

Université de Montréal

Intégrer le partenariat de soins dans l'administration des services infirmiers : Une étude exploratoire descriptive

par
Anika Dallaire

Faculté des sciences infirmières

Mémoire de maîtrise
présenté
en vue de l'obtention du grade Maîtrise ès Sciences (M.Sc)
en sciences infirmières
option administration des services infirmiers

Août 2022

© Anika Dallaire, 2022

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :
Intégrer le partenariat de soins dans l'administration des services infirmiers : Une étude
exploratoire descriptive

par
Anika Dallaire

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Marie-Josée Levert (présidente du jury)
Madame Marie-Hélène Goulet (membre du jury)
Madame Isabelle Brault (directrice de recherche)

Résumé

Problématique: Le partenariat de soins est un concept qui s'avère prometteur pour améliorer la qualité des soins de santé offerts à la population. Les gestionnaires de proximité détiennent un rôle-clé dans son intégration en raison de leurs fonctions d'organisation des soins et de gouvernance, ainsi que de leur proximité avec les patients. **But:** Le but de cette étude est d'explorer l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers auprès de gestionnaires de proximité, de coordonnateurs de programme et de patients partenaires de trois unités de soins d'un centre hospitalier de la région de Montréal. D'une part, l'étude vise à explorer les perceptions des parties prenantes quant au rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins et, d'autre part, identifier les barrières, les facilitateurs et les compétences y étant associées. **Méthodologie:** Pour réaliser cette étude exploratoire descriptive, une entrevue semi-dirigée a été conduite auprès de chacun des huit participants : trois coordonnateurs de programme, deux gestionnaires de proximité et trois patients partenaires. Une analyse de contenu a été effectuée et guidée par le référentiel de compétences de pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux. **Résultats:** Le rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers concerne plusieurs thématiques, dont la gestion de projets, la valorisation du patient partenaire et la représentativité de la clientèle. Les principales barrières à l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers identifiées sont l'organisation des soins et la disponibilité des ressources. À l'inverse, le principal facilitateur est la gestion de projets. Les habiletés des parties prenantes peuvent être tant une barrière qu'un facilitateur. La communication, la clarification des rôles et des responsabilités et le leadership collaboratif sont des compétences-clé à maîtriser par les gestionnaires de proximité, selon les participants. **Discussion/Conclusion:** La variabilité dans l'intégration du partenariat de soins et l'importance de l'exercice du leadership dans la gestion des projets réalisés en partenariat sont constatées par l'étudiante-chercheuse. Le rôle et le positionnement hiérarchique des coordonnateurs de programme semblent faciliter davantage l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers que ceux des gestionnaires de proximité. Un besoin de soutien en ce qui

a trait à la compréhension de l'approche, au développement des compétences requises et à l'accès aux ressources en facilitant l'intégration demeure à combler.

Mots-clés: Gestionnaires de proximité, gestion, administration des services infirmiers, organisation, patient partenaire, partenariat, participation du patient, engagement du patient

Abstract

Background: The patient partnership is a concept that appears to be promising for the improvement of the quality of care delivered to the population. The first-line managers play a key role in its integration because of their functions in care organization and governance and their proximity with the patients. **Objective:** The aim of this study is to explore the integration of the patient partnership in nursing administration in three units of a hospital of the greater Montreal area. On the one hand, the study will allow to explore the perceptions of the stakeholders related to the role of the first-line manager in the integration of patient partnership in nursing administration and, on the other, to identify the associated facilitators, barriers and competencies. **Methods:** A semi-directed interview has been conducted with each of the eight participants: three program coordinators, two unit head nurses and five patient partners. This descriptive exploratory study then included a content analysis guided by the competency framework for collaborative practice and patient partnership in health and social services. **Findings:** The first-line manager's role regarding patient partnership integration in nursing administration is related to several themes including project management, valuing the patient partner and users' representativeness. The main barriers documented regarding patient partnership integration in nursing administration are the organization of care and the availability of resources. The main facilitator relates to project management. The skills of the stakeholders are a common theme of the barriers and facilitators. According to the participants, communication, responsibilities and roles' clarification, as well as collaborative leadership are key competencies that first-line managers need to master. **Discussion/Conclusion:** Variability in the integration of the patient partnership and the importance of leadership in project management regarding patient partnership were noted by the student-researcher. The role and hierarchical positioning of program coordinators seem to facilitate the integration of the patient partnership in nursing administration more than those of the first-line managers. Furthermore, support regarding understanding of the approach, competencies development and access to resources facilitating the integration is still required.

Keywords: first-line managers, management, nursing administration, organization, patient partner, patient partnership, patient participation, patient engagement

Table des matières

Résumé	i
Abstract.....	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	viii
Liste des figures.....	ix
Liste des sigles.....	x
Liste des abréviations	xi
Remerciements	xii
Introduction	1
Chapitre 1 : Problématique et but de l'étude	2
1.2 But et questions de recherche	9
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	10
2.1 Questionnaire de proximité	11
2.1.1 Appellations.....	11
2.1.2 Définition du rôle dans les écrits	12
2.1.3 Définition du rôle par l'étudiante-chercheuse	13
2.1.4 Compétences relatives à l'exercice du rôle	13
2.2 Partenariat de soins	18
2.2.1 Définition.....	18
2.2.2 Valeur ajoutée du partenariat de soins.....	22
2.2.3 Positionnement du partenariat de soins dans le continuum de l'engagement du patient	24
2.2.4 Partenariat de soins dans les différentes sphères de la profession infirmière.....	28
2.2.5 Barrières et facilitateurs.....	31
2.2.6 Rôle du questionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers	41

2.3 Cadre de référence	42
Chapitre 3 : Méthodologie.....	48
3.1 Posture épistémologique.....	48
3.2 Type d'étude	49
3.3 Plan d'échantillonnage	50
3.3.1 Milieu de l'étude.....	50
3.3.2 Stratégie d'échantillonnage	52
3.3.3 Unités d'échantillonnage	53
3.3.4 Taille de l'échantillon.....	54
3.4 Plan d'accès aux données	56
3.5 Collecte des données	58
3.5.1 Entrevues semi-dirigées.....	58
3.5.2 Journal de bord	59
3.5.3 Gestion et organisation des données.....	60
3.6 Analyse des données.....	61
3.7 Considérations éthiques.....	63
3.8 Critères de qualité.....	63
3.8.1 Confirmabilité.....	64
3.8.2 Crédibilité	65
3.8.3 Fiabilité.....	65
Chapitre 4 : Présentation des résultats.....	67
4.1 Portrait des participants à l'étude	67
4.1.1 Portrait de l'équipe de soins dont un membre participe à l'étude	68
4.1.2 Portrait de l'équipe de soins dont deux membres participent à l'étude.....	69
4.1.3 Portrait de l'équipe de soins dont cinq membres participent à l'étude.....	73
4.2 Perceptions du rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers	78
4.2.1 Thématiques communes des participants	78
4.2.2 Thématiques non communes à l'ensemble des participants.....	88
4.3 Perceptions des barrières et facilitateurs à l'intégration du partenariat de soins.....	91

4.3.1	Barrières.....	91
4.3.2	Facilitateurs	101
4.4	Perceptions des compétences requises par les gestionnaires de proximité pour intégrer le partenariat de soins en administration des services infirmiers	106
4.4.1	Planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux ...	106
4.4.2	Éducation thérapeutique et éducation à la santé.....	107
4.4.3	Clarification des rôles et des responsabilités.....	107
4.4.4	Travail d'équipe.....	108
4.4.5	Communication	109
4.4.6	Leadership collaboratif.....	109
4.4.7	Éthique clinique.....	110
4.4.8	Prévention et résolution des conflits.....	110
Chapitre 5	: Discussion.....	112
5.1	Variabilité dans l'intégration du partenariat de soins.....	112
5.2	Utilisation sous-optimale du potentiel du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins	116
5.3	Importance de l'exercice du leadership dans la gestion des projets réalisés en partenariat	119
5.4	Contributions de l'étude	122
5.5	Forces et limites.....	123
5.6	Retombées de l'étude	125
5.6.1	Retombées pour les soins directs.....	125
5.6.2	Retombées pour la gestion.....	126
5.6.3	Retombées pour la formation	127
5.6.4	Retombées pour la politique.....	127
5.6.5	Retombées pour la recherche.....	128
Conclusion	129
Bibliographie	130
Annexe A	: Représentation des titres de participants en fonction de la structure organisationnelle du centre hospitalier.....	i

Annexe B : Schéma de l'échantillon initialement souhaité.....	ii
Annexe C : Guide d'entrevues avec les patients	iii
Annexe D : Guide d'entrevues avec les gestionnaires	vi
Annexe E : Formulaire d'information et de consentement.....	ix

Liste des tableaux

Tableau 1. Représentation des participants à l'étude	67
Tableau 2. Portrait de l'équipe de soins dont un membre participe à l'étude	68
Tableau 3. Portrait de l'équipe de soins dont deux membres participent à l'étude	71
Tableau 4. Portrait de l'équipe de soins dont cinq membres participent à l'étude.....	75

Liste des figures

Figure 1. Référentiel de compétences de pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016b)	47
Figure 2. Représentation des titres de participants en fonction de la structure organisationnelle du centre hospitalier.....	i
Figure 3. Schéma de l'échantillon initialement souhaité.....	ii

Liste des sigles

ANA : *American Nurses Association*

AONE : *American Organization of Nurse Executives*

CEPPP : Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public

CERES : Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal

CHUM : Centre hospitalier de l'Universitaire de Montréal

CIO-UdeM : Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CRCHUM : Centre de recherche du centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal

CSS : Collaboration en sciences de la santé

DCPP : Direction collaboration et partenariat patient

DEC : Diplôme d'études collégiales

DQEPE : Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

Liste des abréviations

Etc. : Et cætera

Remerciements

Le premier remerciement est dédié à ma directrice de recherche, Mme Isabelle Brault, car sans son engagement et sa foi en mon projet de recherche, celui-ci n'aurait pas pu être réalisé. Je te remercie grandement pour l'accompagnement vers cette réussite.

Le second remerciement est dédié aux participants de l'étude, sans qui le projet de recherche n'aurait pas pu être mené, pour le temps qu'ils m'ont accordé et la générosité lors des entrevues. Le recrutement de ces participants a été facilité par la responsable de l'Espace partenariat avec le patient. Ce fut un soutien important, merci !

Par la suite, je souhaite remercier le Comité interfacultaire de formation à la collaboration interprofessionnelle et au partenariat de l'Université de Montréal pour la bourse octroyée. Je souhaite aussi remercier la Faculté des sciences infirmières pour leur soutien professionnel et académique tout au long de mes études.

Je souhaite aussi remercier mesdames Marie-Josée Levert, Karine Bilodeau et Marie-Hélène Goulet qui ont participé aux comités d'approbation scientifique ou au jury de mon mémoire pour le temps dédié à la lecture et à la formulation de précieux commentaires.

Merci à mes amies Isabelle, Véronique et Katia pour leur écoute, leurs conseils et leurs encouragements.

Bien évidemment, je souhaite remercier mes parents Louise et Daniel, ma grand-mère Huguette et mes beaux-parents Carole et Adélarde pour leur soutien diversifié, mais aussi pour leurs encouragements et leur confiance durant ces années d'études. Je souhaite aussi remercier mon frère qui m'encourage à sa façon du haut du ciel.

Finalement, un merci particulier à mon conjoint, Kévin, qui a cru en moi, en mon désir de performer et de réussir, mais qui a aussi su me rappeler quotidiennement de conserver un équilibre et de ne pas oublier de prendre du temps pour soi. Merci aussi pour ta patience et pour ta compréhension!

Toutes ces personnes, et bien d'autres, ont contribué de près ou de loin, par de petits gestes ou de plus grands, à ma réussite. Un énorme merci à tous !

Introduction

Cet ouvrage présente un mémoire de maîtrise au sujet du partenariat de soins en administration des services infirmiers. Ce mémoire de maîtrise est un projet de recherche à devis qualitatif, plus particulièrement exploratoire descriptif, s'étant déroulé au Québec, dans un centre hospitalier de la grande région de Montréal, auprès de huit participants. Le but de ce projet de recherche est d'explorer les perceptions de gestionnaires de proximité et de patients quant au rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du concept de partenariat de soins dans l'administration des services infirmiers. La structure de cet ouvrage est la suivante : problématique, but et questions de recherche, recension des écrits au sujet des gestionnaires et du partenariat de soins, méthodologie, résultats, discussion, contributions de l'étude, forces et limites ainsi que retombées de l'étude.

Chapitre 1 : Problématique et but de l'étude

Le partenariat de soins est une approche qui s'avère être l'ultime niveau d'engagement des patients dans les équipes de soins (Pomey et al., 2015a; Pomey et al., 2015b) : l'établissement d'une relation de collaboration égalitaire dans laquelle les patients partenaires et les professionnels de la santé échangent leurs savoirs dans le but d'améliorer la santé des personnes (Direction collaboration et partenariat patient [DCPP] et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal [CIO-UdeM], 2016b) en favorisant la cohésion entre les soins prodigués et les besoins réels des patients (Pizzo et al., 2014; Pomey et al., 2015a). Le partenariat permet donc au patient d'agir à titre d'expert de sa vie avec la maladie (Karazivan et al., 2015), de démontrer son habileté relative à l'autonomie dans la prise en charge partagée de sa santé globale (Jouet et Las Vergnas, 2011) et de permettre l'adoption d'une vision holistique par les soignants (Goulet et al., 2015), ce qui est essentiel dans la quête d'un bien-être individuel et populationnel. L'expertise et l'unicité du savoir expérientiel des patients constituent la valeur ajoutée du concept de partenariat de soins (Cunningham et Walton, 2016; O'Connor et al., 2018; Ross Baker et al., 2016).

Le patient partenaire, soit le patient faisant partie du partenariat de soins, se définit comme une :

« personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe de soins et de services. Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie » (DCPP et CIO-UdeM, 2016a, p.37).

L'approche du partenariat de soins avec les patients peut être intégrée à la pratique des soignants dans les soins directs, à celle des gestionnaires dans l'administration des services de

santé, des enseignants dans la formation des professionnels, des chercheurs et même des acteurs politiques dans les recherches et le développement de politiques de santé (Pomey et al., 2015a).

Le partenariat de soins dans les soins directs est davantage répandu dans la pratique des professionnels (Haines et al., 2017) et documenté dans la littérature. Le partenariat dans ce domaine représente l'accompagnement du patient « dans le développement de ses capacités d'auto-gestion de sa santé » (Pomey et al., 2015a, p.44). Le partenariat de soins dans les soins directs permet aux patients de rehausser leur littératie en santé (McCormack et al., 2017), d'être actifs dans la gestion de leur santé (Castro et al., 2016; Coulter et Ellins, 2007; Pomey et al., 2015a), d'augmenter leur qualité de vie (Archambault et al., 2018; Coulter et Ellins, 2007; Tambuyzer et al., 2011), leur adhésion aux soins (Haines et al., 2017; Pomey et Lebel, 2016) et leur satisfaction (Castro et al., 2016). Flora et al. (2015) ajoutent que le rehaussement de l'estime de soi des patients, leur sentiment d'utilité et d'appartenance sont aussi favorisés. Le partenariat dans ce domaine peut aussi avoir des retombées positives sur les professionnels de la santé, notamment un rehaussement de l'esprit d'équipe et une valorisation personnelle associée à la satisfaction des patients (British Medical Association, 2015; Castro et al., 2016; Pomey et Lebel, 2016). D'ailleurs, Nilsen et al. (2010) mentionnent que le personnel soignant adopte une approche plus personnalisée auprès des patients.

