les moments d'observation parce que j'observe beaucoup. » (Cadre B)

En résumé, le discours des cadres de santé témoigne que leurs pratiques managériales sur le terrain correspondent à une partie des pratiques managériales de gouvernance clinique.

Les leviers organisationnels de gouvernance clinique du cadre de santé

Les résultats de cette étude montrent que les cadres de santé mobilisent des leviers de gouvernance clinique dans l'exercice de leurs pratiques stratégiques et managériales. Ces leviers organisationnels se divisent en deux catégories : les leviers structurels et les leviers de communication. Les résultats de cette étude ne font pas ressortir de leviers économiques significatifs, nous ne les aborderons donc pas dans cette section.

Les leviers structurels

Les résultats de cette étude font ressortir trois principaux leviers structurels dans l'exercice de la gouvernance clinique par le cadre de santé français. Ces trois principaux leviers structurels sont : le rôle du cadre de santé, le pouvoir du cadre de santé, et les conditions de travail du cadre de santé.

Le rôle du cadre de santé est un levier structurel de gouvernance clinique car cela concerne la réglementation de la fonction du cadre au sein de l'organisation. La position du cadre de santé, selon les participantes, il est le lien entre les unités de soins et la direction. Il est à la fois partie prenante et l'intermédiaire entre la sphère clinique et la sphère de gestion, qui parfois ne parle pas le même langage.

« Je pense que chaque cadre définit sa propre position [...] il y en a qui utilisent le terme tampon entre la direction et le terrain, moi je ne pense pas que ce soit ça, c'est plus un lien. On prend beaucoup de temps, mais expliquer aux équipes comme expliquer à la direction les difficultés, d'un côté comme de l'autre, ça permet aux gens de mieux se comprendre » (Cadre D)

« On est quelques fois au cœur du soin avec les difficultés que l'on rencontre, et avec tout ça, effectivement on est représentant d'une direction, d'une politique, d'une institution » (Cadre B)

Le pouvoir du cadre de santé se situe également au niveau des leviers structurels, car cela concerne les limites du champ d'activité du cadre de santé au regard de la hiérarchie de l'organisation. Le pouvoir du cadre de santé est une notion largement ressortie dans les entretiens. Le pouvoir du cadre de santé concerne la prise de décision ainsi que son propre

leadership sur le terrain et auprès de la direction. Mais un cadre de santé doit également être en mesure d'avoir une certaine autorité.

« Je suis plutôt le manager qui va prendre le temps pour faire comprendre aux équipes pourquoi on fait les choses, en donnant du sens » (Cadre C)

Certaines cadres interrogées semblent confondre la notion de pouvoir et la notion d'autorité.

« Parce qu'il est nécessaire aussi à un moment donné de poser les cadres, et je suis cadre de santé ! et je dois poser un cadre ! Donc je le fais en demandant aux gens d'être responsable dans leur fonction » (Cadre B)

L'amélioration des conditions de travail du cadre de santé constituent le dernier levier structurel qui ressort de nos résultats. En effet, les conditions de travail influent sur la possibilité pour le cadre de santé d'exercer la gouvernance clinique. Ces conditions de travail induisent une priorisation des activités, influant sur la réflexion et la prise d'initiative.

« Le manque de temps pour éventuellement faire des recherches pour proposer quelque chose » (Cadre C)

« C'est vrai qu'on a souvent la tête dans le guidon dans ce service » (Cadre D)

« Lorsque l'on est manager et qu'on se retrouve un moment en surcharge de travail, dans du stress, du stress pour différentes raisons... il y a un moment où on va être plus exigeant avec le terrain » (Cadre B)

Les leviers de communication

Les résultats de cette étude font ressortir deux principaux leviers de communication dans l'exercice de la gouvernance clinique par le cadre de santé. Ces deux leviers de communication sont : la dynamique relationnelle entre la direction et les professionnels sur les unités de soins, et le management du cadre de santé.

Le premier levier de communication est la dynamique relationnelle entre la direction et les professionnels de santé. Les témoignages des cadres de santé interrogés font ressortir que la reconnaissance de la direction envers les soignants influe sur la volonté, ou non, des soignants de contribuer à améliorer la qualité des soins et de services.

« *Quelqu'un de la direction qui vient pour les remercier c'est bien, on le remercie pour ce qu'il fait. En fait, il faut valoriser le travail des soignants, c'est important* » (Cadre D)

« *On ne fait rien pour... rien pour que quelque part leur donner envie de faire plus... parce qu'il n'y a aucune reconnaissance derrière* » (Cadre C)

La valorisation se manifeste aussi dans le sens inverse de la dynamique relationnelle entre la direction et les professionnels des unités de soins. En effet, les cadres de santé expriment l'importance pour les soignants, de manifester de la reconnaissance et du respect envers l'organisation de santé dans lequel ils exercent. Cette reconnaissance passe par une prise en compte du contexte global de l'institution.

« *Le respect de l'institution parce qu'on est fonctionnaire au sens noble du terme* »,
« *On respecte l'institution même si on est en période de crise et que c'est compliqué* »
(Cadre A)

Le second levier de communication qui ressort est l'interaction managériale du cadre de santé. Les participantes témoignent toute d'une forme de management de proximité, où la présence sur les unités de soins est indissociable d'une gestion d'équipe positive et efficace. Le management de proximité transite par un cadre de santé bienveillant et à l'écoute de son équipe selon les cadres de santé interrogées.

« *Je fais en sorte d'être assez présente dans le service, car j'estime qu'un cadre n'est légitime que lorsqu'il est présent et qu'il a connaissance de tout ce qui se passe dans le service* » (Cadre E)

« *C'est vraiment la proximité qui va permettre de renseigner à différentes strates et de permettre une juste prise de décision* » (Cadre E)

« *C'est vrai que dans ma pratique j'ai un management de proximité, j'ai un management bienveillant* » (Cadre F)

« *Je suis dans le collaboratif, et participatif à un moment donné* » « *c'est un management qui est au-delà du participatif, il est participatif, il est situationnel, il est aussi directif* » (Cadre A)

Les résultats montrent que le type de management du cadre de santé est un mécanisme de communication influant sur l'exercice de la gouvernance clinique par ce dernier. Lorsque le cadre de santé manifeste un management de proximité et collaboratif, cela s'inscrit dans une volonté d'améliorer la qualité des soins de part un environnement de soin sain. Cette volonté d'obtenir la meilleure qualité des soins et des services se positionne dans la gouvernance

clinique. En reprenant les concepts de gouvernance clinique du modèle de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008), ainsi que les sections du guide d'entrevue et les résultats, nous pouvons illustrer les résultats sous la forme du schéma qui suit.

Nous pouvons, en résumé, illustrer nos résultats au travers de la figure suivante :

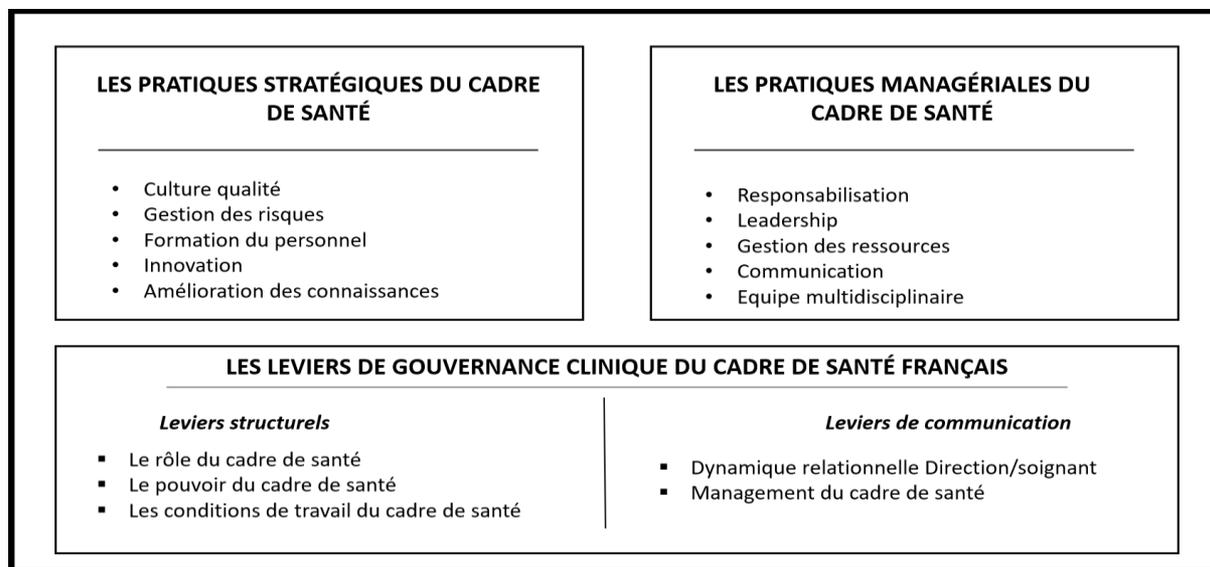


Figure 4: L'exercice de la gouvernance clinique par le cadre de santé français

En faisant une comparaison entre les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français et les pratiques stratégiques et managériales de la gouvernance clinique ; nous obtenons les similarités ci-dessus. De nombreuses pratiques stratégiques et managériales de gouvernance clinique n'ont pas émergées du discours des cadres de santé. Les leviers de gouvernance clinique agissent comme des mécanismes permettant, ou non, que le cadre de santé exerce la gouvernance clinique au sein de son établissement de santé. Dans cette étude, deux leviers de gouvernance clinique ressortent : les leviers structurels et les leviers de communication.