Le partenariat de soins en administration des services infirmiers représente une relation entre gestionnaires et patients partenaires de laquelle découle une « co-construction de services, de programmes et de démarches d'amélioration continue de la qualité » (Pomey et al., 2015a, p.44). Comme ce type de partenariat favorise la considération et l'intégration des besoins des patients dans l'organisation des soins, il comporte aussi des bénéfices tels l'accessibilité aux soins de santé (Haines et al., 2017; Pizzo et al., 2014), l'amélioration de l'efficacité des services (Archambault et al., 2018; Bombard et al., 2018; Fleming et al., 2017; Ross Baker et al., 2016) ainsi que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Bombard et al., 2018; Fleming et al., 2017; Pomey et al., 2015a; Ross Baker et al., 2016). Une meilleure utilisation des ressources (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016), une cohésion dans les projets (O'Connor et al., 2018; Pizzo et al., 2014) et des évitements de coûts (Fleming et al., 2017; Greene et al., 2015; O'Connor et al., 2018) sont aussi des bénéfices documentés. De plus, la

considération de la santé holistique des patients à travers le partenariat de soins aurait une portée équivalente à la considération d'éléments stratégiques et budgétaires (Castro et al., 2016) dans la performance des services. D'autres bénéfices sont aussi reliés aux processus d'élaboration des projets tel que la qualité et la concrétisation des projets, l'efficacité, la cohérence avec les besoins des patients et la création de matériel politique ou éducationnel bénéfique pour les patients (Bombard et al., 2018; Pizzo et al., 2014). Aussi, des retombées sont relevées en ce qui a trait à la réduction de conflits et à la représentation équitable des patients et professionnels dans les divers comités et équipes de projets (Pizzo et al., 2014). Cela s'explique notamment par une considération équitable des besoins des gestionnaires et des patients (Pizzo et al., 2014). De plus, l'inclusion de patients partenaires de profils diversifiés et représentatifs de l'hétérogénéité de la clientèle, incluant les clientèles marginalisées ou vulnérables, permet une reconnaissance des besoins de l'ensemble de la clientèle, évitant ainsi la considération de besoins spécifiques à un seul type de patients et l'émergence d'insatisfaction de la part de la clientèle (Pizzo et al., 2014). Cependant, l'implication des patients partenaires dans l'administration des services infirmiers nécessite que le patient soit déjà partenaire au niveau clinique et qu'il maîtrise suffisamment son rôle pour faire bénéficier les autres de son implication (Haines et al., 2017).

En contrepartie, l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers demeure un défi pour les gestionnaires des établissements de santé et est moins étudié que le partenariat de soins dans les autres domaines, dont celui des soins directs (Scholtes et al., 2020). En effet, les chercheurs de plusieurs pays, incluant le Canada, s'intéressent au partenariat de soins, mais peu d'entre eux ciblent spécifiquement l'administration des services infirmiers. Par exemple, en Colombie-Britannique, Kline et al. (2020) étudient les retombées du mentorat des professionnels de la santé par les patients partenaires, en ce qui a trait au développement de leur identité professionnelle. En Ontario, des études sont aussi menées sur l'intégration du partenariat de soins dans le développement professionnel des soignants, particulièrement en ce qui a trait à la formation continue (Rowland et Archibald, 2021) et au programme de formation des professions de la santé (Rowland et al., 2019, 2020). Certaines ciblent toutefois l'administration des services de santé (Abelson et al., 2015; Rowland et al., 2021). Au Québec, des études s'intéressent au partenariat de soins dans la formation des étudiants universitaires des

professions de la santé (Descôteaux et al., 2020; Flora et al., 2020; Raynault et al., 2021), dans divers domaines de la pratique clinique (Layani et al., 2022; Lefebvre et al., 2018), en recherche (L'Espérance et al., 2021) ainsi que dans l'administration des services de santé (Boivin et al., 2018; Clavel et al., 2019; Clavel et Pomey, 2020, 2022; Lavoie-Tremblay et al., 2014a, 2014b, 2015; O'Connor et al., 2018; Pomey et al., 2015c, 2018, 2021b). Malgré que plusieurs tentatives d'intégration de l'approche de partenariat aient été perçues à l'international (Boudioni et McLaren, 2013), un nombre moindre de chercheurs étudient le partenariat de soins en administration des services infirmiers. Ainsi, les connaissances disponibles sur le sujet peuvent influencer le niveau d'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers qui ne s'avère pas uniforme à ce jour dans les systèmes de santé. Par exemple, en Ontario, plusieurs initiatives visant à favoriser la participation des usagers de services de santé à l'amélioration de la qualité des soins ont été mises en place, dont le Réseau des conseillers des patients et des familles (Santé Ontario, 2021). Cette initiative permet aux patients qui le désirent de collaborer avec les gestionnaires en partageant leur expérience (Santé Ontario, 2021). Une autre initiative ayant cette même visée est le Conseil consultatif ministériel des patients et des familles (Ministère de la Santé de l'Ontario, 2021). Ce conseil a d'ailleurs rédigé la Déclaration des valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes afin de guider les différents partenaires de soins du réseau dans leur prestation des soins, en gardant en tête les attentes des usagers (Ministère de la Santé de l'Ontario, 2021). Un cadre de référence pour le soutien à l'intégration du partenariat de soins a aussi été élaboré (Qualité des services de santé Ontario, 2016a) de même que de nombreuses ressources de diverses natures visant à soutenir la participation des usagers (Qualité des services de santé Ontario, 2022b), mais aussi l'engagement des acteurs du réseau de la santé (Qualité des services de santé Ontario, 2022a), par exemple des boîtes à outils, des canevas de courriels, des guides explicatifs, des calculateurs de budget spécifiques à la considération du partenariat de soins, et bien plus (Qualité des services de santé Ontario, 2022a, 2022b). Au Québec, les initiatives de partenariat de soins s'observent à travers les normes d'Agrément Canada qui y accordent une grande valeur (Agrément Canada, 2022), les plans stratégiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (Gouvernement du Québec, 2021), les organigrammes organisationnels des établissements de santé incluant explicitement le partenariat de soins (Loi 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales,*

2015; Pomey et Lebel, 2016) et les recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2021) de mettre en pratique des initiatives de collaboration visant à permettre l'atteinte du bien-être populationnel.

La difficulté d'intégration peut être attribuable au fait que la définition du partenariat de soins, sans égard au domaine de pratique, ne s'avère ni claire ni uniforme. En effet, Hyde et al. (2016), Jansen et Hanssen (2016), Rooke et Oudshoorn (2020) ainsi que Tambuyzer et al. (2011), relèvent ce manque de clarté alors que Small et Small (2011) et Deyo et al. (2016) relèvent que les perceptions et les principes de mise en œuvre du partenariat de soins diffèrent au sein de groupes de mêmes types d'individus ou d'institutions, que ce soient les patients, les professionnels, les décideurs, les hôpitaux, etc. Une autre cause potentielle est l'incompréhension des différents stades du continuum de l'engagement du patient de Carman et al. (2013), dans lequel le partenariat est l'ultime niveau d'engagement, et une utilisation inappropriée du terme « partenariat » par les professionnels de la santé. Comme la littérature contient peu d'écrits ayant explorés spécifiquement les barrières et les facilitateurs de l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers, il s'avère difficile d'expliquer la cause exacte de la particulière difficulté d'intégration du partenariat dans l'administration des services infirmiers. Boivin et al. (2014) confirment le besoin de production de plus amples données empiriques et d'outils visant à faciliter un développement et une intégration efficace du partenariat de soins dans les organisations. Karazivan et al. (2015) évoquent aussi le besoin d'effectuer des recherches sur les perceptions des gestionnaires en ce qui a trait au concept de partenariat de soins, car, à ce jour, ces connaissances sont peu explorées. De plus, selon Bombard et al. (2018), un besoin de recherche est aussi présent en ce qui a trait au processus d'intégration des patients dans les organisations, car, seuls 12 des 48 articles recensés dans le cadre d'une revue systématique au sujet de l'engagement optimal des patients dans les organisations s'y intéressaient, ce qui est insuffisant pour assurer une bonne compréhension du phénomène. Cependant, certains écrits évoquent que les caractéristiques exigées des patients partenaires potentiels (Karazivan et al., 2015; Pomey et al., 2015a), la croyance et l'ouverture d'esprit de la part des gestionnaires envers le concept, le désir d'implication du gestionnaire dans l'intégration du concept et le développement des compétences requises pour favoriser l'intégration du partenariat (American Association of

Nurse Executives [AONE], 2015) et la culture organisationnelle valorisant l'intégration du partenariat de soins (Hickey et Chambers, 2019; Kaufman, 2008; Lavoie-Tremblay et al., 2015; Zarubi et al., 2008) sont des éléments qui influencent l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers.

Il est possible de croire que le gestionnaire de proximité exerce un rôle significatif dans l'intégration de l'approche de partenariat de soins à la pratique organisationnelle (Deyo et al., 2016) puisqu'il s'avère le gestionnaire le plus près des patients et de leur réalité, soit les principaux acteurs du partenariat de soins et qu'il détient un pouvoir décisionnel (Cunningham et Walton, 2016 ; Hamric et al., 2014). En effet, il se situe hiérarchiquement au premier niveau de soutien administratif au-dessus des patients et du personnel soignant, lui conférant l'opportunité d'être accessible et en contact étroit avec ceux-ci (Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM], 2017 ; ministère de la Santé et des services sociaux [MSSS], 2021). Son supérieur immédiat est le coordonnateur de programme, comme le démontre l'Annexe A. Étant davantage à proximité des directions, le coordonnateur de programme détient davantage de pouvoir décisionnel que le gestionnaire de proximité et assure la transmission des stratégies et valeurs organisationnelles ainsi que l'atteinte des objectifs organisationnels (Gouvernement du Québec, 2022). Toutefois, son positionnement hiérarchique et ses responsabilités sont moins favorables à l'établissement d'une relation de proximité avec les patients. Alors, le rôle et le positionnement stratégique du gestionnaire de proximité facilitent davantage l'intégration d'une pratique collaborative tel le partenariat de soins. Le soutien offert par le gestionnaire de proximité à son équipe de soins est essentiel pour assurer la sécurité, la qualité des soins et les retombées positives sur les patients (CHUM, 2017; Edwardson et Irvin, 2013; Gunawan et Aunguroch, 2017). Cependant, compte tenu des défis organisationnels et populationnels actuels, le soutien aux équipes se traduit actuellement par une augmentation du temps accordé à la rétention, au recrutement et la satisfaction au travail du personnel (Gardner et al., 2017) plutôt qu'à l'exploration des besoins des individus soignés. Le gestionnaire de proximité accorde aussi beaucoup de temps à la réalisation de tâches diverses tels la gestion d'imprévus, les déplacements, les appels, les courriels, etc. (Sveinsdottir et al., 2018). Cela va à l'encontre des recommandations d'Hamric et al. (2014) qui suggèrent que les actions des gestionnaires de proximité soient fondées sur les besoins des patients. En effet, le gestionnaire

de proximité exerce un rôle central dans le partenariat de soins en administration des services infirmiers (Deyo et al., 2016). Or, le partenariat de soins requiert qu'il collabore avec les acteurs qui l'entourent (Karazivan et al., 2015; Pomey et al., 2015a; Richards, et al., 2013). De plus, une corrélation est présente entre la pratique collaborative en gestion, l'amélioration de la santé des patients (Jebb, 2015), l'efficacité et la performance des soins (Dubois et al., 2013; Hayes et al., 2006; Velji et al., 2017), le succès de changements organisationnels (Cunningham et Walton, 2016; Fredriksson et Tritter, 2017; Longtin et al., 2010; Ross Baker et al., 2016) et l'amélioration de la qualité des services offerts (Joseph, 2015), soit des éléments centraux du rôle du gestionnaire de proximité.

Toutefois, à la connaissance de l'étudiante-chercheure, aucune étude ne présente la place qu'occupe le gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins ni le rôle qu'il doit exercer. De plus, aucune étude ne s'intéresse aux compétences les plus sollicitées lors du partenariat de soins organisationnel ni à celles à développer. Aucune étude ne mentionne quel est le soutien spécifique à offrir aux gestionnaires de proximité pour les aider dans la compréhension de leur rôle dans l'intégration du partenariat de soins à leur pratique. Cependant, un référentiel de compétences sur la pratique collaborative et le partenariat avec le patient (DCPP et CIO-UdeM, 2016b) existe depuis plusieurs années à l'Université de Montréal. Ce référentiel a le potentiel de guider les professionnels, les gestionnaires et les patients dans l'intégration du partenariat de soins. Or, malgré la disponibilité de ce référentiel, des études supplémentaires doivent être réalisées au sujet du partenariat de soins en administration des services infirmiers afin de générer de nouveaux savoirs et en faciliter l'intégration à la pratique.

Ainsi, à la lumière de ces constats, il est possible de soutenir le besoin de développer davantage de connaissances au sujet de l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers dans le réseau de santé québécois, en s'intéressant aux gestionnaires de proximité et aux patients partenaires, puisqu'il est possible de croire qu'ils exercent tous deux un rôle-clé dans cette intégration.

1.2 But et questions de recherche

Cette étude qualitative à devis exploratoire descriptif vise à explorer les perceptions de gestionnaires de proximité, de coordonnateurs de programme et de patients partenaires quant au rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du concept de partenariat de soins dans l'administration des services infirmiers.

Cette étude permet de répondre aux trois questions de recherche suivantes :

1. Comment les gestionnaires de proximité, les coordonnateurs de programme et les patients partenaires perçoivent-ils le rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers ?
2. Quels sont les éléments facilitant et restreignant l'intégration du partenariat de soins par le gestionnaire de proximité dans sa pratique en administration des services infirmiers ?
3. Quelles sont les compétences requises par les gestionnaires de proximité pour faciliter l'intégration du partenariat de soins ?

Chapitre 2 : Recension des écrits

Ce chapitre présente l'état des connaissances en ce qui a trait aux principaux concepts de l'étude, soit le gestionnaire de proximité et le partenariat de soins. Pour procéder à la recension des écrits présentés dans cette section, une stratégie de recherche ciblée a été utilisée. Cette stratégie a été élaborée à partir des deux thèmes principaux du sujet de recherche. Deux équations de recherches ont été construites. La première concerne le gestionnaire de proximité, soit TI ((Nurs* N3 (manager* OR administrator* OR charge OR chief OR head))) OR AB ((Nurs* N3 (manager* OR administrator* OR charge OR chief OR head))) OR MW ((Nurs* N3 (manager* OR administrator* OR charge OR chief OR head))). La seconde équation concerne le partenariat de soins et s'illustre de la façon suivante : TI ((Patient* N2 (partner OR engag* OR involv* OR revolution OR decision* OR participat* OR "centred care"))) OR AB ((Patient* N2 (partner OR engag* OR involv* OR revolution OR decision* OR participat* OR "centred care"))) OR MW ((Patient* N2 (partner OR engag* OR involv* OR revolution OR decision* OR participat* OR "centred care"))). Ces équations de recherche ont été introduites dans les bases de données suivantes : *CINAHL*, *PUBMED* et *Web of Science*. Seuls les articles de langues anglaise et française publiés entre 2010 et 2021 ont été retenus. Par la suite, un tri initial a été effectué à partir des titres et des résumés des écrits. Les articles ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence, leur rigueur et leur transférabilité avec l'aide de la grille d'analyse Pertinence, Rigueur, Transfert (PRT) (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2008). Ainsi, pour le thème des gestionnaires de proximité, des 905 résultats de recherche obtenus dans les trois bases de données, 24 écrits distincts ont été retenus. Un tri des écrits a été réalisé pour ne conserver que les écrits qui abordaient le rôle, les responsabilités ou les compétences des gestionnaires de proximité. Pour le thème du partenariat de soins, 6593 résultats de recherche ont été obtenus et 29 écrits distincts ont été retenus. Un tri des écrits recensés a été effectué pour ne conserver que les écrits qui abordaient spécifiquement le partenariat de soins en administration des services infirmiers ou les écrits qui ne s'avéraient spécifiques à aucun domaine de pratique et qui étaient transférables à l'administration des services infirmiers. Ainsi, tous les écrits qui s'intéressaient précisément au partenariat de soins dans les soins directs ont été exclus. À la suite de la lecture complète des écrits retenus, d'autres

écrits ont été sélectionnés par stratégie boule de neige. Compte tenu du caractère émergent du partenariat de soins certains écrits de plus de 10 ans ont été considérés afin de permettre l'accès à toute la documentation pertinente disponible. La littérature grise a été consultée pour repérer des écrits gouvernementaux, institutionnels ou professionnels. Les sites web du *Patient Library*, de la Chaire de recherche en évaluation des technologies et des pratiques de pointe du CHUM ainsi que de la Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et les communautés ont aussi été consultés pour identifier des écrits supplémentaires s'avérant pertinents à considérer.

2.1 Gestionnaire de proximité

La section suivante présente les divers éléments recensés en ce qui a trait au thème du gestionnaire de proximité. Le rôle et les compétences d'un gestionnaire de proximité sont énoncés afin de définir sa pratique quotidienne, mais aussi sa pratique spécifique ayant trait à l'intégration du partenariat de soins dans l'organisation où il exerce.

2.1.1 Appellations

Le titre d'un gestionnaire de proximité peut varier en fonction des provinces et des pays (Gunawan et Aunguroch, 2017; Westcott, 2016). Il est possible de retrouver un gestionnaire de proximité sous les titres suivants : infirmière gestionnaire, infirmière chef d'unité, infirmière-chef, infirmière gestionnaire clinique, infirmière cadre, gestionnaire de première ligne (Gardner et al., 2017; Jeans et Rowat, 2005; Westcott, 2016). Certains pays proposent aussi une répartition des tâches du gestionnaire de proximité entre deux individus, soit un gestionnaire clinique et un gestionnaire organisationnel (Gardner et al., 2017). Dans ce cas, le premier gère davantage des aspects relatifs au développement professionnel des employés, aux soins et à la recherche alors que le second gère davantage les ressources humaines et matérielles et le volet administratif (Gardner et al., 2017).

Au-delà de la variété des appellations, ces titres représentent tous un gestionnaire situé à la strate hiérarchique supérieure au personnel infirmier au chevet des patients, soit les infirmières, les infirmières cliniciennes et les assistantes infirmières-chef (Gouvernement du Québec, 2022;

Jeans et Rowat, 2005; MSSS, 2021; Westcott, 2016). Au Québec, l'appellation la plus commune du gestionnaire de proximité est : infirmière-chef ou chef d'unité (MSSS, 2021).

2.1.2 Définition du rôle dans les écrits

Conceptuellement, le gestionnaire de proximité est une infirmière détenant une expérience clinique en sciences infirmières, un leadership clinique et des habiletés de gestion et de collaboration avec des professionnels de la même profession ou d'autres domaines (Mercier et Labarre, 2004; MSSS, 2021). Il s'agit d'un professionnel qui occupe à la fois un poste d'administrateur et de coordonnateur des soins (CHUM, 2017); il est responsable de la planification et de l'organisation des ressources financières, humaines et matérielles utilisant ses compétences dans la visée d'offrir des soins de qualité, performants et favorisant la satisfaction du patient et du personnel (Gunawan et Aunguroch, 2017; O'Connor, 2017). Son rôle inclut aussi la création d'un environnement sain et sécuritaire pour tous, autant pour les professionnels que pour les patients, ainsi qu'un environnement favorable au partenariat de soins (AONE, 2015; Dewald et Reddy, 2020). Selon Oroviogicoechea (1996), la pratique du gestionnaire se divise en six responsabilités principales : la gestion de la pratique infirmière et des soins prodigués, la gestion de la disponibilité des ressources, le recrutement et la rétention du personnel, le développement professionnel du personnel, la motivation et l'offre de soutien au personnel ainsi que la conformité aux normes professionnelles et aux standards de qualité des soins. L'AONE identifie trois domaines associés au rôle du gestionnaire de proximité, soit la science, l'art et le leadership (AONE, 2015). Ross Baker et al. (2016) mentionnent que la pratique du gestionnaire de proximité doit aussi considérer les recommandations et les orientations stratégiques gouvernementales. De plus, Hamric et al. (2014) évoquent que tout gestionnaire de proximité exerce une pratique avancée alors celle-ci devrait être caractérisée par des pratiques collaboratives et de partenariat de soins afin de rehausser la valorisation de la pratique directe. L'importance du partenariat de soins dans l'exercice du rôle d'un gestionnaire de proximité est aussi valorisée et relevée par Dewald et Reddy (2020), Deyo et al. (2016), O'Connor (2017) et Pomey et al. (2015b). Finalement, la description du rôle du gestionnaire de proximité évoque que la qualité et la sécurité des soins infirmiers dispensés par une unité de soins sont au cœur de l'exercice de sa pratique (Edwardson et Irvin, 2013; Ingwell-Spolan, 2018; O'Connor, 2017; Oroviogicoechea, 1996).

Il est à noter qu'à la lumière des connaissances de l'étudiante-chercheuse, les écrits présentant une description détaillée du rôle du gestionnaire de proximité sont peu nombreux et s'avèrent publiés il y a plus d'une décennie pour certains. Toutefois, ils demeurent transférables à la décennie actuelle. D'ailleurs, Sveinsdottir et al. (2018) mentionnent que le rôle du gestionnaire de proximité est très diversifié, qu'il varie quotidiennement et que les gestionnaires de proximité ont eux-mêmes de la difficulté à évaluer avec justesse la répartition du temps consacré aux activités quotidiennes de leur rôle. Ainsi, il serait pertinent de mener de nouvelles recherches à ce sujet afin d'actualiser les connaissances disponibles.

2.1.3 Définition du rôle par l'étudiante-chercheuse

Par souci de précision et de clarté, étant donné l'absence d'une définition précise et universelle dans la littérature, l'étudiante-chercheuse propose sa propre définition du gestionnaire de proximité issue d'un agencement de concepts proposés dans les définitions des écrits recensés et cités à la section 2.1.2. La définition du gestionnaire de proximité utilisée dans ce projet de recherche est la suivante :

Le gestionnaire de proximité est un professionnel infirmier supérieur immédiat au personnel infirmier dispensant les soins directs aux patients. Ce gestionnaire assure la gestion des ressources humaines, matérielles et financières, le développement professionnel du personnel infirmier, la qualité et de la sécurité des soins prodigués et la satisfaction de la clientèle, dans le respect des exigences organisationnelles, professionnelles et gouvernementales tout en s'engageant dans une relation de partenariat de soins et en honorant la pratique collaborative.

2.1.4 Compétences relatives à l'exercice du rôle

Au Québec, le nombre de gestionnaires de proximité en soins infirmiers est à la hausse et le profil de ceux-ci varie. En effet, au cours des dernières années, une hausse de plus de 11% du nombre de gestionnaires de proximité a été observée (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2021b) et les qualifications des gestionnaires en poste varient (OIIQ, 2021a). Certains gestionnaires détiennent beaucoup d'expérience clinique et un diplôme d'études collégiales [DEC] ou un baccalauréat alors que d'autres possèdent peu d'expérience clinique et

un diplôme d'études supérieures en sciences infirmières ou en administration (Gouvernement du Québec 2022; OIIQ, 2021a). Il est alors possible de constater une variation des profils des gestionnaires de proximité en exercice au Québec. D'ailleurs, Yaghobian et al. (2020) mentionnent qu'il est fréquent que des infirmières-gestionnaires occupent un poste de gestion sans détenir un profil de formation approprié au rôle. Toutefois, selon Hamric et al. (2014), les études supérieures favorisent le développement de compétences spécifiques à l'exercice du rôle de pratique avancée et la maîtrise des assises disciplinaires de la profession, permettant ainsi d'exercer selon une approche empathique, une compréhension de l'importance de la pratique directe et une maîtrise des responsabilités professionnelles du rôle. Par conséquent, les actions entreprises par les gestionnaires sont donc davantage adaptées aux besoins de la clientèle et rehaussent la performance des services infirmiers (Gardner et al., 2017).

Malgré la variété de profils des gestionnaires de proximité en exercice, ceux-ci doivent continuellement développer les compétences requises par l'exercice de leur rôle (Dewald et Reddy, 2020; Luo et al., 2015; O'Connor, 2017; Yaghobian et al., 2020). Une offre de soutien de la part de l'organisation et de leurs supérieurs a une influence positive sur le développement de leurs compétences (Gunawan et al., 2018). Ces compétences sont multiples étant donné la coordination et la gestion exigées par le rôle.

La première compétence recensée dans les écrits est la collaboration interprofessionnelle (Gonzalez-Garcia et al., 2020, 2021; Kang et al., 2012). En administration des services infirmiers, la collaboration interprofessionnelle représente un élément essentiel pour assurer le succès des actions du gestionnaire et l'atteinte des objectifs administratifs comme la qualité des soins (D'Amour et al., 2008). Le plein développement de la compétence de collaboration est associé à la confiance entre les membres d'une équipe, le leadership positif et l'importance qui est accordée au patient (D'Amour et al., 2008). Cette compétence vise aussi l'établissement d'une culture de co-développement entre les individus (Pomey et Lebel, 2016). Alors, étant donné son rôle de coordination impliquant plusieurs acteurs différents, il s'avère important que le gestionnaire de proximité puisse communiquer adéquatement et maintenir de bonnes relations professionnelles (American nurses association [ANA] et AONE, 2012; Fowler et al., 2021; Gonzalez-Garcia et al., 2020, 2021; Luo et al., 2015; Oroviogioicochea, 1996; Yaghobian et al.,

2020). Le maintien de bonnes relations professionnelles est dépendant de la capacité d'écoute du gestionnaire, de sa disponibilité, de son ouverture d'esprit, de son soutien et de ses habiletés de communication (ANA et AONE, 2012; Gonzalez-Garcia et al., 2020; Oroviogicochea, 1996). La capacité à intégrer les principes de gouvernance partagée à sa pratique professionnelle, dont le partenariat de soins, est aussi un atout à développer afin de favoriser la collaboration, mais aussi l'innovation (ANA et AONE, 2012.; Crawford et al., 2017; Roy et al., 2010; Oroviogicochea, 1996). Pour faciliter la maîtrise de cette compétence, il est suggéré de mettre en place des stratégies favorables à l'apprentissage et au développement de cette compétence pour tous (ANA et AONE, 2012; D'Amour et al., 2008). Parmi ces stratégies figurent la nécessité de présenter clairement les valeurs personnelles et professionnelles des gestionnaires, la mission organisationnelle de l'établissement et de permettre la création d'un sentiment d'appartenance (D'Amour et al., 2008). L'humilité face à l'expertise d'autrui, que ce soit un patient ou un professionnel (D'Amour et al., 2008), de même que l'authenticité sont des valeurs favorisant le développement d'une compétence relationnelle comme la collaboration (ANA et AONE, 2012). Or, selon Hugues et al. (2018), les valeurs et les croyances personnelles des gestionnaires sont les éléments qui sont les moins significatifs dans la pratique du gestionnaire. Finalement, la clarification des rôles est une stratégie importante à considérer (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014; San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Une autre compétence à développer par les gestionnaires de proximité est le leadership (Crawford et al., 2017; Delamater et Hall, 2018; Dewald et Reddy, 2020; Deyo et al., 2016; Gonzalez-Garcia et al. 2020, 2021; Fennimore et Wolf, 2011; Gunawan et Aunguroch, 2017; Isobe et al., 2020; Ma et al., 2020; Kallas, 2014; Lawson, 2020; Mizuno Tironi et al., 2017; O'Connor, 2017; O'Connor et al., 2018; Stefancyk et al., 2013; Westcott, 2016; Yaghobian et al., 2020). Reconnue comme compétence déterminante dans l'obtention d'un poste en administration des services infirmiers, cette compétence s'inscrit en continuité à la précédente, soit la collaboration interprofessionnelle. En effet, le gestionnaire de proximité est un modèle de rôle pour son équipe infirmière (Gonzalez-Garcia et al., 2021; Gunawan et Aunguroch, 2017; Hamric et al., 2014). Alors, l'exercice d'un leadership est un atout à développer pour la mobilisation de l'équipe (Deyo et al., 2016; Gonzalez-Garcia et al., 2021; Kent, 2005; Kim et

Park, 2015; Yaghobian et al., 2020) et l'impact motivationnel sur celle-ci (Spurgeon et Cragg, 2007). Cette capacité à mobiliser l'équipe permettra aussi de rehausser le partage de connaissances entre tous les membres de l'équipe (Kim et Park, 2015). De plus, en comparaison à la compétence de collaboration pour laquelle D'Amour et al. (2008) évoquent le sentiment d'appartenance, Sellgren et al. (2008) évoquent quant à eux le sentiment de confiance conféré par le leadership du gestionnaire de proximité. Le sentiment de confiance permettrait notamment de faciliter des changements (Sellgren et al., 2008). Il est donc possible de constater que le leadership s'associe à un potentiel mobilisateur et motivationnel. La motivation des équipes est un élément important du rôle du gestionnaire, selon Luo et al. (2015). McGuire et Kennerly (2006) mentionnent cependant que le style de leadership le plus bénéfique à développer et à adopter est le leadership transformationnel puisqu'il encourage l'implication du personnel, notamment par la communication fluide y étant associée (Fowler et al., 2021). La communication est un élément essentiel à l'exercice approprié du rôle de gestionnaire, selon Fowler et al. (2021). De plus, Stefancyk et al. (2013) estiment que ce leadership favorise les changements et l'innovation. Contrairement à McGuire et Kennerly (2006), Denis (2002) mentionne que c'est plutôt le leadership de type collectif, soit un leadership combinant les aspects clinique et administratif, qui favorise les transformations organisationnelles et qui permet une meilleure clarification des rôles de chaque acteur. Alors, les habiletés de leadership regroupent le partage de pouvoir décisionnel, la capacité de déléguer, l'influence motivationnelle, la résolution de conflits et le travail d'équipe (Gonzalez-Garcia et al., 2021). Or, bien que le leadership soit central au rôle du gestionnaire et ait des retombées positives dans l'administration des services de santé, l'offre de soutien au développement des habiletés de leadership des gestionnaires doit être rehaussée dans les organisations (Lawson, 2020).