Discussion

Les résultats de notre étude montrent que 1) les pratiques stratégiques de gouvernance clinique exercées par le cadre de santé sont : la culture qualité, la gestion des risques, la formation du personnel, l'innovation et l'amélioration des connaissances ; 2) les pratiques managériales de gouvernance clinique exercées par le cadre de santé sont : la responsabilisation, le leadership, la gestion des ressources, la communication, et l'équipe multidisciplinaire. En faisant un parallèle avec les pratiques stratégiques et les pratiques managériales de gouvernance clinique, les résultats concordent sur certains concepts avec le modèle de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008). Le cadre de santé français pratique en

partie la gouvernance clinique de proximité de manière inconsciente. En effet, la gouvernance clinique n'est pas un modèle implanté au sein de l'AP-HM, même si la qualité des soins est au cœur des politiques de gouvernance hospitalière en France (MSSS, 2016). En effet, la politique de santé française prône l'amélioration de la qualité des soins, la gestion des risques et la responsabilisation de tous les acteurs (Haute Autorité de Santé, 2017). Une étude de cas publiée par Grévin (Grévin, 2012), montrait que les activités du cadre de santé consistent principalement à prévenir et réparer les erreurs, apporter les réajustements demandés et maintenir la cohérence entre les demandes organisationnelles et les contraintes cliniques. Les cadres de santé interrogés confirment accorder une importance centrale à l'amélioration de la qualité des soins et des services, ce qui correspond aux écrits recensés (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008 ; Philips et al., 2010 ; Dujardin, Reverdy, Valette et François, 2015). Le cadre de santé français intervient comme un véritable médiateur aussi bien auprès des soignants qu'auprès de la direction (Rodriguez, 2017).

Parmi les pratiques stratégiques et managériales de gouvernance clinique du modèle de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008), nous ne retrouvons pas chez les cadres, par exemple : l'utilisation des données probantes, la capacité d'adaptation aux changements, un environnement sûr, la culture de non-blâme, l'excellence clinique, des soins centrés sur le patient, et l'utilisation d'indicateur de qualité. Selon les objectifs de la haute autorité de santé (HAS, 2017), l'ensemble de ces concepts sont intégrés aux processus de gestion des structures hospitalière comme l'AP-HM. En effet, à la lumière des résultats de notre étude, le cadre de santé ne les pratiques pas.

La fonction de cadre de santé en France est très variable et ses pratiques dépendent du milieu où il exerce (Hôpitaux, clinique, maison de retraite ect.). Le cadre de santé est caractérisé par tout un ensemble de pratiques qualifiées de « décousu » et « d'invisible » (Dujardin, Reverdy, Valette et François, 2015, p.26). Il devient alors très compliqué d'identifier avec précision ses pratiques. Notre étude a permis d'identifier certaines pratiques du cadre de santé et de voir comment elles peuvent s'inscrire dans un modèle de gestion comme la gouvernance clinique. Les résultats sont présentés sous formes de liste de pratiques qui convergent ou divergent avec le modèle de gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008).

Nous avons choisi le cadre de santé car de par sa fonction de proximité, il mène tout un ensemble d'activités gravitant autour du soin (Dumas et Ruiller, 2013). Les résultats de notre étude nous montrent que cette proximité avec les soins confère au cadre de santé une certaine légitimité à inscrire ses pratiques dans celles de la gouvernance clinique. Selon les écrits, les

pratiques et les activités du cadre de santé gagnent à être définies avec plus de précision (Dujardin, Reverdy, Valette et François, 2015, p.26).

La principale limite de notre étude est le fait que la collecte des données a été effectuée dans un seul milieu. Les écrits montrent que les activités du cadre de santé sont variables d'une organisation à l'autre (Dujardin, Reverdy, Valette et François, 2015), nous pouvons donc souligner le fait que notre étude ne concerne qu'une seule organisation de santé ce qui constitue une limite à la transférabilité des résultats de l'étude. Une seconde limite de cette étude est méthodologique et concerne le nombre de participants. Il était au départ prévu d'obtenir le témoignage d'un minimum de huit cadres de santé. La taille de l'échantillon empêche d'atteindre une saturation des données de tous les concepts de gouvernance clinique, mais peut orienter de futures recherches avec un échantillon plus élevé. En effet, même si la saturation des données dans un devis qualitatif est complexe, un échantillon plus grand pourrait permettre d'aller plus en profondeur dans l'exploration des données. La troisième limite est que l'ensemble des cadres de santé exercent en milieu hospitalier public. Il pourrait être intéressant de réaliser cette même étude au sein de structure hospitalière privée afin de valider les résultats. La principale force de cette étude est son caractère nouveau et exploratoire. En effet, à ce jour aucune étude n'a exploré le rôle des gestionnaires de proximité dans l'exercice de la gouvernance clinique. Dans un contexte de recherche permanente d'outils et de moyens pouvant initier une gouvernance hospitalière efficace, cette étude cherche à apporter un regard nouveau sur le potentiel des cadres de santé dans l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Cette étude contribue à la recherche en sciences infirmières dans le domaine de l'administration des services de santé, car elle est la première de son genre à étudier le rôle des gestionnaires de proximité sous l'angle de la gouvernance clinique et à travers un devis qualitatif. Par ailleurs, les résultats de notre étude peuvent orienter les pratiques en administration des services de santé, par exemple en contribuant à la définition des pratiques de gouvernance du cadre de santé français. Les résultats sont en adéquation avec les politiques française d'amélioration de la qualité des soins et des services (HAS, 2017). Il serait intéressant de mener d'autres études afin d'approfondir le sujet et permettre d'obtenir des résultats davantage rigoureux.

Conclusion

A notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative à explorer les similarités et les divergences entre les pratiques managériales et stratégiques du cadre de santé français,

avec celles de la gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008). La fonction de cadre de santé de proximité en France varie et ses pratiques ne sont pas uniformes. L'étude a permis de montrer que les pratiques de gouvernance du cadre de santé présentent des similarités avec les pratiques de gouvernance clinique. Le cadre de santé contribue donc à l'amélioration de la qualité des soins et des services, même si le modèle de gouvernance clinique n'est pas implanté dans le milieu d'étude. Ces nouvelles connaissances pourront orienter d'autres recherches plus approfondies sur le lien entre la gouvernance clinique et la gouvernance hospitalière en France.

Pour finir, il serait intéressant de refaire cette étude dans plusieurs milieux et avec une taille de l'échantillon plus grande afin de pouvoir comparer les résultats et ainsi améliorer les connaissances en administration des services de santé et de mieux soutenir le rôle de gouvernance du cadre de santé.

Déclaration de conflits d'intérêt

« Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. »

Références

- Brault, I., Denis, J.L., et Sullivan, T.J. (2015). Using clinical governance levers to support change in a cancer care reform. *Journal of Health Organization and Management* 29(4) pp.482-497. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2015-0025>
- Brault, I., Roy, D., et Denis, J. L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation des soins* 39(3): 167-173.
- Brennan, N. M., et Flynn, M. A. (2013). Differentiating clinical governance, clinical management and clinical practice. *Clinical Governance : An International Journal*, 18(2), 114-131.
- Cleary, S., et Duke, M. (2017). Clinical governance breakdown: Australian cases of wilful blindness and whistleblowing. *Nursing ethics*. 0969733017731917.
- Cummings, G., Lee, H., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L., et Stafford, E. (2008). Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Journal of health services research and policy*, 13(4), 240-248.
- Denis, J. L., et Contandriopoulos, A. P. (2008). Gouvernance clinique : discussion et perspectives. *Pratiques et organisations des soins*, 39(3), 195-199.
- Department of Health. First class service: Quality in the new NHS. Londres: United Kingdom Department of Health; 1998. 4. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001;322:1413-7.
- Detchessahar, M., et Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de « gestionnisme ». Dans *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 4, pp. 27-37). ESKA.

- Dujardin, P. P, Reverdy, T., Valette, A. et Francois, P. (2015). Conduite de projet, gestion du collectif de travail et unités de soins. *Soins Cadres*, Elsevier Masson, 24(94), p.26-28. <10.1016/j.scad.2015.03.005>. < hal-01677395>
- Dumas, M. et Ruiller, C. (2013). « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ? *Revue de gestion des ressources humaines*, 87(1), 42-58. Doi :10.3917/grhu.087.0042.
- Flynn, M. A., Burgess, T., et Crowley, P. (2015). Supporting and activating clinical governance development in Ireland: sharing our learning. *Journal of health organization and management*, 29(4), 455-481.
- Grevin, A. (2012). Quand la performance pilote le management... Les effets du tournant gestionnaire sur le management de proximité dans une clinique. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 7(30), p. 469-490. DOI 10.3917/jgem.127.0469
- Hammersley, M. (2010). Can we re-use qualitative data via secondary analysis? Notes on some terminological and substantive issues. *Sociological Research Online*, 15(1), 1-7.
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (2017). Rapport d'activité de l'année 2017. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil
- Lejeune, C. (2019). *Manuel d'analyse qualitative*. De Boeck Supérieur.
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., et Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.
- McCallin, A. M., et Frankson, C. (2010). The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 319-325. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01067.x
- Mirebeau, S. (2010). Clinique et management : une synergie en construction. *Empan*, (2), 53-66.

- Moisdon, J. C. (2008). Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? *Pratiques et organisation des soins*, 39(3), 175-181. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2010-1-page-213.htm>
- Pascal, C. (2008). Les enjeux d'une gouvernance clinique intégrée (No. hal-00873223).
- Pearson, B. (2017). The clinical governance of multidisciplinary care. *International Journal of Health Governance*. 22(4), pp.246-250, <https://doi.org/10.1108/IJHG-03-2017-0007>
- Phillips, C. B., Pearce, C. M., Hall, S., Travaglia, J., De Lusignan, S., Love, T., et Kljakovic, M. (2010). Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Med J Aust*, 193(10), 602-607.
- Pomey, M. P., Denis, J. L., et Contandriopoulos, A. P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et organisation des soins*, 39(3), 183-194.
- Robelet, M. (2008). Les dessous de la gouvernance clinique : l'entrée de l'hôpital dans la société de l'audit. *Pratiques et organisation des soins*, 39(3), 201-205.
- Rodriguez, G. (2017). Cadre de santé : protéger le désir des soignants. *Empan*, (3), 38-41.
- Rondeau, A., Brunet, M. et Kostiuk, É. (2019). Adopter la gouvernance clinique : Un mécanisme d'organisation et de fonctionnement des équipes de soins. *Gestion*, vol. 44(4), 68-71. doi:10.3917/riges.444.0068.

Chapitre 5. Discussions

Le but de cette étude était d'explorer les similarités et les divergences entre les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français avec le modèle de gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008). Afin d'explorer les pratiques stratégiques et les pratiques managériales du cadre de santé, nous nous sommes appuyés sur le modèle conceptuel de gouvernance clinique (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008).

Résumé de la discussion de l'article

Les résultats de notre étude montrent que 1) les pratiques stratégiques de gouvernance clinique exercées par le cadre de santé sont : la culture qualité, la gestion des risques, la formation du personnel, l'innovation et l'amélioration des connaissances ; 2) les pratiques managériales de gouvernance clinique exercées par le cadre de santé sont : la responsabilisation, le leadership, la gestion des ressources, la communication, et l'équipe multidisciplinaire. En faisant un parallèle avec les pratiques stratégiques et les pratiques managériales de gouvernance clinique, les résultats concordent sur certains concepts avec le modèle de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008). Le cadre de santé français pratique en partie la gouvernance clinique de proximité de manière inconsciente. En effet, la gouvernance clinique n'est pas un modèle implanté au sein de l'AP-HM, même si la qualité des soins et au cœur des politiques de gouvernance hospitalière en France (MSSS, 2016). En effet, la politique de santé française prône l'amélioration de la qualité des soins, la gestion des risques et la responsabilisation de tous les acteurs (Haute Autorité de Santé, 2017). Une étude de cas publiée par Grévin (Grévin, 2012), montrait que les activités du cadre de santé consistent principalement à prévenir et réparer les erreurs, apporter les réajustements demandés et maintenir la cohérence entre les demandes organisationnelles et les contraintes cliniques. Les cadres de santé interrogés confirment accorder une importance centrale à l'amélioration de la qualité des soins et des services, ce qui correspond aux écrits recensés (Pomey, Denis et

Contandriopoulos, 2008 ; Philips et al., 2010 ; Dujardin, Reverdy, Valette et François, 2015). Le cadre de santé français intervient comme un véritable médiateur aussi bien auprès des soignants qu'auprès de la direction (Rodriguez, 2017).

Parmi les pratiques stratégiques et managériales de gouvernance clinique du modèle de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008), nous ne retrouvons pas chez les cadres, par exemple : l'utilisation des données probantes, la capacité d'adaptation aux changements, un environnement sûr, la culture de non-blâme, l'excellence clinique, des soins centrés sur le patient, et l'utilisation d'indicateur de qualité. Selon les objectifs de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2017), l'ensemble de ses concepts sont intégrés aux processus de gestion des structures hospitalières comme l'AP-HM. En effet, à la lumière des résultats de notre étude, le cadre de santé ne les pratiques pas.

La fonction de cadre de santé en France varie et ses pratiques dépendent du milieu où il exerce (Hôpitaux, clinique, maison de retraite ect.). Le cadre de santé est caractérisé par tout un ensemble de pratiques qualifiées de « décousu » et « d'invisible » (Dujardin, Reverdy, Valette et François, 2015, p.26). Il devient alors très compliqué d'identifier avec précision ses pratiques. Notre étude a permis d'identifier certaines pratiques du cadre de santé et de voir comment elles peuvent s'inscrire dans un modèle de gestion comme la gouvernance clinique. Les résultats sont présentés sous formes de liste de pratiques qui convergent ou divergent avec le modèle de gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008).

Après explication, l'ensemble des cadres perçoivent la gouvernance clinique comme essentielle à leur fonction de manager. Notre étude nous permet de mieux comprendre la perception qu'ont les cadres de santé de leur rôle de gouvernance ainsi que de leurs connaissances envers la gouvernance clinique. Il en ressort principalement que la gouvernance clinique est un modèle qui s'apparente aux recommandations des organisations de santé française en termes d'amélioration de la qualité des soins, de gestion des risques et de

responsabilisations de tous les acteurs de gestion et de clinique (Haute Autorité de Santé, 2017). Notre étude nous permet également de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre dans l'exercice de la gouvernance clinique. Ces mécanismes sont des leviers organisationnels mobilisés par le cadre de santé. Les cadres de santé interrogés ont conscience de ces mécanismes ainsi que du rôle de chaque acteur du soin dans la mobilisation de ces leviers de gouvernance clinique.

Limites et forces de l'étude

La principale limite de notre étude est le fait que la collecte des données a été effectuée dans un seul milieu. Les écrits montrent que les activités du cadre de santé sont variables d'une organisation à l'autre (Dujardin, Reverdy, Valette et François, 2015), nous pouvons donc souligner le fait que notre étude ne concerne qu'une seule organisation de santé ce qui constitue une limite à la transférabilité des résultats de l'étude. Une seconde limite de cette étude est méthodologique et concerne le nombre de participants. Il était au départ prévu d'obtenir le témoignage d'un minimum de huit cadres de santé. La taille de l'échantillon empêche d'atteindre une saturation des données de tous les concepts de gouvernance clinique, mais peut orienter de futures recherches avec un échantillon plus élevé. En effet, même si la saturation des données dans un devis qualitatif est complexe, un échantillon plus grand pourrait permettre d'aller plus en profondeur dans l'exploration des données. La troisième limite est que l'ensemble des cadres de santé exercent en milieu hospitalier public. Il pourrait être intéressant de réaliser cette même étude au sein de structure hospitalière privée afin de valider les résultats. La principale force de cette étude est son caractère innovant. En effet, à ce jour aucune étude n'a exploré le rôle des gestionnaires de proximité dans l'exercice de la gouvernance clinique. Dans un contexte de recherche permanente d'outils et de moyens pouvant initier une gouvernance hospitalière efficace, cette étude cherche à apporter un regard nouveau sur le potentiel des cadres de santé dans l'amélioration de la qualité des soins et des services.