Par la suite, d'autres auteurs suggèrent le développement d'habiletés précises ou de compétences supplémentaires. Toutefois, l'appellation des habiletés ou compétences peut varier de même que le nombre d'habiletés ou de compétences ciblées. Malgré cela, il est possible d'identifier des similitudes entre les différents écrits. Par exemple, Jeans et Rowat (2005) et Orovigoicochea (1996) présentent des similitudes en ce qui a trait aux habiletés humaines et techniques. Jeans et Rowat (2005) et Yaghobian et al. (2020) soulignent l'esprit d'analyse critique. Luo et al. (2015) évoquent aussi l'importance de développer la capacité d'agir de façon

juste envers tous. Crawford et al. (2017) mentionnent aussi explicitement le professionnalisme. Orovioicoechea (1996), Jeans et Rowat (2005), Crawford et al. (2017), Yaghobian et al. (2020), Ma et al. (2020) et Gonzalez- Garcia et al. (2021) relèvent tous la capacité de gestion des ressources humaines et l'importance de détenir des connaissances approfondies au niveau clinique et conceptuel, mais aussi technique. Ma et al. (2020) évoquent particulièrement les connaissances cliniques. Luo et al. (2015), Gunawan et Aunguroch (2017) et Gonzalez-Garcia et al. (2021) évoquent aussi que les aptitudes personnelles du gestionnaire, par exemple l'intégrité, l'intelligence émotionnelle, la compassion, la capacité à trouver l'équilibre entre les sphères personnelles et professionnelles, la capacité à avoir une vision stratégique, l'introspection et la capacité d'agir à titre de modèle de rôle, influencent l'exercice du rôle du gestionnaire. La communication et les habiletés de gestion d'équipe (Gonzalez-Garcia et al., 2020; Yaghboian et al., 2020) de même que la compétence cognitivo-conceptuelle (créativité, résolution de problèmes et le raisonnement critique (Yaghobian et al., 2020) sont d'autres habiletés identifiées dans les écrits. L'analyse critique et la capacité de percevoir les situations dans leur globalité est aussi soulignée par Jeans et Rowat (2005). Gunawan et al. (2018) relèvent aussi que la personnalité elle-même a une influence sur l'exercice du rôle et les compétences du gestionnaire et qu'elle doit être considérée dans le soutien au développement des compétences du gestionnaire. Aussi, Isobe et al. (2020) et Gonzalez-Garcia et al. (2021) relèvent l'importance pour le gestionnaire de proximité d'avoir une vision claire des objectifs et du développement de son unité afin de pouvoir la transmettre à l'ensemble de son unité et rehausser la performance de celle-ci. Gunawan et Aunguroch (2017) relèvent les habiletés de planification et d'organisation. Orovioicoechea (1996), Luo et al. (2015), Crawford et al. (2017), Gunawan et Aunguroch (2017) et Ma et al. (2020) évoquent aussi l'habileté à gérer des ressources financières. Quant à O'Connor (2018), elle est la seule à mentionner explicitement la compétence d'*advocacy* requise par le gestionnaire de proximité envers tous les acteurs qu'il côtoie dans sa pratique, que ce soient des patients, des professionnels de la santé, des dirigeants, etc. L'importance des compétences de prise de décision et de gestion des conflits est aussi discutée par Gonzalez-Garcia et al. (2020) et Mizuno Tironi et al. (2017). D'ailleurs, Hugues et al. (2018) estiment que la compétence de prise de décision est la deuxième compétence la plus importante du gestionnaire après les relations interpersonnelles. L'éthique est aussi soulignée

par Gonzalez-Garcia et al. (2020), Gunawan et Aungsurcoh (2017) et Oroviogicochea (1996) et le respect des lois et des règles par Dewald et Reddy (2020) et Yaghobian et al. (2020).

Que les auteurs aient choisi de proposer des regroupements d'habiletés ou des compétences regroupant des valeurs, des caractéristiques et des habiletés, il est possible de reconnaître que tout gestionnaire doit maîtriser des compétences-clés, notamment la collaboration interprofessionnelle et le leadership. Toutes ces compétences et habiletés permettent d'assurer la performance de services de soins infirmiers desservis par les professionnels de son unité de soins (Dubois et al., 2013), soit l'essence du rôle du gestionnaire de proximité.

2.2 Partenariat de soins

La section suivante positionne le partenariat de soins au sein de différentes approches de soins. Elle le définit et le situe dans la profession infirmière, de façon conceptuelle et appliquée. Les barrières et les facilitateurs recensés relatifs à l'intégration du partenariat de soins à la pratique sont aussi présentés.

2.2.1 Définition

Différentes définitions du partenariat de soins et du patient partenaire existent, mais ne permettent pas une compréhension universelle de celles-ci (Boudioni et McLaren, 2013; Castro et al., 2016; Deyo et al., 2016; Longtin et al., 2010; Pétré et al., 2020; Qualité des services de santé Ontario, 2016a; Rooke et Oudshoorn, 2020; Rowland et al., 2017; Westfall et Zittleman, 2017).

Au Québec, le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2014) définit le patient partenaire comme étant une personne habilitée à prendre des décisions quant à son expérience de santé et dont l'expertise est reconnue et améliorée par le partenariat. Pomey et Lebel (2016) adoptent une définition similaire en définissant le patient partenaire comme étant un patient outillé à être sur le même pied d'égalité que les professionnels, dans le cadre de processus décisionnels, dans le but d'améliorer l'efficacité des actions établies. Quant à Karazivan et al. (2015), il définit le patient partenaire

comme étant « un membre à part entière de l'équipe de soins qui a des compétences et des limites comme tous les professionnels de l'équipe de soins. Le but du partenariat est de développer davantage ses compétences et de ne pas se fier seulement sur son expérience » (p.437). Cette définition est similaire à celle d'une autre organisation québécoise définissant le patient partenaire comme étant une personne qui, au cours de son expérience de santé, développe des compétences et un savoir expérientiel qui est reconnu et respecté par l'équipe soignante (professionnels de la santé, patients partenaires et gestionnaires) (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). La définition de la DCPP et du CIO-UdeM (2016a) évoque un aspect supplémentaire, soit la possibilité détenue par le patient partenaire d'investir son savoir expérientiel à plusieurs niveaux en spécialisant son profil. Les profils pouvant être développés sont les profils *coach*, co-chercheur, ressource et formateur (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Le patient partenaire au profil *coach* accompagne les patients qui agissent à titre de partenaires dans l'exercice de leur rôle respectif, peu importe leur profil, puisqu'il détient les compétences de chacun de ceux-ci (DCPP et CIO-UdeM, 2016a), ce qui peut se traduire concrètement par l'enseignement de certains concepts à un patient partenaire pour l'accompagner dans le développement de ses compétences de partenariat. Son rôle regroupe donc des missions de formation, de consultation ou même de recrutement de nouveaux patients partenaires, et ce du début à la fin de l'expérience de partenariat des patients, dans le but de favoriser les changements de culture et le succès de l'intégration du partenariat de soins dans les organisations (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Quant au patient partenaire au profil co-chercheur, il contribue à l'idéation et à l'élaboration de projets de recherche, à la cueillette de données auprès de participants à une recherche ainsi qu'à l'analyse de données. Son implication se traduit par son intégration dans les équipes de recherche dans l'une ou plusieurs étapes du processus de recherche et par sa collaboration avec les chercheurs (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Le rôle du patient partenaire au profil ressource est de contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins et des services de santé (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Pour y parvenir, il collabore avec les patients, les professionnels et les gestionnaires, suscite leur réflexion et suggère de nouvelles pistes d'amélioration (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Finalement, le dernier profil présenté est le patient formateur qui a pour mandat d'enseigner la complémentarité des savoirs scientifiques et des savoirs expérientiels (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Il œuvre donc auprès de tous les acteurs du domaine de la santé, que ce soit des étudiants, des professionnels ou des gestionnaires, afin de les sensibiliser à

l'intégration du partenariat de soins dans leur pratique professionnelle, dans leurs recherches, dans leurs plans d'action, dans leurs politiques organisationnelles et bien plus. (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Ainsi, ce patient partenaire contribue au développement des compétences de partenariat de ces acteurs (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Concrètement, les actions du patient partenaire au profil formateur peuvent se traduire par l'animation d'une séance de formation continue sur un sujet précis pour les professionnels de la santé, par de l'encadrement et du soutien à la réflexion critique lors d'un atelier de formation offerts aux étudiants des sciences de la santé dans le cadre de leur cursus académique ou même par leur collaboration avec des établissements d'enseignement dans le cadre de la restructuration de cours existants et dans la création de nouveaux cours mettant de l'avant les besoins des usagers actuels du réseau de la santé.

En Ontario, Qualité des services de santé Ontario (2016a) définit le patient partenaire au niveau des soins directs comme une personne qui améliore sa propre expérience de santé et comme étant un collaborateur pour l'organisation. Ils énoncent aussi leur définition du partenariat de soins au niveau organisationnel, soit : « des actions que les patients et les professionnels réalisent de concert pour promouvoir et supporter l'engagement du patient et du public dans les soins et services et pour renforcer leur influence dans les décisions de soins individuelles et collectives » [traduction libre] (Qualité des services de santé Ontario, 2016a, p.10). Les chercheurs ontariens Abelson et al. (2015) définissent le partenariat de soins comme étant « un éventail d'efforts ayant pour but d'impliquer activement les patients et la population dans différents domaines de soins et diverses étapes des processus décisionnels du système de la santé » [traduction libre] (2015, p.818). L'équipe ontarienne de Rowland et al. (2017) propose aussi une définition mettant en valeur les divers domaines dans lesquels les patients partenaires peuvent être engagés, soit : « (a) l'engagement dans la prise de décision quant à ses propres soins, (b) l'élaboration de politiques de santé, la contribution à la recherche en santé, (c) l'influence dans l'évaluation des services de santé et (d) la participation au développement et/ou l'intégration de décisions de programmes organisationnels » [traduction libre] (p.77).

À l'international, d'autres définitions sont proposées. Aux États-Unis, Maurer et al. (2012) définissent le partenariat de soins comme étant : « un ensemble de comportements de

patients, de membres de la famille et de professionnels de la santé et un ensemble de politiques et procédures organisationnelles qui encouragent l'inclusion des patients et des membres de la famille comme membres actifs de l'équipe de soins et des partenariats collaboratifs avec les soignants et les établissements de soins » [traduction libre] (2012, p.10). Cette définition évoque l'effort collectif et l'influence des acteurs de différents niveaux hiérarchiques dans la création d'un partenariat de soins. La définition de Carman et al. (2013) est similaire, soit : « patients, familles, représentants des patients ou des familles et professionnels de la santé travaillant dans un partenariat actif à différents niveaux du système de la santé : soins directs, design organisationnel, gouvernance et élaboration de politiques » [traduction libre] (p.224). Ce partenariat se veut aussi un partage de pouvoir décisionnel égalitaire (Carman et al., 2013).

En Belgique, Castro et al. (2016) proposent quant à eux deux types de partenariat : individuel et collectif. Leur définition du partenariat individuel est : « les droits et les opportunités d'un patient d'influencer et de s'engager dans les prises de décisions relatives à ses soins dans un dialogue regroupant ses préférences, son potentiel et une combinaison de son savoir expérientiel et des savoirs d'expert du professionnel » [traduction libre] (2016, p.1929). La définition collective est : « la contribution des patients ou de l'organisation qui les représente dans l'aménagement des services sociaux et de santé en étant activement impliqués dans diverses activités au niveau individuel, organisationnel, politique, en combinant les savoirs expérientiel et professionnel » [traduction libre] (2016, p.1929). En Angleterre, la British Medical Association (2015) définit le partenariat de soins selon la proposition de l'Institut national de santé d'Angleterre, soit : « une participation active des citoyens, des usagers, de leur famille, de soignants et de leurs représentants dans le développement des services de santé et comme partenaires dans leurs propres soins de santé » [traduction libre] (2015, p.1). Le partage de pouvoir décisionnel demeure mis en valeur, mais l'unicité du savoir expérientiel n'est pas explicite. En Suède, Blomqvist et al. (2010) ne proposent pas de définition, mais évoquent que le patient partenaire est une « personne détenant une expertise provenant des connaissances acquises durant une expérience de santé, par les soignants ou de façon autodidacte » [traduction libre] (p.317).

Il est donc possible de constater que plusieurs définitions sont employées dans le monde, mais qu'à la connaissance de l'étudiante-chercheure, aucun consensus n'est présent, bien que les définitions présentées incluent des éléments similaires. Outre la pluralité des définitions, des termes similaires sont aussi employés pour définir le partenariat de soins, mais tous n'ont pas la même signification (Longtin et al., 2010). Parmi ces termes figurent *patient participation*, *patient collaboration*, *patient empowerment*, *patient involvement*, *partnership* et même *patient-centered care* (Longtin et al., 2010).

Ce constat évoque qu'il est impératif de bien définir les concepts à l'étude. Pour ce projet de recherche, la définition du patient partenaire qui sera employée est celle de la DCCP et du CIO-UdeM (2016a), soit :

« [une] personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe de soins et de services. Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de cette équipe en ce qui concerne les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie » (p.37).

Ce choix se justifie par la mention explicite et simultanée du savoir expérientiel et des différents domaines dans lesquels doit être inclus le patient partenaire. Cette définition est donc transférable au domaine de l'administration des services infirmiers.

2.2.2 Valeur ajoutée du partenariat de soins

Le partenariat de soins résulte d'interactions égalitaires entre professionnels et patients (Lindblom et al., 2021; Rooke et Oudshoorn, 2020) dans lesquelles le patient présente une participation active (Souliotis, 2016). Ces interactions permettent de rehausser la légitimité et la justice des services de santé offerts à la population (de Graaff et al., 2021), ce qui est d'autant plus pertinent et apprécié dans le cadre d'un système de santé publique (Goodridge et al., 2018), comme celui du Québec. Ces interactions contribuent aussi à l'amélioration du système de la

santé (Bouabida et al., 2021; O'Connor et al., 2018; Paukkonen et al., 2018; Richards et al., 2013) et de la qualité et de la sécurité des soins (Armstrong et al., 2020; British Medical Association, 2015; Johnson et al., 2016; Pomey et al., 2015a; Qualité des services de santé Ontario, 2016a). L'engagement du patient dans les soins et l'organisation est effectivement reconnu comme étant d'une grande importance dans la réalisation d'un changement (Herrin et al., 2016).

La valeur ajoutée du partenariat de soins s'associe au savoir expérientiel du patient partenaire permettant d'améliorer la cohérence des soins et des besoins de même que l'efficience des services (O'Connor et al., 2018). Ce savoir expérientiel lui est propre et est reconnu comme étant tout aussi valable que le savoir théorique des professionnels dans l'amélioration des services de santé, en plus d'y être complémentaire (DCPP et CIO-UdeM, 2016a; Jouet et al., 2010; Pomey et al., 2015a). Ce savoir expérientiel représente une valeur ajoutée (Cunningham et Walton, 2016; O'Connor et al., 2018; Ross Baker et al., 2016) étant donné qu'il s'agit d'un autre type de savoirs (Karazivan et al., 2015) que seuls les patients peuvent détenir. Alors, le partenariat de soins permet de pallier un besoin identifié dans la pratique, soit valoriser cette complémentarité des savoirs issus d'expertises différentes (Jouet et al., 2010; Karazivan et al., 2015). Aussi, cette approche est davantage adaptée au contexte de santé que l'approche de soins centrés sur le patient (Bouabida et al., 2021; Karazivan et al., 2015) en raison de la proximité de la relation entre le patient et les professionnels et la participation active du patient. L'approche de soins centrés sur le patient met le patient au centre des actions des membres de l'équipe de soins, mais ne l'inclut pas dans celle-ci au même titre que tout autre professionnel (Bouabida et al., 2021; McCance et al., 2011).

Bien qu'il semble plus intuitif de considérer l'expertise du patient dans la planification et la participation de ses propres soins, le patient peut aussi participer à l'amélioration des soins de tous les patients en s'impliquant dans l'organisation (Deyo et al., 2016; O'Connor et al., 2018). En effet, son influence dépasse les limites de ses propres soins : il peut contribuer au développement des compétences des professionnels (Pomey et al., 2015a) et peut poser des actions qui permettent des retombées positives pour les autres patients, pour l'environnement de soins, les politiques ou la formation des professionnels, par exemple (Armstrong et al., 2020;

Boivin et al., 2018; Karazivan et al., 2015; Paukkonen et al., 2018; Pomey et al., 2015a; Pomey et al., 2015b). Le partenariat de soins rehausse aussi la conscientisation des gestionnaires quant aux effets des actions entreprises envers les patients, donne un sens positif à l'utilisation des services de santé par les patients partenaires (Pomey et Lebel, 2016) et favorise l'identification de solutions pertinentes (O'Connor et al., 2018) aux problématiques à résoudre. De plus, cela favorise sa satisfaction (Stott, 2008). Le patient partenaire doit être perçu comme un membre à part entière de l'équipe de soins (British Medical Association, 2015; Pomey et al., 2015a) puisqu'il s'agit d'une approche collective (O'Connor et al., 2018). De plus, il peut être inclus en groupe ou individuellement, en présentiel ou même virtuellement dans les équipes de soins (British Medical Association, 2015).