La principale force de cette étude est son caractère nouveau et exploratoire. En effet, à ce jour aucune étude n'a exploré le rôle des gestionnaires de proximité dans l'exercice de la gouvernance clinique. Dans un contexte de recherche permanente d'outils et de moyens

pouvant initier une gouvernance hospitalière efficace, cette étude cherche à apporter un regard nouveau sur le potentiel des cadres de santé dans l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Retombées / Implication pour la recherche

Les résultats de cette étude permettent de poser les bases d'une recherche traitant du rôle du cadre de santé dans l'exercice de la gouvernance clinique. La gouvernance clinique de proximité est, en France, représentée par le cadre de santé. Or à ce jour, très peu d'étude mettent en avant son rôle pivot dans la quête de l'efficacité et de l'excellence des établissements hospitaliers. Le cadre de santé est l'intermédiaire entre la clinique et la direction d'un établissement de santé. Son positionnement et son rôle dans l'organigramme stratégique et opérationnel d'une organisation gagnent à être clarifié et clairement défini. Les cadres de santé sont tous de formation paramédicale, et majoritairement de formation en sciences infirmières. Cette double expertise du soin et de la gestion confère au cadre de santé une longueur d'avance dans la course à l'optimisation de la performance en termes de qualité. Les résultats de cette étude en témoignent, il serait donc intéressant d'orienter de futures recherches sur le sujet. La principale retombée pour la pratique infirmière est l'ouverture de cette discipline au domaine de gestion d'un établissement de santé. En effet, cette étude permet de positionner les sciences infirmières comme une discipline composante de la gestion des problématiques managériales des établissements de santé dans leur quête d'amélioration de la qualité des soins. La qualité des soins devrait être une priorité organisationnelle pour tous les établissements de santé (Birindelli et Panteghini, 2019).

Recommandations

Suite aux résultats de l'étude, nous recommandons de renforcer les pratiques stratégiques du cadre de santé en ce qui concerne les nouvelles technologies, la gestion du changement ainsi que l'utilisation des données probantes. Nous recommandons également de renforcer les pratiques managériales du cadre de santé en ce qui concerne le leadership et la place du patient comme partenaire du soin. Ainsi, les pratiques de gouvernance du cadre de santé français seront plus claires (Dujardin, Reverdy, Valette et François, 2015, p.26). Aussi, le

cadre de santé pourra contribuer à améliorer la qualité des soins et des services au sein de son organisation, tout comme la gouvernance clinique.

Les résultats de cette recherche ouvrent les portes à des recherches futures. D'abord, comme mentionné plus haut, il serait intéressant de refaire cette recherche dans plusieurs milieux. Même si l'AP-HM est une organisation d'envergure, il serait intéressant d'explorer les pratiques du cadre de santé dans tous les milieux de soins où il est amené à exercer. Ainsi, la taille de l'échantillon serait plus grande. Aussi, nous pourrions comparer nos résultats avec ceux d'une telle recherche. Il serait intéressant de comparer la profondeur des similarités et des divergences de pratiques entre le cadre de santé et la gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008).

Conclusion

Cette étude exploratoire qualitative tente d'explorer les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français dans un contexte hospitalier universitaire français. Les résultats de cette étude indiquent des similarités et des divergences entre les pratiques stratégiques et managériales des cadres de santé interrogés, et les pratiques de gouvernance cliniques telles que conceptualisé dans le cadre de référence de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008) ; Les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français sont un sujet d'étude nouveau et porteur.

Ces pratiques de gouvernance s'inscrivent dans une nouvelle forme de gouvernance clinique pouvant potentiellement être adaptée au système de santé français, avec des études complémentaires. La fonction du cadre de santé français n'est actuellement pas encore délimitée par des pratiques de gouvernance précises, et universelles a tous les établissements de santé. Notre étude a cherché à explorer ce sujet, dans une vision qualitative du champ de l'administration des services de santé.

À une heure où les établissements hospitaliers publics peinent à harmoniser leur structure de gouvernance, il semblerait important de créer un lien entre tous les acteurs étant concerné de près ou de loin par l'offre de soin. De la direction jusqu'au terrain en passant par l'administratif. Le système de santé français semble être à l'aube d'un tournant organisationnel. Une innovation des systèmes de gouvernance de proximité et d'ensemble est une piste à explorer.

Références

- Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (2017). Une Ambition pour construire demain. Projet d'établissement 2017-2021. Repéré à :
http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/aphm_projet_d_etablissement_2017_2021.pdf
- Brady Germain, P., et Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 425-439.
- Brault, I., Roy, D., et Denis, J. L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation des soins* 39(3): 167-173.
- Brault, I., Denis, J.L., et Sullivan, T.J. (2015). Using clinical governance levers to support change in a cancer care reform. *Journal of Health Organization and Management* 29(4) pp.482-497. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2015-0025>
- Brennan, N. M., et Flynn, M. A. (2013). Differentiating clinical governance, clinical management and clinical practice. *Clinical Governance : An International Journal*, 18(2), 114-131.
- Birindelli, S., et Panteghini, M. (2019). Clinical Governance Should Be a Priority When Care Delivery Systems Are Disrupted. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 143(9), 1046-1046. doi: 10.5858/arpa.2019-0222-LE
- Cevaer, D. (2015). L'encadrement dans les Nouvelles stratégies de gouvernance. *Soins Cadres*. 93. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2015-0025>
- Chabot, J. M. (2005, January). La gouvernance clinique. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. 24(1) Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2004.11.014>

- Cleary, S., et Duke, M. (2017). Clinical governance breakdown: Australian cases of wilful blindness and whistleblowing. *Nursing ethics*. 0969733017731917.
- Cleary, S., et Duke, M. (2019). Clinical governance breakdown: Australian cases of wilful blindness and whistleblowing. *Nursing ethics*, 26(4), 1039-1049. 10.1177/0969733017731917
- Contandriopoulos, D., et Brousselle, A. (2010). Reliable in their failure: an analysis of healthcare reform policies in public systems. *Health policy*, 95(2-3), 144-152.
- Cummings, G., Lee, H., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L., et Stafford, E. (2008). Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Journal of health services research and policy*, 13(4), 240-248.
- Denis, J. L., et Contandriopoulos, A. P. (2008). Gouvernance clinique : discussion et perspectives. *Pratiques et organisations des soins*, 39(3), 195-199.
- Department of Health. First class service: Quality in the new NHS. Londres: United Kingdom Department of Health; 1998. 4. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001;322:1413-7
- De Singly, C. (2009). Rapport de la mission Cadres Hospitaliers. *Paris : Ministère de la Santé et des Sports*.
- Detchessahar, M., et Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de « gestionnisme ». Dans *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 4, pp. 27-37). ESKA.
- Divay, S., et Gadea, C. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, (4), 677-687.
- Donaldson, L. (2018). Clinical governance: a quality concept. In *Clinical governance in primary care* (pp. 1-16). CRC Press.

- Dujardin, P. P., Reverdy, T., Valette, A. et Francois, P. (2015). Conduite de projet, gestion du collectif de travail et unités de soins. *Soins Cadres*, Elsevier Masson, 24(94), p.26-28. < 10.1016/j.scad.2015.03.005>. < hal-01677395>
- Dujardin, P. P., Reverdy, T., Valette, A., et Francois, P. (2016). Cadre de santé et gestion de projet d'amélioration de la qualité analyse de l'action managériale à partir d'une formation-action à la gestion de projet. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 46-60.
- Dumas, M. et Ruiller, C. (2013). « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ?. *Revue de gestion des ressources humaines*, 87(1), 42-58.
doi:10.3917/grhu.087.0042.
- Feroni, I. (2018). Le recrutement des cadres de santé: entre profession et intégration institutionnelle. *Sciences sociales et santé*, 36(1), 65-70.
- Flynn, M. A., Burgess, T., et Crowley, P. (2015). Supporting and activating clinical governance development in Ireland: sharing our learning. *Journal of health organization and management*, 29(4), 455-481.
- Franchistéguy-Couloume, I. (2015). Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation. *Projectique* 1(13), p. 37-50.
DOI10.3917/proj.013.0037
- Gauld, R., Horsburgh, S., et Brown, J. (2011). The clinical governance development index: results from a New Zealand study. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2011.
- Gauld, R. (2013). Clinical governance development: learning from the New Zealand experience. *Postgraduate medical journal*, postgradmedj-2012.
- Grevin, A. (2012). Quand la performance pilote le management... Les effets du tournant gestionnaire sur le management de proximité dans une clinique. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 7(30), p. 469-490. DOI 10.3917/jgem.127.0469

- Hammersley, M. (2010). Can we re-use qualitative data via secondary analysis? Notes on some terminological and substantive issues. *Sociological Research Online*, 15(1), 1-7.
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(5), 368.
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (2017). Rapport d'activité de l'année 2017. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., et Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.
- Lejeune, C. (2019). *Manuel d'analyse qualitative*. De Boeck Supérieur.
- Lincoln, Y. S., et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). Sage.
- McCallin, A. M., et Frankson, C. (2010). The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 319-325. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01067.x
- Ministère de la santé et des solidarités (2016). Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales. Repéré à : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>
- Mintzberg, H., Lampel, J., et Ahlstand, B. *Stratégie safari : a guided tour through the wild of strategic management*. 1^{er} édition. New York, Free Press.1998.
- Mirebeau, S. (2010). Clinique et management : une synergie en construction. *Empan*, (2), 53-66.
- Moison, J. C. (2008). Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? *Pratiques et organisation des soins*, 39(3), 175-181. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2010-1-page-213.htm>

- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Policy and Practice*, 95(5), 313-388. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179309>
- Pascal, C. (2008). *Les enjeux d'une gouvernance clinique intégrée* (No. hal-00873223).
- Pearson, B. (2017). The clinical governance of multidisciplinary care. *International Journal of Health Governance*. 22(4), pp.246-250, <https://doi.org/10.1108/IJHG-03-2017-0007>
- Perrasse, M. (2015). La fonction cadre, entre histoire et formation. *Soins Cadres*. 95. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2015-0025>
- Peyré, P. (2006). La fonction cadre de santé : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui. *Congrès de l'Association Française des Sciences du Système*.
- Pichon, C., Allouch, L. et Lombart, B. (2017). Le management par la clinique. *Soins Cadres*. 102. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2015-0025>
- Phillips, C. B., Pearce, C. M., Hall, S., Travaglia, J., De Lusignan, S., Love, T., et Kljakovic, M. (2010). Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Med J Aust*, 193(10), 602-607.
- Pomey, M. P., Denis, J. L., et Contandriopoulos, A. P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et organisation des soins*, 39(3), 183-194.
- Rondeau, A., Brunet, M. et Kostiuk, É. (2019). Adopter la gouvernance clinique : Un mécanisme d'organisation et de fonctionnement des équipes de soins. *Gestion*, vol. 44(4), 68-71. doi:10.3917/riges.444.0068.

- Roy, O., et Tremblay, L. (2017). Leadership clinique en faveur de la santé de la population. In *Healthcare Management Forum* (Vol. 30, No. 5, pp. 252-256). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications. DOI : 10.1177/0840470417705144
- Robelet, M. (2008). Les dessous de la gouvernance clinique : l'entrée de l'hôpital dans la société de l'audit. *Pratiques et organisation des soins*, 39(3), 201-205.
- Shortell, S.M., et Walsh, K. (2004). When things go wrong: how health care organizations deal with major failure. *Health Affairs*. 23(3):103-11. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.3.103>
- Spigelman, A-D., et Rendalls, S. (2015) "Clinical governance in Australia", *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 20: 2, pp.56-73, <https://doi.org/10.1108/CGIJ-03-2015-0008>
- Travaglia, J. F., Debono, D., Spigelman, A. D., et Braithwaite, J. (2011). Clinical governance: a review of key concepts in the literature. *Clinical Governance: An International Journal*, 16(1), 62-77.
- Vanu Som, C. (2004). Clinical governance: a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal*, 9(2), 87-90. <https://doi.org/10.1108/14777270410536358>
- Webb, V., Stark, M., Cutts, A., Tait, S., Randle, J., et Green, G. (2010). One model of healthcare provision lessons learnt through clinical governance. *Journal of forensic and legal medicine*, 17(7), 368-373.
- Yahel, M., et Mounier, C. (2011). Rapport : quelles formations pour les cadres hospitaliers. *Inspection Générale des Affaires Sociales*.

Appendice A : Présentation de l'étude

Étude sur les pratiques de gouvernance clinique du cadre de santé français

Titre de l'étude : Les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français : une étude qualitative sur la gouvernance clinique.

Chercheuse principale : Sarah Wady

Recruteur : Sarah Wady

Devis : Qualitatif exploratoire

Objectif de l'étude :

- Explorer les pratiques stratégiques du cadre de santé français.
- Explorer les pratiques managériales du cadre de santé infirmier.
- Comparer les pratiques de gestion du cadre de santé infirmier aux pratiques de gouvernance clinique de proximité.

Critère d'inclusion :

- Détenir un diplôme d'État infirmier
- Avoir une expérience minimale de 3 ans à un poste de cadre de santé
- Comprendre et s'exprimer aisément en langue française
- Donner son accord pour participer à l'étude

Recrutement : dans vos services

Période de recrutement :

Nombre de cadre de santé à recruter : entre 6 et 8

Informations :

Sarah Wady, chercheuse principale

Mme Isabelle Brault, Ph. D

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Sébastien Colson, inf, Ph. D

Professeur associé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

MCF en Sciences Infirmières - Co-responsable Diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée et Master Santé - Département Universitaire de Sciences Infirmières, Faculté de Médecine Aix-Marseille Université.

Appendice B : Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Titre de l'étude : Les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français : une étude qualitative sur la gouvernance clinique.

Milieu à l'étude : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille – Centre Universitaire

Étudiante-chercheuse : Sarah Wady, BSc
Faculté des sciences infirmières
Étudiante à la maîtrise en administration des services infirmiers, Option mémoire
Courriel : sarah.wady@umontreal.ca

Directeurs de recherche : Isabelle Brault, inf., Ph. D
Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Sébastien Colson, inf, Ph. D
Professeur associé, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
MCF en Sciences Infirmières - Co-responsable Diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée et Master Santé - Département Universitaire de Sciences Infirmières, Faculté de Médecine Aix-Marseille Université.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

I. Introduction

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de mémoire de Sarah Wady, dirigée par Isabelle Brault, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal ainsi que par Sébastien Colson, professeur associé à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez lire attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire contient les informations relatives au but de l'étude, à ses procédures, avantages, risques et inconvénients, ainsi que les personnes ressources à contacter au besoin.

Le présent formulaire peut contenir des mots ou expressions que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez nécessaires à l'étudiant-chercheur et aux directeurs de recherche impliqués dans cette étude afin de clarifier les mots ou expressions incompris.

Une fois le formulaire en main, vous disposerez d'une période de réflexion d'une semaine pour nous donner votre accord et le signer. Vous pourrez le remettre à l'investigatrice principale au début de votre entretien.

II. Description de l'étude

Le but de cette étude est d'explorer les pratiques stratégiques et managériales associées à la gouvernance clinique du cadre de santé français.

Ce projet de recherche est mené en vue d'obtenir un diplôme de deuxième (2^e) cycle universitaire. Les résultats de cette étude devraient contribuer à éclairer les pratiques de gestion des cadres de santé. Ils fourniront des indications sur les actions à mener par les cadres de santé dans leurs interactions avec les professionnels cliniques dans le but d'améliorer la qualité des soins et d'offrir des services sécuritaires et de haute qualité. Les résultats seront recueillis de la façon suivante :

III. Nature de la participation et durée de l'étude

Votre apport consistera à participer à un entretien individuel d'au plus 60 minutes, qui portera sur l'élément suivant :

Votre perception des pratiques de gouvernance stratégiques et managériales mobilisées dans vos pratiques en tant que cadre de santé.

Ces entretiens se dérouleront dans un local au sein de votre service en fonction de vos disponibilités, durant votre temps personnel si tel et votre choix.

Les entretiens seront enregistrés sur bande audio puis retranscrits à des fins d'analyse. Une fois la retranscription de votre entretien complétée, vous recevrez une copie de celle-ci que vous pourrez relire et corriger au besoin. Cette révision n'est pas obligatoire

mais fortement suggérée afin de s'assurer que vos propos ont été dûment respectés. Vous aurez un délai de deux (2) semaines afin de valider la retranscription de votre entretien.

IV. Risques et inconvénients

Vous pourriez ressentir un certain inconfort face à certaines questions posées. A cet effet, sachez que vous serez libre de refuser de répondre à une question en tout temps.

Enfin, le temps requis pour l'entretien peut être perçu comme un inconvénient.

V. Compensation

Il est important de noter qu'aucune compensation financière ou autre reliée à votre participation à cette étude ne vous sera remise.

VI. Avantages

Il est possible que vous retiriez des bénéfices personnels de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir. Il se peut que votre participation à l'étude contribue à l'avancement des connaissances dans le domaine d'étude

VII. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire et vous êtes libre de refuser d'y participer en tout temps, sans conséquence négative ou préjudice. Vous pouvez également choisir de cesser votre participation à tout moment suite à un simple avis verbal et ce, sans avoir à donner de raison. Vous avez seulement à en informer l'investigatrice principale ou les directeurs de recherche.

L'étudiante-chercheuse et les directeurs de recherche sont responsables du projet et peuvent également mettre fin à votre participation si vous ne respectez pas les consignes établies ou si cela n'est plus dans votre intérêt.

En cas de retrait ou d'exclusion, les données recueillies au moment de votre retrait et non encore analysées seront détruites.

VIII. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'étudiante-chercheuse recueillera dans un dossier les renseignements vous concernant nécessaires à l'atteinte des objectifs scientifiques. Les données seront conservés sous format électronique sur l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse, ainsi que sur un disque dur externe.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Vous ne serez identifié que par un numéro auquel seule l'équipe de recherche (étudiante-chercheuse

et directeurs de recherche) auront accès. La clef du numéro, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par l'étudiante-chercheuse.

Les données de recherche seront conservées pendant sept (7) ans suite à la fin de l'étude, sous la responsabilité directe de l'étudiante-chercheuse, puis seront détruites. Par détruites, on entend que les fichiers électroniques et audio seront supprimés et les documents imprimés seront déchiquetés.