Finalement, plusieurs écrits démontrent à travers leurs résultats des éléments s'associant à la valeur ajoutée du partenariat de soins en administration des services infirmiers, mais aucun d'entre eux ni aucune revue systématique des écrits ne porte spécifiquement sur le sujet, à la connaissance de l'étudiante-chercheure.

2.2.3 Positionnement du partenariat de soins dans le continuum de l'engagement du patient

L'évolution des approches de soins tend à valoriser l'engagement actif du patient dans les soins et dans l'organisation de ceux-ci, notamment via le partenariat de soins dont la preuve relative aux retombées positives s'avère de plus en plus étoffée. Toutefois, les cadres conceptuels l'encadrant ne sont pas uniformes, ce qui pourrait restreindre son intégration dans les milieux de soins par les différents acteurs concernés.

En effet, trois modèles sont présents dans la littérature comportant à la fois des similarités et des différences. Ces modèles sont le *Multidimensional Framework For Patient And Family Engagement In Health And Healthcare* de Carman et al. (2013), le *Cadre théorique du continuum de l'engagement des patients inspiré de Carman et al. (2013)* de Pomey et al. (2015a) et *The involvement continuum* de Boudioni et McLaren (2013). Le modèle de Carman et al. (2013) est le premier modèle publié présentant le continuum de l'engagement. Il présente trois stades d'engagement du patient, soit la consultation, la participation ainsi que le partenariat et

le partage de leadership (Carman et al., 2013). La consultation réfère à une transmission d'information au patient par les professionnels ou une collecte d'informations auprès des patients par les professionnels (Carman et al., 2013). La participation consiste à l'utilisation et à la considération d'informations recueillies auprès des patients par les professionnels dans un souci de répondre à leurs besoins et à leurs préférences (Carman et al., 2013). Puis, le partenariat consiste à une relation égalitaire guidée par un leadership partagé dans laquelle le développement de compétences est favorisé (Carman et al., 2013). De plus, il inclut une explication détaillée de l'engagement dans les soins directs, l'organisation et la gouvernance des services infirmiers et la politique (Carman et al., 2013). Le modèle de Pomey et al. (2015a) s'inscrit en continuité au modèle de Carman et al. (2013). Il présente quatre stades d'engagement du patient, soit l'information, la consultation, la collaboration et le partenariat, soit un de plus que ce que Carman et al. (2013) proposent. Ce stade supplémentaire représente un échange bidirectionnel entre les professionnels et les patients, sans toutefois être en complète cohérence avec le leadership partagé et en ne visant pas le développement des compétences. Le modèle de Pomey et al. (2015a) présente une explication détaillée de l'engagement dans le domaine de la santé s'avérant transférable à la profession infirmière, ce qui lui confère une valeur ajoutée. Bien qu'il n'ait pas été élaboré spécifiquement pour les sciences infirmières, ce modèle est transférable à la discipline. Sa transférabilité à la discipline infirmière s'explique par le fait que le domaine de la santé, peu importe la profession, concerne les soins directs, la gestion, la politique, la formation et la recherche. Toutes les disciplines de la santé doivent soigner des gens dans des établissements de santé, selon les politiques gouvernementales, font de la recherche pour faire avancer les connaissances et forment des étudiants. Il est donc possible de dire que ce modèle est transférable à toutes les disciplines touchant la santé, dont la profession infirmière. Ces deux modèles s'avèrent explicites au niveau conceptuel. Toutefois, bien que les deux modèles évoquent que le partenariat soit le stade idéal à atteindre pour améliorer la performance du système de la santé, leurs définitions de ce stade diffèrent. Pour les soins directs, le modèle de Carman et al. (2013) évoque que les décisions concernant les traitements des patients sont prises en se basant sur la combinaison des préférences des patients, le portrait clinique et le jugement des professionnels. La co-construction et le statut d'égalité entre les patients et les professionnels ne sont donc pas mis en valeur. Quant au modèle de Pomey et al. (2015a), il démontre explicitement l'importance de la co-construction des savoirs entre les

patients et les professionnels et la réduction de la hiérarchisation entre les patients et les professionnels. En effet, Pomey et al. (2015a) définissent le partenariat au niveau des soins directs comme étant l'accompagnement du patient dans le développement de compétences favorisant l'auto-gestion de sa santé. Au niveau de l'organisation des services et de la gouvernance, la co-construction est davantage présente dans les deux modèles. Carman et al. (2013) le définissent comme étant la co-gestion des comités d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par les patients. De leur côté, Pomey et al. (2015a) le définissent comme étant la co-construction de services, de programmes et de démarches d'amélioration continue de la qualité. Dans ce modèle, le partenariat est davantage complexe, car il n'est pas seulement question de comités, mais aussi de services et de programmes.

Aussi, dans ces deux modèles, les auteurs spécifient que certains facteurs appartenant aux patients, à l'organisation et à la société peuvent influencer chacun des stades (Carman et al., 2013; Pomey et al., 2015a). Cependant, Pomey et al. (2015a) évoquent que des facteurs associés aux intervenants influencent aussi les différents stades et domaines du continuum de l'engagement. Les facteurs associés aux patients sont leurs valeurs, leurs croyances, leur niveau de littératie et leur niveau d'éducation (Pomey et al., 2015a). Les facteurs associés aux intervenants sont leurs croyances et leur expérience (Pomey et al., 2015a). Les facteurs associés à l'organisation sont la culture organisationnelle (Hickey et Chambers, 2019; Pomey et al., 2015a), les pratiques et les politiques en place et les facteurs associés à la société sont les normes sociales, les lois et les politiques (Carman et al., 2013; Pomey et al., 2015a). Pomey et al. (2015a) incluent aussi dans leur modèle un élément supplémentaire, soit le besoin de formation et d'accompagnement des patients et des intervenants au stade de partenariat afin de les aider à développer leurs compétences et tirer le plein potentiel du partenariat.

Il est donc possible de constater que le modèle de Carman et al. (2013) contient l'essence du continuum de l'engagement du patient, mais que le modèle de Pomey et al. (2015a) est plus précis et est davantage approprié à la profession infirmière, car il inclut aussi les domaines de la recherche et de l'enseignement, ajoute un stade d'engagement supplémentaire et propose des actions plus concrètes pouvant s'inscrire dans l'étendue de pratique d'un infirmier ou d'une infirmière. De plus, le vocabulaire utilisé dans le référentiel de Pomey et al. (2015a) s'associe davantage au caractère empathique et humaniste de la profession infirmière. Cela est observable

aussi au niveau du deuxième stade d'engagement, soit le stade supplémentaire unique à ce cadre conceptuel. À ce niveau, l'importance des perceptions des patients et l'importance d'avoir des interactions plus approfondies avec ceux-ci est valorisée. La clarté, la précision, l'inclusion d'exemples précis de manifestations du partenariat dans les définitions ainsi que la valorisation de l'aspect relationnel avec le patient sont prometteuses quant à l'intégration facilitée du partenariat de soins dans les organisations. De plus, malgré les légères particularités de chaque modèle, les notions de collaboration et d'équité retrouvées au stade de partenariat de chacun des deux modèles sont importantes (Carman et al., 2013; Pomey et al., 2015a). L'égalité constitue l'élément fondamental, caractéristique, innovateur et prometteur du partenariat de soins (Carman et al., 2013; Pomey et al., 2015a).

Un autre modèle de continuum de l'engagement a aussi été proposé le *National Health Service* (NHS) du Royaume-Uni en 2008, soit *The involvement continuum*. Celui-ci s'apparente grandement aux deux autres modèles. Toutefois, les termes employés varient. Les quatre stades de l'engagement sont libellés de la façon suivante : donner de l'information (*giving information*), obtenir de l'information (*getting information*), discussion et débats (*forums for debate*) et participation (*participation*) (NHS, 2008). Sa particularité est qu'il propose des phrases typiques représentant des discours pouvant être adoptés pour chacun des stades d'engagement. Aucune distinction n'est précisée en ce qui a trait aux différentes sphères du domaine de la santé, contrairement aux deux premiers modèles présentés, soit le *Multidimensional Framework For Patient And Family Engagement In Health And Healthcare* de Carman et al. (2013) et le *Cadre théorique du continuum de l'engagement des patients inspiré de Carman et al. (2013)* de Pomey et al. (2015a), mais il permet aux acteurs d'associer leur discours au niveau d'engagement dans lequel ils se situent. Puis, il propose des techniques et stratégies de planification des activités et de l'engagement pour chaque stade, ce qui facilite l'adoption d'une approche exemplaire ou le passage à un autre stade d'engagement (NHS, 2008). Il s'avère donc intéressant pour la modification de la pratique professionnelle en ce qui a trait au développement du partenariat de soins.

Finalement, l'élaboration de ces modèles se justifie par l'évolution des approches de soins pouvant générer des nouveautés, des incompréhensions et une période d'adaptation. Toutefois, un besoin de clarification des niveaux d'engagement demeure présent (Carman et al.,

2013; Longtin et al., 2010; Small et Small, 2011). Il est aussi possible de constater, par l'étudiante-chercheure, que des divergences persistent aussi en ce qui a trait au vocabulaire et aux définitions des niveaux d'engagement des modèles encadrant la pratique. Une variation est présente dans les modèles d'engagement en ce qui a trait à la précision et à la clarté, mais tous illustrent le leadership, la relation égalitaire et la co-construction. Ces éléments sont donc à explorer dans le cadre du projet de recherche de l'étudiante-chercheure.

2.2.4 Partenariat de soins dans les différentes sphères de la profession infirmière

Le partenariat de soins peut être exercé au niveau des soins directs, de la gestion, de la formation, de la politique et de la recherche (Pomey et al., 2015a). Toutefois, comme le projet de recherche de l'étudiante-chercheure cible l'administration des services infirmiers, le partenariat de soins en gestion sera davantage détaillé dans cette sous-section.

Le partenariat de soins au niveau des soins directs consiste en un partenariat entre le patient et les professionnels de la santé (Carman et al., 2013; Pomey et al., 2015a) de nature individuelle, soit un professionnel avec le patient, ou collective en incluant le patient dans l'équipe de soins (Pomey et al., 2015a). Les activités de partenariat au niveau des soins directs touchent divers sujets tels la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins (Pomey et al., 2015a) et entraînent une hausse de la qualité et de la sécurité des soins reçus (Haines et al., 2017), l'amélioration des connaissances du patient en matière de soins de santé et de sa situation de santé (Coulter et Ellins, 2007; McCormack et al., 2017; Nilsen et al., 2010), le développement d'une autonomie dans la prise en charge de ses soins, mais surtout dans l'exercice d'un meilleur jugement et dans la prise de meilleures décisions en ce qui a trait à son état de santé, ce qui influence positivement sa sécurité (Castro et al., 2016; Coulter et Ellins, 2007). De plus, les activités de partenariat entraînent une hausse de l'adhérence aux traitements proposés par les professionnels de la santé (Haines et al., 2017; Pomey et Lebel, 2016), de l'empathie du personnel à l'égard du patient (Castro et al., 2016), de l'accès aux soins de santé (Castro et al., 2016; Haines et al., 2017) et de la satisfaction du patient (Castro et al., 2016). Considérant toutes ces retombées, Pizzo et al. (2014) et la British Medical Association (2015) suggèrent que le

partenariat au niveau des soins directs entraîne des retombées positives à un niveau supérieur, soit sur la population et la communauté.

Le partenariat de soins au niveau de la formation consiste à favoriser le transfert de connaissances par le patient partenaire à des patients ou à des professionnels de la santé (Pomey et al., 2015a), à des étudiants des professions de la santé (DCPP et CIO-UdeM, 2016a; Towle et Godolphin, 2013; Vanier et al., 2013) ou à des établissements d'enseignement (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Un partage de savoirs entre patients partenaires est aussi possible (DCPP et CIO-UdeM, 2016a; Pomey et al., 2015a). Ayant vécu chacune des étapes de soins, les patients partenaires ont plus de facilité à faire de l'enseignement à ces derniers, ce qui se nomme l'habilitation (DCPP et CIO-UdeM, 2016a).

Le partenariat de soins en politique réfère à une relation entre les patients et le ministère de la Santé et des Services sociaux à travers notamment des comités visant à mettre sur pied des politiques et des programmes ayant pour but l'amélioration de la qualité des services desservis à la population québécoise par la valorisation des priorités de la population (Pomey et al., 2015a).

Le partenariat de soins au niveau de la recherche réfère à un partage d'expertise et de conseils entre patients et chercheurs de sorte à produire de nouveaux savoirs visant l'amélioration de la qualité des soins et services offerts aux patients (Archambault et al., 2018; Sofolahan-Oladeinde et al., 2017) par la sélection de sujets prioritaires et pertinents pour les patients (Archambault et al., 2018; Boivin et al., 2014; Carman et Workman, 2017; Pomey et al., 2015a). Selon Archambault et al. (2018), le caractère unique du partenariat en recherche est d'inclure les patients pour chercher avec eux et non pour eux, ce qui rehausse leur compréhension et leur accessibilité aux savoirs de même que leur qualité de vie (Archambault et al., 2018).

Le partenariat de soins en gestion peut être intégré dans différents milieux de soins, que ce soit dans les hôpitaux, les cliniques médicales ou les hébergements de courte et longue durée (Pomey et al., 2015a). Le patient partenaire agit à titre d'expert en travaillant de concert avec les gestionnaires de proximité pour améliorer la qualité et la sécurité des services (Haines et al., 2017), la satisfaction des patients et l'environnement de soins (Carman et al., 2013; Pomey et

al., 2015a). Pour permettre ces retombées, le patient partenaire doit participer à la mise en place de projets, de programmes et de politiques en travaillant de façon égalitaire avec le gestionnaire de proximité (Carman et al., 2013). Aussi, le patient partenaire peut agir à titre de consultant et de formateur pour les décideurs des établissements de santé en les conseillant dans l'élaboration de leur plan stratégique ou en les aidant dans la création d'un environnement de travail favorable au partenariat de soins (Karazivan et al., 2015). Son intégration dans les équipes de gestion peut aussi permettre la création de documents utiles aux patients qui reçoivent des soins ou des documents dédiés aux professionnels, des politiques ou des outils éducationnels (Bombard et al., 2018). L'inclusion du patient partenaire est gage de succès et de concrétisation des projets en développement, mais surtout de réalisation de projets cohérents avec les besoins de la clientèle, selon Pizzo et al. (2014). Cela permet aussi de modifier des éléments majeurs du fonctionnement d'une organisation comme des structures en place, des procédures et des politiques (Bombard et al., 2018). Or, l'engagement du patient partenaire au niveau organisationnel s'avère un grand changement de culture pour les organisations (Flora et al., 2015). Le partenariat en gestion entraîne des retombées personnelles pour le patient partenaire, soit la hausse de l'estime de soi, le sentiment d'appartenance et d'utilité ainsi que la facilitation de son rétablissement, particulièrement en santé mentale (Flora et al., 2015). Les activités du patient partenaire peuvent prendre la forme de participation au recrutement du personnel, au développement professionnel du personnel infirmier et des gestionnaires de proximité et à la mise en valeur du patient dans divers comités (Pomey et al., 2015a). Il peut s'agir de comités d'amélioration continue de la qualité des soins, de comités visant l'élaboration d'un projet sur un sujet précis ou tout autre comité ayant une visée organisationnelle (Qualité des services de santé Ontario, 2016a). La participation du patient partenaire dans les comités ne consiste pas seulement au partage d'opinions et d'idées, car il est inclus à chaque étape décisionnelle des projets auxquels il participe, que ce soit, l'élaboration du projet, l'intégration ou l'évaluation (Pomey et al., 2015a). Le titre attribué au patient exerçant au niveau de l'organisation et de la gouvernance des services infirmiers est patient partenaire au profil ressource (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Afin de tirer des retombées positives du partenariat, il est pertinent de former le patient partenaire (DCPP et CIO- UdeM, 2016a; O'Connor et al., 2018; Pomey et al., 2015a), mais aussi de s'assurer qu'il n'est pas dans un épisode aigu de soins lors du partenariat (Pomey et al., 2015a). Bien qu'un patient puisse être inclus dans des projets dont l'échéancier

s'échelonne sur une plus longue période, il est encouragé de favoriser des projets à moyen terme, soit réalisables dans un délai de quatre à six mois (DCPP et CIO-UdeM, 2016a; Pomey et al., 2015a). Malgré le fait que les bénéfiques du partenariat en gestion soient soulignés par de nombreux écrits, Boudioni et al. (2013) mentionnent qu'il y a peu d'évidences à ce jour sur le sujet. De plus, la Qualité des services de santé Ontario (2016a) mentionne aussi que les projets réalisés ne sont pas tous qualifiés de partenariat, car les initiatives s'étendent de l'affichage de boîtes à suggestions aux comités co-dirigés par un patient partenaire.