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier pourra être consulté par le comité d'approbation de la FSI de l'UdeM ainsi que le CERSES. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques mais il ne sera pas possible de vous identifier.

IX. Responsabilité

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle.

X. Communication des résultats

La diffusion des résultats se fera par courriel sur votre demande une fois le mémoire déposé. Entre-temps, vous pourrez communiquer avec l'étudiante-chercheuse pour vous informer de l'avancement des travaux.

XI. Personnes ressources

À tout moment avant, pendant ou après l'étude, si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche vous pouvez communiquer avec l'une des personnes suivantes qui répondront à vos questions :

Sarah Wady, BSc
Disponibilités : lundi au vendredi, de 8h à 16h
sarah.wady@umontreal.ca

Isabelle Brault, inf., Ph. D
Disponibilités : lundi au vendredi, de 8h à 16h
Isabelle.brault@umontreal.ca

Sébastien Colson, inf., Ph. D
Disponibilités : lundi au vendredi, de 8h à 16h
sebastien.colson@univ-amu.fr

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en science et en santé (CERES) :

Courriel: ceres@umontreal.ca

Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

XII. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le CERSES de l'Université de Montréal, une fois qu'il approuvera ce projet de recherche, il en assurera le suivi. De plus, il approuvera toutes modifications apportées au projet de recherche ainsi qu'aux documents destinés aux participants du projet de recherche.

XIII. Consentement

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes. Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Prénom et nom du participant
(Caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement et signature du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom et signature du chercheur

Date

Appendice C : Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

Numéro du participant : _____

1. Age

- 21-30 ans
- 31-40 ans
- 41-50 ans
- 51-60 ans
- 61-70 ans

2. Sexe

- Femme
- Homme
- Indéterminé

3. Titre d'emploi (relativement au poste détenu et non à votre niveau de scolarité)

- Cadre de santé
- Autre (spécifier) : _____

4. Niveau d'ancienneté

- 1-5 ans
- 5-10 ans
- 10-15 ans
- 15-20 ans
- Plus de 20 ans

5. Niveau de scolarité

- Licence
- École des cadres
- Diplôme Universitaire (DU)
- Autre (spécifier) : _____

6. Nombre d'année écoulée depuis la diplomation initiale

- 1-5 ans
- 6-10 ans
- 11-15 ans
- 16-20 ans
- 21-25 ans
- 26-30 ans
- 31-35 ans
- 36-40 ans
- Plus de 40 ans

Appendice D : Demande d'autorisation des directions de soins

Madame la Coordinatrice générale des soins,

Dans le cadre de ma maîtrise en sciences infirmière à l'Université de Montréal, votre organisation de santé a été sélectionnée pour l'étude suivante :

Les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français : une étude qualitative sur la gouvernance clinique.

Ce projet est réalisé par Sarah WADY qui étudie à la maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et que vous pouvez joindre par courriel à l'adresse suivante : sarah.wady@hotmail.fr . Ce projet est réalisé sous la supervision du professeur Isabelle BRAULT et du professeur Sébastien COLSON que vous pouvez joindre par courriel aux adresses suivante : isabelle.brault@umopntreal.ca ; sebastien.colson@univ-amu.fr.

Cette étude est un état des lieux sur les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français. Selon les pratiques en place, l'analyse permettra de voir dans quelle mesure ces pratiques s'apparentent à la gouvernance clinique.

Les renseignements recueillis au cours de ce projet seront utilisés pour la préparation d'un article scientifique qui sera rendu public. La collecte des données consiste à réaliser de 6 à 8 entretiens semi-dirigés avec des cadres de santé paramédicaux. Les informations brutes resteront confidentielles, mais le chercheur utilisera ces informations pour son projet de publication.

Nous vous demandons l'autorisation d'effectuer notre collecte de données dans votre organisation. La mention du nom de l'organisation dans le projet de publication ne peut être faite sans l'autorisation de la haute direction à cet effet. Nous vous demandons l'autorisation de dévoiler le nom de votre entreprise dans la publication d'un document qui sera rendu public.

J'accepte que cette recherche soit conduite dans l'entreprise que je dirige.

Oui

Non

J'accepte que le nom de mon entreprise soit dévoilé lors de la diffusion des résultats de cette recherche.

Oui

Non

Nom de l'organisation	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
Adresse	80 rue Brochier, 13005 MARSEILLE
Nom et fonction du ou des signataires autorisés	Mme INTHAVONG, Coordinatrice Générale des Soins
Numéro de téléphone	04 91 38 25 25
Courriel	karen.inthavong@ap-hm.fr
Signature	 Karen INTHAVONG Directeur des Soins Coordinatrice Générale des Soins Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille 80, rue Brochier - 13354 MARSEILLE Cedex 05

Appendice E : Guide d'entrevue semi-dirigé

Guide d'entretien pour l'enquête qualitative incluant les sous-questions de clarifications

Introduction :

- Présentation du chercheur
- Présentation du sujet à l'étude
- Rappel du consentement libre et éclairé et du droit de retrait en tout temps

Question d'ouverture :

De quelle manière la démarche d'amélioration de la qualité des soins s'intègre-t-elle à vos pratiques en tant que cadre de santé ?

Thème I : Les pratiques stratégiques

- a. Quels éléments mettez-vous en place pour la formation des professionnels de votre unité ? (Adaptation)
- b. Quelles pratiques mettez-vous en place pour favoriser le leadership clinique dans votre unité ? (Adaptation)
- c. Quelles sont vos stratégies d'adaptation au changement ? (Adaptation)
- d. Comment favorisez-vous la participation du patient et de son entourage ? (Valeurs)
- e. Quelles sont vos stratégies pour promouvoir les valeurs de qualité et de sécurité ? (Valeurs)
- f. Quelles sont vos stratégies pour promouvoir l'excellence clinique ? (Valeurs)

Thème II : Les pratiques managériales

- a. Favorisez-vous la participation des cliniciens aux prises de décisions sur la gestion des ressources (humaines, matérielles et financières) de l'unité ?
- b. Comment gérez-vous votre temps de planification ?
- c. Mobilisez-vous les nouvelles technologies dans la diffusion de l'information ?
- d. En tant que manager, que pouvez-vous dire sur la communication dans votre unité ?
- e. Quelles pratiques mettez-vous en place pour promouvoir la collaboration multidisciplinaire ?
- f. Quelles pratiques de gestion des risques sont à l'œuvre sur votre unité ?
- g. En tant que cadre de santé, comment vous positionnez-vous par rapport à la démarche qualité ?

Questions complémentaires :

- En tant que cadre de santé, comment votre profil infirmier intervient-il dans vos pratiques ?
- Dans votre unité, que pouvez-vous dire sur la synergie entre gestion et clinique ?
- Que pouvez-vous dire sur le concept de gouvernance clinique ?

Conclusion :

- Souhaitez-vous ajouter autre chose sur vos pratiques stratégiques et managériales ?
- Remerciements

Appendice F : Certificat d'approbation éthique

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE
- Renouvellement -

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal

Projet	
Titre du projet	Les pratiques stratégiques et managériales du cadre de santé français: une étude qualitative sur la gouvernance clinique
Étudiant requérant	Sarah Wady (Candidate à la M.Sc en sciences infirmières), Professeure titulaire
Sous la direction de:	Isabelle Brault, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal & Sébastien Colson, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Financement	
Organisme	Non financé

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité. Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.



Insaf Salem Fourati
Responsable de l'évaluation éthique continue
Pour le Comité d'éthique de la recherche en
sciences et en santé (CERSES)
Université de Montréal

14 mai 2020
Date de délivrance du
renouvellement ou de la
réémission*

11 avril 2019
Date du certificat initial
*Le présent renouvellement est en continuité avec le
précédent certificat

1er juin 2021
Date du prochain suivi

1er juin 2021
Date de fin de validité

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

14 mai 2020

Objet: Certificat d'approbation éthique - Renouvellement

Mme Sarah Wady,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) a étudié votre demande de renouvellement pour le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences qui prévalent. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au Comité tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Insaf Salem Fourati
Responsable de l'évaluation éthique continue
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV
Isabelle Brault, Faculté des sciences infirmières
Sébastien Colson, Faculté des sciences infirmières
p.j. Certificat #CERSES-19-024-D(1)

Appendice G : Instructions aux auteurs

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

LA LIGNE ÉDITORIALE

Recherche en soins infirmiers (RSI) est une revue indépendante française à comité de lecture qui publie depuis 1985 dans l'espace francophone international. Elle propose chaque trimestre des articles scientifiques portant sur les divers domaines du soin (clinique, gestion, enseignement) et activités sur la santé (recherche, méthodologie) provenant de toute la francophonie.

La revue a pour but de diffuser des études en sciences infirmières et disciplines connexes en vue d'engager les professionnels dans une pratique basée sur des données scientifiques et dans des activités qui vont contribuer au développement des connaissances en sciences de la santé permettant l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts aux diverses clientèles.