Pour chaque sphère dans laquelle le partenariat peut s'inscrire, il existe un écart entre les retombées escomptées ou observées dans la littérature et la réalité de la majorité des établissements de santé, à ce jour. L'intégration est de plus en plus présente (Abelson et al., 2015; Dumez et Boivin, 2018; Boivin et al., 2018), mais s'avère toujours un défi pour beaucoup d'organisations (Hickey et Chambers, 2019), car elle consiste en un changement de culture considérable, mais possible, si les valeurs de l'organisation et des professionnels vont de pair avec le concept de partenariat de soins et si le changement est effectué par petites étapes (Flora et al., 2015; Qualité des services de santé Ontario, 2016b).

2.2.5 Barrières et facilitateurs

Certains facteurs facilitent l'intégration du partenariat de soins dans la pratique infirmière alors que d'autres la restreignent. L'origine de chacun de ces facteurs est distincte, mais des regroupements en trois catégories sont possibles, soit professionnelle, organisationnelle et personnelle.

Dans la recension des écrits effectuée, les facteurs favorables au partenariat de soins sont documentés en moins grand nombre que les barrières et s'apparentent principalement à l'organisation et à la profession. D'abord, pour les facteurs professionnels, l'ouverture d'esprit des professionnels de la santé est répertoriée comme étant importante (Pomey et al., 2015a). La croyance du personnel infirmier et des gestionnaires de proximité envers le partenariat de soins peut faciliter les efforts investis par les individus dans la mise en place de l'approche (Lavoie-Tremblay, 2015) et la présence d'un leadership positif au sein de l'équipe donc par le fait même, l'intégration du partenariat de soins (Boivin et al., 2018; Kaufman, 2008; Pomey et al., 2018). Le développement du leadership positif est d'ailleurs important dans la mise en place du

partenariat (Bombard et al., 2018; O'Connor et al., 2018). Zarubi et al. (2008) mentionnent aussi que l'intérêt de chaque membre d'une unité de soins envers le patient favorisera la création d'une volonté partagée par tous envers le changement que représente l'intégration de cette approche, ce qui constitue un facteur facilitant. Au niveau de l'administration des services infirmiers, l'implication du gestionnaire dans l'intégration du patient dans l'équipe de soins contribue aussi au succès (Lavoie-Tremblay et al., 2015; Zarubi et al., 2008).

Les compétences et habiletés professionnelles s'avèrent aussi des facteurs facilitants (Pomey et al., 2015a). Parmi celles-ci figurent des habiletés relationnelles telles les habiletés à travailler en équipe ainsi que la capacité à communiquer avec les autres et à partager des informations (Boivin et al., 2018; Bouabida et al., 2021; McCormack et al., 2017; Pomey et al., 2015a, 2018, 2020; Silva et al., 2021). L'écoute s'avère aussi importante (Pomey et al., 2018). Une autre compétence que doivent maîtriser les professionnels et le patient est la capacité à connaître son rôle et celui des autres (Bird et al., 2020; Boivin et al., 2018; Bombard et al., 2018; Lavoie-Tremblay et al., 2014b; O'Connor et al., 2018; Pomey et al., 2015a), car elle favorise l'amélioration de la collaboration entre les membres d'une équipe (Bombard et al., 2018; Boudioni et McLaren, 2013; Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014). Boudioni et McLaren (2013) mentionnent qu'en plus de la connaissance de leur rôle, la capacité d'adaptation des professionnels selon l'unicité de chaque patient est aussi requise. L'humilité des professionnels est aussi relevée comme étant un facilitateur (Pomey et al., 2018). Aussi, la capacité du gestionnaire à démontrer à son personnel la pertinence du changement d'approche de soins et à le soutenir notamment via la présentation de statistiques illustrant un besoin d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (rapports incidents-accidents, sondages de satisfaction de la clientèle, etc.) contribue à faciliter l'intégration du partenariat dans son secteur d'activité (Boudioni et McLaren, 2013; Gagliardi et al., 2008). Si la capacité des professionnels de la santé à reconnaître les bénéfices du partenariat de soins et à le promouvoir est rehaussée, l'intégration du partenariat le sera (Bombard et al., 2018; Boudioni et McLaren, 2013). Une culture d'amélioration continue de la qualité des soins, sera donc présente, ce qui représente un élément essentiel à la réussite de l'intégration du partenariat de soins dans les organisations (Qualité des services de santé Ontario, 2016b). Or, la pérennité d'une telle culture nécessite des ressources telles que l'accès

à un modèle ou un cadre de référence aidant les gestionnaires à évaluer les coûts, à comprendre les bénéfices et la valeur ajoutée du partenariat (Pizzo et al., 2014). Toutefois, bien que le soutien au personnel par les gestionnaires de proximité semble être un facilitateur identifié par plusieurs auteurs, Barnes et al. (2013) mentionnent que le même type de soutien doit aussi être offert aux gestionnaires de proximité eux-mêmes, aux coordonnateurs et à toute autre personne impliquée dans le partenariat de soins, car l'éducation et le soutien permettent de créer une ambiance positive et un environnement facilitant le partenariat. La création d'un environnement de soins favorable au partenariat et dans lequel le point de vue du patient est valorisé est jugé primordiale par Bombard et al. (2018). Cela inclut notamment de permettre l'autonomie du patient partenaire (Pomey et al., 2020). De plus, la promotion du partenariat de soins par les professionnels de l'organisation en créant, à travers tout soin, un sentiment d'information et d'inclusion, est aussi un facilitateur (Tobiano et al., 2015).

Les éléments organisationnels constituent la seconde catégorie de facilitateurs ciblés. D'abord, l'adoption d'une culture de partenariat de soins par l'organisation (Barr, 2014; Clavel et Pomey, 2022; Lavoie-Tremblay et al., 2014b) et la présence de politiques au sujet du partenariat (Scholtes et al., 2020) sont des facilitateurs. De plus, les lignes directrices provenant des ordres professionnels, de divers organismes, du gouvernement ou des organisations elles-mêmes, mettant de l'avant le partenariat sont aussi facilitantes (Bombard et al., 2018). En effet, Boudioni et McLaren (2013) ainsi que McCormack et al. (2017) mentionnent que ces documents ou ces exigences, sans égard à leur nature, forceront un changement de pratique positif et la rencontre des exigences en matière de partenariat par les organisations. Qualité des services de santé Ontario (2016a) mentionne aussi que les règles exigeant les établissements non seulement à intégrer les patients dans leurs activités d'amélioration continue de la qualité, mais aussi à produire un rapport écrit sur la façon dont l'intégration des patients dans la pratique des professionnels se traduit et contribue à l'amélioration de la qualité des soins prodigués par l'organisation, s'avère un facilitateur. De plus, la capacité d'offrir des ressources appropriées aux patients et au personnel, qu'il s'agisse de formation, de matériel ou de temps est aussi importante (Lavoie-Tremblay et al., 2015; O'Connor et al., 2018; Sofolahan-Oladeinde et al., 2017). L'organisation joue un rôle important dans l'amorce et la réussite du partenariat en s'assurant d'une amorce exemplaire (Haines et al., 2017). En effet, Haines et al. (2017)

mentionnent que si l'amorce est difficile, le patient peut perdre son intérêt à participer, car celui-ci peut ressentir une absence de considération de son point de vue et un investissement de temps et d'efforts inutile (O'Connor et al., 2018). Les répercussions de tels ressentis peuvent mener à une détresse psychologique (Haines et al., 2017). La surutilisation du patient partenaire est aussi un élément ayant le potentiel de restreindre le partenariat de soins, car celui-ci peut se retrouver en situation d'épuisement (Bird et al., 2020; O'Connor et al., 2018). Ainsi, le parrainage du patient partenaire lors de son intégration à l'équipe est suggéré (Haines et al., 2017). D'ailleurs, bien qu'il n'existe aucune certitude en ce qui a trait à la méthode à privilégier pour faciliter l'intégration du partenariat de soins (Johnson et al., 2016), il apparaît recommandé de suivre une série d'étapes pour l'intégrer adéquatement (Boivin et al., 2014; Seale, 2016). Boivin et al. (2014) proposent une série de six étapes à suivre pour mettre en place un partenariat efficace. La première étape est de construire une politique de partenariat, ce qui permettra par la suite de procéder au recrutement (Boivin et al., 2014). Une structure de recrutement efficace permettant le recrutement d'un nombre suffisant de patients, mais aussi un recrutement spécifique aux besoins des projets, s'avère bénéfique (Boivin et al., 2018; O'Connor et al., 2018). Ensuite, la troisième étape consiste à préparer les participants en leur offrant des formations, par exemple (Boivin et al., 2014). La formation est un facilitateur aussi identifié par Bouabida et al. (2021), Clavel et Pomey (2022), Jirasevijinda (2017) et Pomey et al. (2018). Une fois que le partenariat est en place, il faut s'assurer qu'il perdure dans le temps. Pour ce faire, Boivin et al. (2014) proposent de mettre en place des moyens de modération permettant de légitimer le point de vue de tous, autant les professionnels que les patients, et d'accorder une importance aux éléments soulevés ou proposés par la population ou les patients. La considération du propos du patient (Johnson et al., 2016) ainsi que la prise de parole équivalente et la démocratie au sein du groupe sont des éléments importants (Bombard et al., 2018). La représentation équitable des patients et des professionnels de la santé, incluant les gestionnaires, est aussi soulignée (Armstrong et al., 2018; Bombard et al., 2018; Bouabida et al., 2021; Pizzo et al., 2014). Comme l'intégration du partenariat de soins représente un changement de culture considérable, Flora et al. (2015) et Lavoie-Tremblay et al. (2014b) suggèrent aux organisations qui débutent l'intégration du partenariat de soins de faciliter la transition en privilégiant de plus petites implications des patients partenaires, par exemple la participation à des bilans d'équipe, à la construction de plans d'action ou à de petites transformations. O'Connor et al. (2018) suggèrent de proposer des

projets de partenariat de types variés et sollicitant divers membres des équipes de soins. La flexibilité (Bird et al., 2020; Bombard et al., 2018; Seshamani et al., 2021; Tobiano et al., 2015) et la variété d'opportunités d'implication sont aussi relevées (Bombard et al., 2018; Lindblom et al., 2021). En plus, la préparation du personnel est une autre étape importante. Le personnel peut se sentir vexé et attaqué par les mauvaises expériences de soins évoquées par les patients partenaires et ils peuvent présenter une fermeture à l'inclusion de ceux-ci, s'ils ne voient pas ou ne comprennent pas la pertinence du partenariat (Haines et al., 2017). La préparation adéquate du personnel par les organisations et un exercice de prise de conscience des valeurs personnelles sont donc essentiels au succès de l'intégration du partenariat (Bombard et al., 2018). Aussi, la tenue des rencontres de travail dans des lieux facilement accessibles aux patients favorise leur participation (Bombard et al., 2018).

Enfin, voici les facilitateurs personnels. L'actualisation des connaissances du personnel soignant (Coulter et Ellins, 2007) et la reconnaissance de celui-ci envers l'engagement du patient dans les soins (Haines et al., 2017) s'avèrent significatifs. Cela est aussi valable pour les gestionnaires, car ceux-ci doivent soutenir leur personnel pour que le partenariat en soins directs soit efficace (Gagliardi et al., 2008). Un autre facilitateur relevé est la sélection de patients partenaires détenant des caractéristiques optimales (Pomey et al., 2015a). Comme il a été mentionné précédemment, le patient doit détenir des caractéristiques spécifiques telles que détenir des valeurs en accord avec le partenariat, être dans un état de santé stable, être autonome, avoir un niveau d'éducation supérieur au niveau secondaire, avoir une bonne compréhension de sa maladie et de son expérience de santé, avoir une bonne capacité à s'exprimer, avoir du temps pour s'impliquer et posséder des ressources financières et matérielles facilitant son implication, par exemple pour les déplacements ou l'absence au travail (Lavoie-Tremblay et al., 2014b; Pomey et al., 2015a). L'authenticité (Haines et al., 2017), participer pour les bonnes raisons et l'adoption d'une attitude positive (Barnes et al., 2013; Boivin et al., 2014) sont aussi des caractéristiques favorables au partenariat de soins. La curiosité, la fiabilité, la diplomatie, la vigilance ainsi que le sens des responsabilités et du respect sont aussi des caractéristiques évoquées par Pomey et al. (2018). Un patient d'un âge moins avancé peut aussi être un facteur contribuant à sa participation et à sa facilité à s'investir dans les projets (Gagliardi et al., 2008). Toutefois, il est recommandé d'avoir une hétérogénéité dans les

habiletés, les professions et les expériences antérieures des patients sélectionnés afin d'augmenter le potentiel des retombées (Bombard et al., 2018) et la représentativité de la clientèle (Bombard et al., 2018; O'Connor et al., 2018). De plus, le choix d'un patient ayant une capacité à adopter une vision collective d'un enjeu et à faire preuve de rationalité dans l'expression de ses propos s'avère un atout (Boivin et al., 2014). Il est recommandé que le patient partenaire reçoive des formations afin de développer des habiletés et des compétences reliées à son rôle (DCPP et CIO-UdeM, 2016a; O'Connor et al., 2018; Pomey et al., 2015a). Cela contribue à la valorisation du savoir expérientiel par les équipes soignantes et facilite la création d'un environnement favorable au partenariat dans lequel le patient partenaire peut jouer un rôle actif et influent (DCPP et CIO-UdeM, 2016a; Pomey et al., 2015a). La valorisation du patient partenaire est un facilitateur significatif (Bird et al., 2020; de Graaff et al., 2021; Pomey et al., 2020).