Dans un esprit ouvert à l'interdisciplinarité, ce lieu de publication vise à favoriser le débat épistémologique sur les concepts et théories permettant une construction disciplinaire centrée sur la promotion de la santé de la personne dans son environnement.

LES RUBRIQUES

Rencontre : articles relatifs à une discussion : présentation argumentée et documentée d'une réflexion épistémologique, éthique et/ou philosophique ou encore sur un thème d'actualité.

Méthodologie : articles relatifs à une approche méthodologique, présentant l'analyse critique d'une méthode, d'un outil, d'un concept, d'une théorie.

Recherche : publication de recherches selon les exigences académiques, de revues de littérature.

Variation : publication de travaux ayant un intérêt pour les soins, la clinique, la recherche, publication d'études portant sur une évaluation de pratique professionnelle.

Biographie : publication d'articles présentant la vie et l'œuvre d'un auteur.

LES ÉTAPES DE LA SOUMISSION JUSQU'À LA PUBLICATION D'UN ARTICLE

Les tapuscrits d'articles originaux doivent obligatoirement être soumis directement sur la plateforme Editorial Manager® accessible via le site www.asso-arsi.fr à la rubrique Publications > Revue RSI > Proposer un article.

Le texte soumis doit être conforme rigoureusement aux instructions aux auteurs.

Tous les tapuscrits sont soumis au minimum à deux experts relecteurs pour un examen en double aveugle.

La rédaction se réserve le droit de refuser un article pour des raisons qui lui sont propres, ou de proposer aux auteurs, le cas échéant, des modifications, tant sur le plan du contenu que sur celui de la forme. Le choix des articles étant déterminé par la ligne éditoriale du comité de rédaction, il n'est pas possible de s'engager sur une date de parution.

Avant la dernière mise en page de la revue, il est demandé à l'auteur de relire, pour vérification et validation, son article au format PDF et de le retourner sous sept jours impérativement. A ce stade, il s'agit d'un ultime contrôle sans rajout possible.

Les textes soumis sont préparés spécifiquement et uniquement pour la revue Recherche en Soins Infirmiers. Les textes acceptés deviennent la propriété de l'éditeur et ne peuvent être reproduits dans d'autres publications en tout ou en partie sans l'autorisation de l'éditeur. L'éditeur a les droits exclusifs de l'article, de sa reproduction et de sa vente dans tous les pays. La revue Recherche en Soins Infirmiers se réserve le droit de modifier la disposition et les exigences de style, et de clarifier la présentation.

Lors de la parution de l'article il sera adressé à chaque auteur principal un exemplaire de l'article.

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

RSI apparait dans la liste des revues reconnues par l'International Committee of Medical Journal Editors

(ICMJE). Ainsi les instructions aux auteurs suivent les « *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals* » que vous pouvez consulter à cette adresse : <http://www.icmje.org/>

Une traduction de la Haute Autorité de Santé est également proposée sur ce site : <http://www.icmje.org/recommendations/translations/>

■ Formatage du texte

Le texte sous format Word doit respecter les points suivants :

- la police Times New Roman, 12 points avec simple interligne, justifié et paginé
- toutes les lignes du texte doivent être numérotées (fonction Word : mise en page>numéros de lignes>continu)
- la longueur du texte (titre, résumé, figures, tableaux, références et annexes compris) ne doit pas excéder 25 pages ou 100 000 caractères espaces compris
- le nombre de références ne doit pas excéder 50 sauf dans le cas d'articles portant sur une analyse de concepts ou une revue de littérature
- les numéros de un à dix sont écrits en toutes lettres, sauf s'ils sont utilisés comme une unité de mesure ou dans les figures et tableaux
- les unités de mesure : données cliniques et biologiques sont indiquées en unités métriques (cm, g/l, mmHg, mg, kg, kg/m² ...)
- les sigles et acronymes : formuler l'intitulé in extenso lors de la première apparition dans le texte avec le sigle ou l'acronyme entre parenthèses. Si plusieurs lettres servent à composer l'acronyme, seule la première lettre du premier mot est en majuscule. Exemples : Adeli (Automatisation des listes), Haute autorité de santé (HAS), Association de recherche en soins infirmiers (Arsi).
- ne pas utiliser les caractères gras ou soulignés dans le texte
- ne pas utiliser les en-têtes et les pieds de page
- seuls, les mots en latin ou dans une langue étrangère (autre que le français) et le petit « p » en statistique sont en italiques. Les citations ainsi que les mots et expressions à mettre en relief sont placés entre guillemets.

SOUSSION DU TEXTE

Elle se fait via la plateforme Editorial Manager® et suit les étapes suivantes :

■ Titre

Le titre, éventuellement un sous-titre, sans abréviation ni acronyme, en français et en anglais.

■ Auteurs

Titre : M, Mme,
Prénom : première lettre en majuscule
Deuxième prénom (facultatif)
Nom de famille : en majuscule
Fonction(s) : métier, grade universitaire (le plus élevé ou en cours), fonction
Affiliation : affiliation(s), ville, pays
Adresse e-mail

Exemples

Julie DUPONT
Infirmière, Ph.D, Cadre de santé, CHU de Nantes, laboratoire Inserm 007, Nantes, France.

Pierre MARTIN
Infirmier, M.Sc, Directeur des soins, Centre Hospitalier Dupont, Lille, France.

Corinne DURAND
Psychologue, Ph.D, Professeur, Université Lumière Lyon 2, France.

Juliette DUBOIS
Infirmière, Ph.Dc, Cadre de santé, Institut de formation en soins infirmiers, Nîmes, France.

Liste des abréviations des grades universitaires :

B.Sc => Bachelier en sciences = Licence

M.Sc => Maître en sciences = Master

Ph.D => Docteur en sciences = Doctorat

Ph.Dc=> Doctorant en sciences = Candidat au doctorat

L'adresse électronique (impératif), adresse postale et numéro de téléphone de l'auteur chargé des relations avec la revue doivent être renseignés lors de l'enregistrement sur la plateforme. Seule l'adresse courriel figurera sur le document publié

■ Résumés en français et en anglais

- Chaque résumé est de 150 à 200 mots, il doit présenter pour les articles de recherche, les rubriques suivantes :
 - introduction
 - contexte : résumer la revue de littérature en une seule phrase, ce qui permet de montrer la nécessité de l'étude
 - objectifs : énoncer clairement la question principale ou l'hypothèse de l'étude en une seule phrase
 - méthode : décrire la conception de l'étude, le public concerné et les outils méthodologiques utilisés en trois ou quatre phrases
 - résultats : décrire les principaux résultats dans un paragraphe concis. Cette section devrait être la plus descriptive

- discussion : base de la discussion uniquement sur les résultats déclarés. Décrire toute étude supplémentaire nécessaire
- conclusion

Ils ne doivent pas contenir de citations, ni de références.

■ Mots clés

Chaque article doit être accompagné de cinq mots-clés en français et en anglais

Les mots-clés doivent provenir en priorité du *Medical Subject Heading* (MeSH) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> et de leur traduction française provenant d'un traducteur de mots-clés (Inserm <http://mesh.inserm.fr/mesh/index.htm>, ou HeTOP <http://www.hetop.eu/hetop/>).

Le thesaurus de la Banque de données en santé publique (BDSP) peut également être utilisé en deuxième intention <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Thesaurus/>

■ Informations supplémentaires

Déclaration de conflits d'intérêts

Il convient de mentionner pour chaque auteur selon les cas s'il existe ou non des conflits d'intérêts. Exemple : « les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt ».

Remerciements (facultatif)

Pour les soutiens académiques et/ou professionnels, les financements de la recherche limités aux principaux contributeurs (le cas échéant).

■ Joindre le fichier du corps de texte

Afin de garantir l'anonymat de votre tapuscrit, veillez à ne pas insérer le nom des auteurs dans le fichier contenant le corps de texte (nom du fichier, en-tête ou pied de page).

Le texte du fichier joint sera organisé selon l'ordre suivant : titre en français, titre en anglais, résumé et mots-clés en français, résumé et mots-clés en anglais, remerciements, corps du texte, financements, déclaration de conflits d'intérêts, références, annexes. Les tableaux et figures seront insérés dans le corps de texte à l'endroit souhaité.

De façon générale, le corps du texte est organisé selon les chapitres suivants :

- introduction (contexte, objectifs, cadre de référence)
- matériel et méthode
- résultats
- discussion
- conclusion

Pour les articles de la rubrique biographie, l'organisation des chapitres est libre mais l'article devra contenir les éléments suivants :

- présentation de la personne, son expérience professionnelle
- ce qu'elle a produit
- les auteurs qui l'ont inspirée
- comment elle a influencé d'autres auteurs
- quels ont été les impacts sur les soins infirmiers
- dans un encart : les dates importantes de sa vie.

Notes de l'auteur (facultatif)

Il est possible d'insérer des notes explicatives ou des commentaires pour préciser une information, une situation ou un événement. Dans ce cas, les insérer avec un exposant en utilisant la fonction « insérer une note de bas de page ».

Exemple : « ...depuis les trente glorieuses¹ ... ».

■ Références

Les références doivent être présentées selon les normes conseillées par l'ICMJE (ou groupe de Vancouver) se référer à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>

Les appels de références sont numérotés en chiffre arabe, par ordre d'apparition dans le texte, et placés entre parenthèses directement à la suite de l'élément de texte à référencer.

Si la référence est citée plusieurs fois dans un document, noter le numéro déjà utilisé.

Si plusieurs appels de référence sont cités en même temps : les séparez par une virgule suivie d'un espace.

Si plusieurs appels de références concernent une liste de références consécutives : séparez la première de la dernière par un tiret.

Exemple : « En ce sens, les effets ressentis de la violence, tels que l'anxiété, les troubles du sommeil et l'absentéisme, sont conformes à ceux décrits dans les écrits scientifiques (20, 26-29) ».

Pour mentionner le numéro de page d'une référence d'ouvrage, citer la page après le numéro de référence dans le texte. Exemple : (3, p.41).

A la fin de l'article, les références seront classées par numéro croissant (donc ne respecteront pas l'ordre alphabétique).

S'il y a plus de six auteurs, noter nom et initiale(s) du prénom des six premiers auteurs séparés par une virgule puis « et al. ».

¹ Désigne une période de forte croissance économique au sein des pays de l'OCDE entre 1947 et 1974 environ (après la seconde guerre mondiale et avant le premier choc pétrolier).

Les règles typographiques des références suivent la nomenclature spécifique de l'ICMJE. Les espaces avant et après les signes de ponctuation sont différents selon le type de référence (se reporter aux exemples). Seul le titre est dans la langue de la publication d'origine.

Quelques exemples :

Livre

Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. 3e éd. Montréal: Chenelière éducation; 2010.

Chapitre de livre

Hamonet C. Du mot au concept : cinquante ans de construction d'idées neuves. Dans: Les personnes en situation de handicap. 7e éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2012. p.46-55.

Jovic L. La recherche infirmière : une utilité et un défi. Dans: Rothan-Tondeur M, directeur. Recherche infirmière et paramédicale : guide de rédaction d'un protocole de recherche. Paris: Maloine; 2015. p.18-20.

Article de revue

Alderson M. Work structure in the chronic care setting: possible consequences for nurses' mental health. Can J Nurs Res. 2008 Sep;40(3):160-78.

Lefebvre H, Le Dorze G, Croteau C, Gélinas I, Therriault PY, Michallet B, et al. Un accompagnement citoyen personnalisé en soutien à l'intégration communautaire des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral : vers la résilience ? Rech Soins Infirm. 2013 Dec;(115):107-23. doi: 10.3917/rsi.115.0107.

L'abréviation du mois est en anglais (Dec pour December).

Pour la numérotation de la page de fin, ne pas noter le chiffre des dizaines ou des centaines s'il est identique à la page de début.

Pour trouver l'abréviation du titre d'une revue, utiliser le répertoire des revues : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Thèse, mémoire

Jovic L. La clinique dans les soins infirmiers : naissance d'une discipline. [Thèse de sociologie et sciences sociales]. Lyon: Université Lumière Lyon 2; 1998.

Document en ligne

Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine [En ligne]. Paris: Drees, Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2011. [cité le 8 janvier 2015]. Disponible: <http://www.drees.sante.gouv.fr/distances-et-temps-d-access-aux-soins-en-france-metropolitaine,8920.html>

Présentation des figures (schémas, illustrations et photographies), tableaux et annexes

Les appels des figures et tableaux dans le texte doivent apparaître en chiffre arabe et entre parenthèses : (figure 1) (tableau 1). Chaque tableau comporte un titre et chaque figure une légende. Si les figures sont empruntées à d'autres auteurs l'autorisation de les utiliser doit être requise et la source doit être indiquée.

Les annexes sont numérotées en chiffre romain et sont placées en fin d'article après les références. Les tableaux et figures doivent être fournis au format Word. Les images numérisées devraient être de 300 dots per inch (dpi) en niveaux de gris (la revue est imprimée en noir et blanc) avec un format minimum de 15 x 20 cm sauf si la résolution est intentionnellement à un niveau inférieur pour des raisons scientifiques.

Appendice H : Livre de code

Pratiques managériales

- Démarche qualité
Processus managérial et/ou clinique visant l'amélioration de la qualité des soins et des services.
- Ressources financières
désigne l'ensemble des moyens financiers alloués à un service de santé.
- Ressources humaines
désigne l'ensemble des moyens humains mobilisés par un service de santé.
- Position patient
désigne la place qu'occupe le patient dans les soins.
- Participation patient
désigne l'implication du patient dans l'organisation de ses soins.
- Participation famille
désigne l'implication de la famille du patient dans les soins.
- Bien-être au travail/soignant
promotion de bonnes conditions de travail pour les soignants.
- Participation soignants prise de décision
capacité des soignants à participer aux décisions liées au service de soin.
- Participation médecin prise de décision
capacité des médecins à participer aux décisions liées au service de soins.
- Moyens de communication
outils mobilisés pour communiquer.
- Equipe multidisciplinaire
désigne la mobilisation des différents acteurs du soin.
- Leadership médical
processus par lequel médecin influence l'équipe pour atteindre un objectif commun.
- Responsabilisation
processus par lequel les professionnels sont rendus responsable de leurs actes.
- Gestion des risques
processus visant à identifier, évaluer et prioriser les risques liés à l'activité de soin.
- Référent
professionnel ressource dans un domaine de soin précis.
- Leadership
capacité à influencer un groupe dans l'atteinte des objectifs communs.
- Communication équipe
désigne l'ensemble des moyens mobilisés par l'équipe pour transmettre l'information.
- Transmission information
désigne le chemin transitoire d'une information d'un individu A à un individu B.
- Amélioration des pratiques

désigne le souhait d'améliorer les pratiques de soins.

- Levier implication soignant
facteurs favorisant ou endiguant l'implication des soignants.

Pratiques stratégiques

- Nouvelles technologies
utilisation ou projet de mobilisation d'outils technologiques pour améliorer la qualité des soins et des services.
- Gestion du changement
approche visant à gérer les changements appliqués aux personnes et à l'organisation afin d'atteindre les résultats souhaités.
- Innovation
désigne l'ensemble des pratiques nouvellement introduites dans un service de santé.
- Valeurs qualité
désigne l'ensemble des valeurs liées à la promotion de la qualité des soins et des services.
- Valeur sécurité
ensemble des valeurs liées à la sécurité des soins et des services.
- Amélioration connaissances
processus visant à approfondir ou à développer de nouvelles connaissances.
- Résultats probants
utilisation des ressources scientifiques dans le processus d'amélioration des connaissances.
- Capacité apprenante
désigne le potentiel soignant à acquérir de nouvelles connaissances.
- Excellence clinique
promotion des meilleures pratiques relatives aux soins.
- Formation soignant
moyens visant à former les soignants à de nouvelles pratiques.
- Évènement indésirable
outil organisationnel de déclaration des événements non souhaités pouvant affecter la santé d'une personne.
- Culture qualité
désigne l'ensemble des moyens stratégiques et managériaux mobilisés par la cadr de santé pour instaurer une culture de qualité sur son unité.
- Réactivité aux erreurs
capacité de réaction face à des dysfonctionnements dans le parcours de soin.
- Audit clinique
L'audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques qui mesure les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée.

Pratiques et positionnement du cadre de santé

- Ressources matérielles
désigne l'ensemble des moyens matériels mobilisés par un service de santé.
- Bien-être au travail/cadre de santé
promotion des bonnes conditions de travail pour le cadre de santé.
- Formation cadre de santé
moyen visant à former le cadre de santé à de nouvelles pratiques.
- profil infirmier
désigne l'acquisition du diplôme infirmier.
- Relation Cadre/Médecin
processus relationnel entre la cadre de santé et les médecins.
- Relation Cadre/soignant
processus relationnel entre la cds et les soignants.
- Relation Cadre/direction
processus relationnel entre la cadre et la direction.
- Implication Cadre
participation de la cadre aux activités de soins.
- Autorité cadre
capacité de la cadre de santé à exercer un pouvoir décisionnel.
- Pouvoir cadre
capacité de la cadre de santé à exercer un leadership auprès de l'équipe.
- Management participatif
mode de gestion qui consiste à susciter l'engagement et la prise d'initiative des équipes de travail, en les responsabilisant.
- Vision d'ensemble
considération macroscopique du soin et de son organisation.
- Levier projet cadre
facteurs favorisant ou endiguant l'implication du cadre de santé.
- position cadre
désigne la position du cadre dans sa fonction
- Gouvernance clinique
perception du cadre du modèle de gouvernance clinique.