De nombreuses barrières au partenariat de soins ont aussi été relevées dans la littérature. D'abord, au niveau des barrières personnelles figurent l'incapacité de certains patients partenaires à se projeter dans le futur (Sofolahan-Oladeinde et al., 2017). L'état de santé physique ou mentale peut aussi freiner leur implication (Barnes et al., 2013; Bombard et al., 2018; Howe, 2006; Pomey et al., 2018). Aussi, pour des personnes présentant un handicap physique ou mental, le recrutement peut s'avérer plus difficile compte tenu des considérations éthiques applicables (Bombard et al., 2018). Cela est aussi applicable aux individus de l'entourage d'un patient agissant comme partenaires de soins, car si la personne malade nécessite beaucoup de soins, il est possible que le proche aidant ou l'entourage ne puisse se libérer pour participer aux rencontres (Haines et al., 2017). La participation de représentants ou de proches aidants peut être perçue comme étant une barrière potentielle au partenariat, car il s'agit d'une représentation et de propos interprétés sous une vision différente (Bombard et al., 2018). Outre la situation de santé, la maladie dont est atteint le patient peut constituer un obstacle à la participation du patient, car il pourrait devenir vulnérable et inapte au partenariat trop fréquemment (Longtin et al., 2010). L'intérêt envers le partenariat peut aussi être variable d'un patient à un autre (Gagliardi et al., 2008), de même que le niveau de confiance envers l'organisation et les professionnels côtoyés dans les équipes de travail (Bombard et al., 2018). Cela affecte donc le taux de participation des patients (Bombard et al., 2018; Pomey et al., 2018).

et fait en sorte que les projets et les recherches ont plus de difficultés à être menés en cohérence aux besoins de la majorité des patients vivant cette situation et ce, à moyen ou long terme (Sofolahan-Oladeinde et al., 2017). D'ailleurs, la perception des patients d'un long délai entre leur implication et la réalisation du changement souhaité par le projet peut être une barrière au partenariat de soins (O'connor et al., 2018; Pomey et al., 2015c). Les caractéristiques personnelles du patient peuvent aussi être une barrière (Lavoie-Tremblay et al., 2014b), dont la langue (Haines et al., 2017; Barnes et al., 2013), la situation financière (Haines et al., 2017) et l'origine ethnique (Qualité des services de santé Ontario, 2016a; Longtin et al., 2010). L'origine ethnique du patient peut le décourager à s'impliquer par peur d'être victime de jugements ou de comportements en opposition aux principes de respect de la personne (Longtin et al., 2010). Cependant, selon Qualité des services de santé Ontario (2016a), cette barrière est surmontable. Une crainte de perte d'emploi peut aussi être possible (Barnes et al., 2013). Pour pallier cette contrainte, il est dans les meilleures pratiques d'offrir une compensation financière aux participants (Bird et al., 2020; Boivin et al., 2018; Bouabida et al., 2021; Johnson et al., 2016; O'connor et al., 2018) ou de leur donner accès à un transport pour se rendre aux rencontres, par exemple (Lavoie-Tremblay et al., 2015). Toutefois, il est important d'être sensible au fait que la rémunération des patients partenaires puisse mener vers leur professionnalisation et si cela survient, il faut s'assurer que ce soit réalisé d'une façon éthiquement acceptable (Bouabida et al., 2021). Les contraintes de temps, qu'elles soient relatives à l'emploi ou pas, sont à elles seules une barrière au partenariat de soins autant chez les patients (Barnes et al., 2013) que chez les professionnels (Pomey et al., 2015c). Aussi, les attentes initiales du patient lors de la manifestation de son désir de participer peut aussi être une barrière si ses attentes initiales ne se concrétisent pas de la façon qu'il le souhaitait initialement (Boudioni et McLaren, 2013). Les attentes trop élevées peuvent être issues d'un manque de connaissances en ce qui a trait au concept de partenariat de soins, mais aussi une participation visant la quête de bénéfices personnels, ce qui peut constituer une autre barrière (Barnes et al., 2013; Pizzo et al., 2014). Il faut aussi s'assurer que les attentes des professionnels et des organisations envers les patients soient adéquates et clairement établies (Bombard et al., 2018), car bien qu'ils puissent représenter une ressource intéressante et inépuisable étant donné leur gratuité et leur provenance externe, ils demeurent néanmoins des humains (Pizzo et al., 2014). Le niveau de littératie en santé et la compréhension des enjeux cliniques peuvent aussi être d'autres éléments freinant sa

participation (Boivin et al., 2014). Bien qu'il soit favorable d'impliquer des patients avec le plus grand nombre de caractéristiques idéales, il est important de ne pas impliquer un trop grand nombre de patients partenaires dans un même projet pour éviter un surplus d'enthousiasme envers un sujet particulier pouvant entraîner l'oubli de l'objectif initial du projet et risquer de compromettre les retombées planifiées (Pizzo et al., 2014). Il faut aussi penser que l'encadrement des patients ne se termine pas au même moment que le projet, car il est important de garder de bons liens avec ceux-ci, d'assurer leur bien-être, mais aussi de pouvoir poursuivre le partenariat avec eux dans d'autres projets (Bombard et al., 2018). C'est pour cette raison qu'un faible encadrement des participants peut aussi constituer une barrière (Bombard et al., 2018; Pizzo et al., 2014). De plus, si les projets sont basés uniquement sur l'enthousiasme des patients partenaires qui y participent, il est possible que les projets soient éphémères ou ne puissent se réaliser (Pizzo et al. 2014).

Des barrières professionnelles sont aussi présentes. Certaines s'apparentent à des facilitateurs identifiés précédemment dans cette même sous-section par d'autres auteurs. D'abord, Sofolahan-Oladeinde et al. (2017) mentionnent que la difficulté des gestionnaires à adapter leur vocabulaire peut constituer une barrière, car, étant incapables de saisir le propos des gestionnaires de proximité et des professionnels avec lesquels ils sont en contact, les patients choisissent de se retirer du partenariat. La difficulté à utiliser un vocabulaire familier est aussi une barrière identifiée par Armstrong et al. (2018) et Bird et al. (2020). Une seconde barrière professionnelle est le manque de croyances personnelles des professionnels envers le partenariat avec le patient (Bouabida et al., 2021; Longtin et al., 2010) ou leurs attitudes négatives (Barnes et al., 2013). Boudioni et McLaren (2013) mentionnent aussi que la faible valorisation des propos des patients est une barrière supplémentaire. Cela est aussi appuyé par Lavoie-Tremblay et al. (2015) qui mentionnent en plus que l'attitude qu'ont les membres de l'équipe de soins à l'égard du partenariat ainsi que la crainte qu'un conflit d'ordre éthique ou déontologique émerge du partenariat étroit qui se créera avec certains patients sont des facteurs professionnels qui restreignent le succès du partenariat avec le patient. L'attitude des professionnels peut aussi être reliée à une mauvaise compréhension des bénéfices du partenariat, ce qui les empêche de reconnaître les raisons des efforts à déployer pour intégrer ce concept (Pizzo et al., 2014). De plus, la crainte de la perte de pouvoir et de contrôle par les professionnels de la santé, au niveau

des soins (Barnes et al., 2013) et de la gestion s'avère une barrière (Bombard et al., 2018; Hickey et Chambers, 2019; Longtin et al., 2010). Par contre, selon Gagliardi et al., (2008), certains seraient en accord d'impliquer les patients dans un partage décisionnel en ce qui a trait aux soins, mais pas en ce qui a trait à la planification et à la gestion. Bombard et al. (2018) croient cependant que ce sont les soignants sceptiques par rapport au partenariat de soins qui seront réticents au partage de pouvoir décisionnel et qui adopteront un comportement allant à l'encontre de la promotion du partenariat. De plus, une étude évoque qu'une incertitude persiste quant au pouvoir décisionnel conféré aux patients et à population par le partenariat de soins (Boivin et al., 2014). D'ailleurs, il est aussi important pour les organisations de demeurer vigilants, car certains pourraient être tentés d'utiliser le partenariat à leur avantage en procédant à une sélection de participants pouvant entraîner des biais (Bombard et al., 2018). Il a aussi été relevé que le sentiment de ne pas être suffisamment outillé pour intégrer le partenariat de soins, une pratique jugée complexe, est présent au sein des professionnels (Bouabida et al., 2021; Longtin et al., 2010). Finalement, le temps et le travail supplémentaire requis par l'intégration du partenariat de soins à la pratique des gestionnaires seraient des barrières supplémentaires.

Les organisations ont aussi une influence sur le succès de l'intégration du partenariat. L'absence de culture de partenariat au sein de l'organisation s'avère une barrière à l'intégration du partenariat de soins (O'Connor et al., 2018). Aussi, selon la Cartwright et al. (2011), plus l'organisation est grande, plus la transparence de ses actions tend à diminuer et plus le partenariat et l'engagement des patients tendent à diminuer à leur tour. Qualité des services de santé Ontario (2016b), Johnson et al. (2016), Seshamani et al. (2021) et Silva et al. (2021) évoquent aussi l'importance de la transparence, mais Qualité des services de santé Ontario (2016b) présente en plus celle du respect de la réactivité et de l'*empowerment*. Il apparaît donc qu'il peut être difficile de faire du partenariat une priorité et d'éviter d'intégrer cette approche uniquement lors de l'arrivée des évaluations des normes de qualité, par exemple (Bird et al., 2020; Bouabida et al., 2021), ce qui serait une barrière. De plus, le manque de formation des patients partenaires peut être une barrière majeure (Longtin et al., 2010; Sofolahan-Oladeinde et al., 2017). Le manque de temps et de ressources financières ou humaines des établissements de santé peut aussi être des barrières au partenariat de soins (Bird et al., 2020; Bouabida et al., 2021; Pomey et al., 2018). Le manque de sollicitation des patients partenaires potentiels par les

organisations s'avèrent aussi une barrière à l'intégration de l'approche puisque le nombre de patients partenaires recrutés est faible, ce qui réduit les opportunités de partenariat (Boudioni et McLaren, 2013; Gagliardi et al., 2008). De plus, les milieux où la classe socio-économique est plus basse font face à de plus grandes difficultés de recrutement (Boivin et al., 2014). Il est donc possible de constater que le soutien offert aux patients dans l'accomplissement de nouvelles tâches est important, mais qu'il s'avère difficile pour les organisations de fournir un soutien optimal à ses partenaires (Boudioni et McLaren, 2013). Un autre facteur organisationnel constituant une barrière est la charge de travail des unités : plus les unités sont occupées et sollicitées en soins, plus l'intégration du partenariat est difficile et infructueuse (Jangland et Gunningberg, 2017; Pomey et al., 2018). Un faible taux de rétention du personnel peut aussi être une barrière (Bouabida et al., 2021). Boudioni et McLaren (2013) évoquent un facteur qui peut se rattacher à la charge de travail des unités, soit la qualité de soins rendus par les professionnels. Ces auteurs mentionnent que la piètre qualité des soins reçus par les patients peut influencer leur désir de participer. De plus, l'organisation doit mettre en place des processus pour s'assurer la rétention du personnel-clé agissant comme facilitateurs internes en exerçant un leadership positif, car la perte de ces personnes-clés pourrait affecter la poursuite du projet d'intégration du patient partenaire (Jangland et Gunningberg, 2017). L'absence d'accès à un environnement et des ressources appropriées au travail d'équipe (ex : locaux, ordinateurs, etc.) est aussi une barrière organisationnelle (Bouabida et al., 2021). Les ressources inadéquates à la mise en place du partenariat et les capacités organisationnelles peuvent aussi nuire au partenariat (Boudioni et McLaren, 2013). D'ailleurs, le partenariat peut exiger une grande quantité de ressources et d'investissements, monétaires ou non (Bombard et al., 2018; Pizzo et al., 2014), ce qui peut engendrer une variation de la qualité des expériences de partenariat vécues par les patients, soit une barrière potentielle (Paukkonen et al., 2018). Les expériences vécues par les professionnels sont aussi à considérer, selon Arnetz et al. (2016) et Jansen et Hanssen (2016), qui rapportent que le partenariat de soins peut s'avérer un stresser pour les professionnels si un soutien insuffisant de la part de l'organisation est présent. Finalement, la rapidité est à proscrire puisque la patience et les processus lents et investis sont, selon Boudioni et McLaren (2013), des éléments favorisant des partenariats efficaces et durables.

Pour terminer, d'autres barrières ne s'apparentant à aucune des catégories présentées précédemment ont été relevées dans la littérature. Le manque de données probantes à ce jour sur le sujet du partenariat peut être un élément freinant l'intégration de ce concept à travers les différentes organisations de santé (Boudioni et McLaren, 2013). Cet élément peut être amplifié par la complexité du sujet (Bombard et al., 2018). Aussi, un motif d'ordre politique, soit les changements au niveau des politiques nationales et gouvernementales, ont aussi été identifiées comme étant une barrière potentielle (Boudioni et McLaren, 2013). D'ailleurs, Cartwright et al. (2011) mentionnent que l'existence d'une législation attribuant le droit aux patients d'être impliqués directement dans les différents processus de soins facilite l'intégration du partenariat en Angleterre.

2.2.6 Rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers

L'intégration du partenariat de soins à la pratique des gestionnaires de proximité s'avère recommandée et encouragée (Carman et al., 2013). Cependant, des écarts entre les recommandations et la pratique sont constatés (de Graaff et al., 2021; Deyo et al., 2016; Lalleman et al., 2017). En effet, peu de gestionnaires de proximité intègrent le partenariat de soins de façon régulière à leur pratique (Pomey et al., 2015a), bien qu'il leur soit recommandé d'accorder une grande partie de leur temps à la pratique directe (Hamric et al., 2014). La pratique directe leur permet de récolter les avis, évaluer les besoins, discuter des plans et objectifs et inviter des patients à participer à des comités et à des projets (Dewald et Reddy, 2020; Hamric et al., 2014). Ainsi, bien que des contraintes organisationnelles puissent faire obstacle à l'intégration du partenariat de soins à la pratique des gestionnaires de proximité, celui-ci devrait tout de même tenter d'intégrer le partenariat de soins à sa pratique (Carman et al., 2013; Deyo et al., 2016; Pomey et al., 2015a). D'ailleurs, il détient un rôle-clé dans la transition des modes de gestion vers l'intégration du partenariat de soins (Deyo et al., 2016), laquelle est facilitée par le soutien et la collaboration de son supérieur immédiat (Deyo et al., 2016), soit le coordonnateur de programme.

Le rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins à sa pratique requiert des habiletés particulières (Deyo et al., 2016). Le rôle du gestionnaire inclut

l'organisation des actions en cohérence avec les besoins des équipes et des patients ainsi que les attentes organisationnelles, la coordination de l'accès aux ressources requises pour intégrer le partenariat, favoriser l'intégration régulière et significative du patient partenaire, afin d'éviter qu'il soit utilisé que pour répondre à des normes ou des exigences, puis faire une évaluation fréquente de sa pratique de partenariat pour en assurer le succès (Clavel et al., 2019). Il doit faire preuve de pratique réflexive de sorte à prendre conscience de ses forces et de ses faiblesses et à mettre en place des stratégies favorisant l'intégration du partenariat (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Par la suite, s'il le juge nécessaire, il peut prendre part à des programmes de formation visant le développement des compétences (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Le gestionnaire de proximité doit aussi développer des habiletés lui permettant de procéder au recrutement, au recueil du consentement libre et éclairé et à l'accueil des patients partenaires en ce qui a trait à leur arrivée au sein de l'équipe de gestion (Sofolahan-Oladeinde et al., 2017). De plus, une fois le patient intégré à l'équipe de soins, il est préférable que le gestionnaire de proximité fasse preuve de collaboration égalitaire plutôt que d'adopter une attitude autoritaire (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014). Il doit encourager les discussions et le partage de connaissances ainsi que déléguer et partager le pouvoir décisionnel (Carman et al., 2013; Chambers, 2017). Deux autres éléments significatifs dans le succès de l'intégration du partenariat de soins dans l'administration des services infirmiers est le leadership (Dumez et Boivin, 2018; Sharma et al., 2018) et la conviction des gestionnaires en ce qui a trait à la pertinence du concept (Deyo et al., 2016; O'Connor et al., 2018; Pomey et al., 2015b). Toutefois, bien que certains éléments soient discutés dans la littérature, il existe peu d'écrits rapportant l'accompagnement des gestionnaires de proximité dans le développement de compétences spécifiques au partenariat de soins. Il s'avère donc pertinent de mener une étude permettant d'éclaircir cet aspect.

2.3 Cadre de référence

Cette section présente le cadre de référence utilisé pour guider la mise en place de l'étude. Il a guidé la création des outils méthodologiques, tels le guide d'entrevue, le lexique de codes de l'analyse des données, ainsi que l'interprétation des résultats de l'étude. Ce cadre de référence, tel que présenté par la Figure 1, est le référentiel de compétences de pratique

collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Ce référentiel de compétences vise à soutenir la pratique de différents acteurs impliqués dans la santé de la population, dont les gestionnaires, et présente huit compétences, soit une compétence centrale et sept compétences transversales, à développer pour favoriser le succès du partenariat de soins dans les services de santé (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). La compétence centrale correspond à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des soins de santé et des services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Les sept compétences transversales sont le travail d'équipe, la communication, le leadership collaboratif, la clarification des rôles et des responsabilités, l'éthique clinique, l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé et la prévention et la résolution des conflits (DCPP et CIO-UdeM, 2016b).

La compétence centrale du référentiel est la planification, la mise en œuvre et le suivi des soins de santé et des services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Cette compétence réfère à la capacité de collaboration des patients et des professionnels de la santé afin d'agir de façon concertée et axée sur les besoins des patients dans le but de mettre en place des actions correspondant aux besoins relevés par les patients et d'améliorer la qualité des soins offerts (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Pour ce faire, DCPP et CIO-UdeM (2016b) suggèrent que les professionnels de la santé et les patients s'investissent dans un échange continu de savoirs et un partage de responsabilités afin de planifier des actions centrées sur les besoins et les projets de vie des patients sur divers sujets d'administration et de mettre en place des projets réalistes et adaptés à la clientèle dans un processus décisionnel partagé.

La seconde compétence du référentiel est une des compétences transversales, soit le travail d'équipe (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Cette compétence réfère à la capacité des patients et des professionnels de la santé d'interagir et de collaborer dans le but d'optimiser les retombées positives et les pratiques (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Cette dynamique d'équipe peut être présente au niveau de l'équipe de soins sur l'unité, mais peut aussi intégrer tous les acteurs impliqués dans le continuum de soins et de services (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Trois éléments clés sont à observer pour déterminer si le travail d'équipe est présent, soit la capacité de chaque membre de l'équipe à contribuer à l'établissement et au maintien d'une saine dynamique d'équipe, à l'organisation et au fonctionnement de l'équipe ainsi qu'à l'application du principe de concertation lors des processus de prises de décisions (DCPP et CIO-UdeM,

2016b). Ainsi, en développant cette compétence, les professionnels de la santé pourront entretenir de saines relations professionnelles ainsi qu'un climat de travail agréable et valorisant les connaissances de chaque acteur (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Le bon climat de travail au sein d'une équipe peut se manifester par la solidarité, la confiance, le partage de connaissances, le respect des opinions des autres et des rôles de chaque acteur (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). L'atteinte d'un tel climat favorisera donc l'engagement des divers acteurs et l'établissement d'un partenariat entre ceux-ci (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Finalement, l'équipe doit aussi faire preuve de pratique réflexive afin de pouvoir améliorer la qualité des soins et services qu'ils offrent et de maintenir le développement de leurs compétences (DCPP et CIO-UdeM, 2016b).

La troisième compétence est étroitement liée à la précédente. En effet, pour que le travail d'équipe soit possible, chaque membre doit connaître et respecter son propre rôle (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Pour ce faire, il est nécessaire de clarifier les rôles et les responsabilités de chaque acteur inclus dans une équipe de travail. Cette compétence est donc la clarification des rôles et des responsabilités (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Dans son référentiel de compétences sur la pratique collaborative et le partenariat patient en santé et services sociaux, la DCPP et le CIO-UdeM (2016b) définissent la clarification des rôles et responsabilités comme étant la capacité de chaque membre d'une équipe à expliquer son rôle dans divers contextes dans lesquels il peut exercer. Cette compétence réfère à trois capacités spécifiques, soit permettre à chaque membre de l'équipe d'exercer son rôle dans la pleine étendue de son champ d'exercice, de favoriser l'utilisation efficace du rôle de chacun en reconnaissant les forces et les limites de chaque membre et d'identifier les zones de chevauchement des différents rôles afin d'assurer une répartition optimale des tâches et un partenariat efficace (DCPP et CIO-UdeM, 2016b).

La quatrième compétence de ce référentiel est la communication (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Cette compétence réfère à la qualité des échanges, soit le climat de respect, le moment choisi, la disponibilité physique et mentale des personnes incluses dans la communication et le choix d'un vocabulaire accessible et compréhensible pour tous, ainsi qu'aux moyens privilégiés pour communiquer en fonction des besoins (réunion, courriel, échange téléphonique) (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Dans cette compétence, la DCPP et le CIO-UdeM (2016b) évoquent que chaque membre doit faire preuve de respect, d'écoute, d'absence de jugements et de capacité d'adaptation face aux émotions des autres, aux conflits de valeurs ou d'opinions, aux conflits

professionnels et mettre en application des stratégies pour les prévenir ou les résoudre afin de maintenir une communication efficace et respectueuse de l'expertise et du vécu de chaque membre de l'équipe. De plus, un des éléments les plus importants de cette compétence est l'absence de supériorité lors d'une communication entre les membres d'une même équipe de partenariat de soins et de services (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). En effet, il est aussi suggéré par cette compétence que le patient partenaire prenne une place active dans les échanges (DCPP et CIO-UdeM, 2016b).

La cinquième compétence est le leadership collaboratif (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Dans le référentiel de la DCPP et du CIO-UdeM (2016b), cette compétence se définit comme étant la capacité de chaque membre de l'équipe à faire valoir ses savoirs spécifiques et à accueillir ceux des autres afin de permettre à l'équipe de créer sa propre vision et d'améliorer la qualité des soins et des services. Cette compétence vise aussi à faire preuve de critique constructive face aux pratiques en place et à proposer des solutions visant l'optimisation des pratiques ou la mise en place de pratiques plus appropriées aux besoins (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Finalement, comme toute compétence de leadership, il s'agit d'atteindre un équilibre et d'éviter le leadership négatif. En effet, la DCPP et le CIO-UdeM (2016b) mentionnent qu'il est important de s'exprimer avec conviction et de faire valoir son expertise, mais que cette attitude doit être empreinte d'humilité.

La sixième compétence est l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Selon la DCPP et le CIO-UdeM (2016b), cette compétence est l'engagement du patient et des professionnels dans l'amélioration de la compréhension de l'expérience de santé du patient, de son projet de vie et de ses besoins dans le but de réajuster régulièrement les plans et les objectifs et d'offrir davantage d'autonomie au patient au sein de l'équipe de soins. La composante d'éducation à la santé réfère à la prévention et à la promotion de la santé publique (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Cette compétence vise donc à retirer l'essence du vécu du patient pour mettre de l'avant ses besoins et agir en fonction de son projet de vie.

La septième compétence est celle de l'éthique clinique (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Cette compétence réfère au respect de la prise de décision libre et éclairée, mais aussi au processus de résolution de conflits au sein de l'équipe lorsque cela s'applique, et au respect

constant du meilleur intérêt du patient (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). La DCPP et le CIO-UdeM (2016b) suggèrent qu'une procédure d'identification des acteurs concernés, des faits vécus, des conflits de valeurs potentiels, des motivations de chacun face au problème rencontré et des stratégies de résolution de conflits doit toujours être appliquée et son efficacité doit être évaluée une fois le problème résolu.

La dernière compétence est la prévention et la résolution des conflits (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Cette compétence se définit comme étant la capacité de prévenir et résoudre des conflits potentiels au sein de l'équipe, mais aussi la capacité à faire abstraction de conflits entre des professionnels impliqués dans la même équipe, mais survenant à l'extérieur de celle-ci (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Cela a pour but d'éviter la détérioration du climat sain au sein de l'équipe et de favoriser une ambiance agréable pour la participation du patient partenaire (DCPP et CIO-UdeM, 2016b).

Bien que le référentiel ne soit pas spécifique à l'administration des services infirmiers, il s'adresse aussi aux gestionnaires de proximité. Il s'avère pertinent pour soutenir l'analyse de la présente étude puisque l'ultime objectif des gestionnaires est la délivrance de soins de santé sécuritaires et de qualité (Edwardson et Irvin, 2013; Ingwell-Spolan, 2018; O'Connor, 2017; Orovioigoicoechea, 1996), ce qui s'inscrit dans la visée du partenariat de soins (Armstrong et al., 2020; British Medical Association, 2015; Johnson et al., 2016; Pomey et al., 2015a; Qualité des services de santé Ontario, 2016a). De plus, le partenariat de soins, qui consiste notamment à développer une étroite relation de soins entre différents individus (Lindblom et al., 2021; Rooke et Oudshoorn, 2020) détenant des expertises uniques (Jouet et al., 2010; Karazivan et al., 2015), s'avère une approche innovante qui engendre un changement dans la pratique des professionnels et dans l'exercice de leur rôle (Bouabida et al., 2021; Clavel et Pomey, 2020; Flora et al., 2015; Pomey et al., 2015a; Pomey et al., 2015b), auquel les gestionnaires ne font pas exception (Carman et al., 2013; Pomey et al., 2015a). Alors, ce changement de pratique entraîne un besoin de développement des compétences de collaboration des acteurs concernés, dont les gestionnaires (Bouabida et al., 2021; Clavel et Pomey, 2022; Jirasevijinda, 2017; Pomey et al., 2018). Il a été possible de relever que plusieurs compétences nommées dans les écrits de la recension effectuée sont aussi incluses dans ce référentiel de compétences. Cela ajoute à sa pertinence pour la présente étude puisque la troisième question de recherche, celle culminant les

deux premières, s'intéresse aux compétences à développer par les gestionnaires pour favoriser l'intégration du partenariat de soins dans leur pratique. En effet, afin de comprendre les compétences à développer et le soutien que requièrent les gestionnaires à cet effet, il est important de d'abord comprendre la perception du rôle, les barrières ainsi que les facilitateurs relatifs à l'intégration du partenariat de soins. De plus, plusieurs facilitateurs et barrières recensés dans la littérature concernent les actions, les attitudes et les comportements des acteurs, dont les gestionnaires, soit des éléments indissociables des compétences.

Alors, la compréhension des compétences, de leurs indicateurs et des manifestations associées permet de développer des outils méthodologiques spécifiques aux trois questions de recherche qui s'inscrivent en continuité les unes des autres afin de répondre ultimement à la troisième et dernière relative aux compétences requises par les gestionnaires pour favoriser l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers.

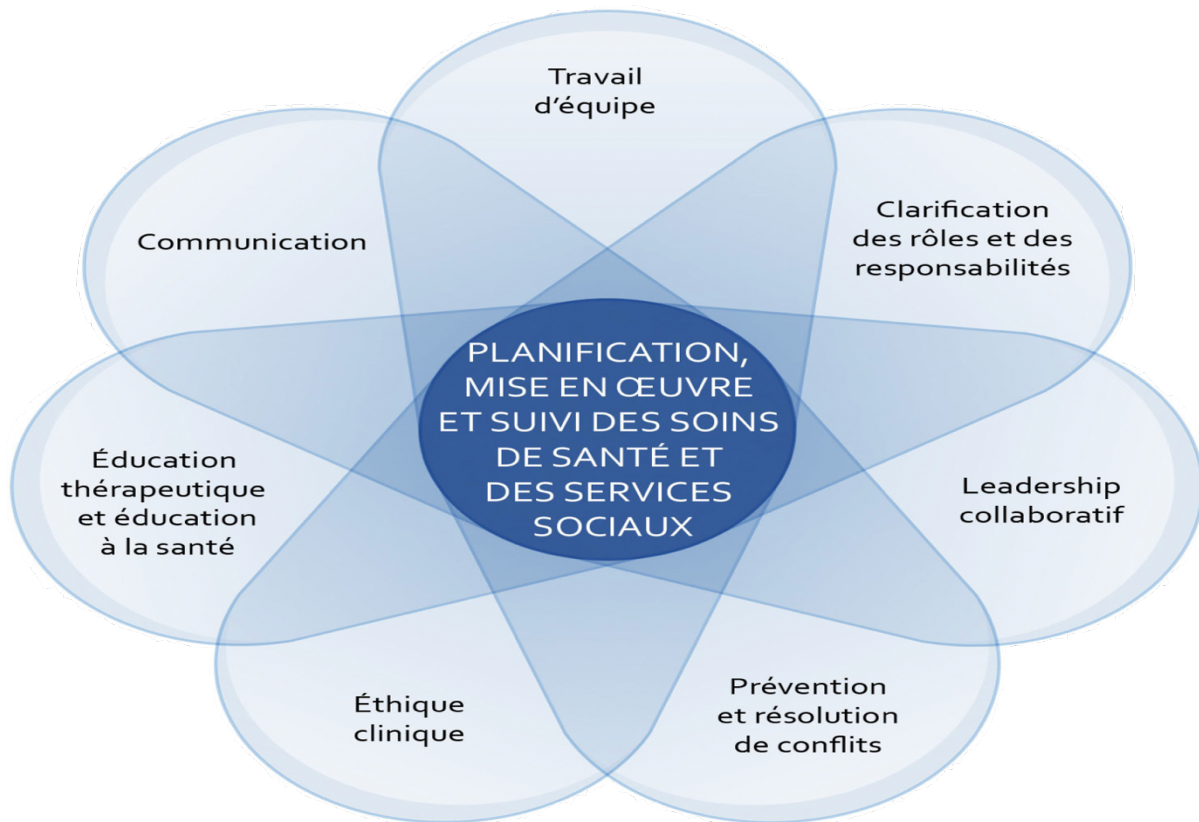


Figure 1. Référentiel de compétences de pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016b)

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce chapitre explique les procédés et éléments méthodologiques utilisés pour réaliser cette recherche : posture épistémologique, type d'étude, échantillon, collecte et analyse des données, critères de qualité utilisés pour assurer la qualité des interprétations présentées et considérations éthiques à prendre en compte dans la réalisation de ce projet de recherche.

3.1 Posture épistémologique

Cette sous-section vise à préciser la posture épistémologique de l'étudiante-chercheure dans le but de faciliter la compréhension de la cohérence entre les choix méthodologiques, les procédés d'analyse des données et la représentation des résultats. En effet, l'exposition claire et bien définie de la posture épistémologique d'un chercheur permet aux lecteurs de juger de la cohérence des choix et des interprétations faites. Ce souci de transparence, d'intégrité et de rigueur doit être présent au cours du processus complet de l'étude, qu'il s'agisse de la préparation de l'étude ou de la présentation des résultats (Miles et al., 2020). Cela est d'autant plus important dans le contexte d'une recherche qualitative puisqu'il s'agit, comme dans ce projet, d'explorer des phénomènes complexes vécus par des humains, de les analyser et de les modéliser afin de contribuer à l'ajout de connaissances sur un sujet peu exploré au moment de l'étude (Miles et al., 2020).

Une posture épistémologique réfère à la perspective philosophique expliquant la manière dont le chercheur connaît; une manière influencée par ses valeurs, ses croyances et l'environnement dans lequel pratique le chercheur (Gavard-Perret et al., 2012). En ce qui concerne l'étudiante-chercheure, elle adopte une posture inspirée du réalisme critique. Cette posture épistémologique évoque que la connaissance se compose de trois types de réels : réel profond, réel actualisé et réel empirique (Bhaskar, 1978). Le réel profond correspond aux valeurs, aux croyances et aux événements vécus par l'étudiante-chercheure qui teinteront sa façon de connaître et d'interpréter les données (Bhaskar, 1978). Cela fait en sorte que ce type de réel est non-modifiable et imperceptible. L'étudiante-chercheure n'inscrit pas dans ce mémoire toutes les valeurs ou les expériences qui teintent son réel profond, mais elle les garde en mémoire tout au long de son processus de recherche afin de minimiser les biais. Le second

type de réel est le réel actualisé. Ce type de réel signifie qu'en fonction des périodes de vie du chercheur, de l'évolution de son jugement, de sa pensée, de ses activités réflexives, il peut percevoir des savoirs de façon différente et générer des interprétations différentes (Bhaskar, 1978). Effectivement, il est important de considérer que l'étudiante-chercheuse détient de nombreux savoirs théoriques sur l'organisation et l'administration des services infirmiers, mais, en revanche, n'a aucune expérience à titre de gestionnaire de services infirmiers. Le troisième type de réel est le réel empirique, soit les connaissances issues de la littérature (Bhaskar, 1978). Dans ce projet de recherche, cette posture guide les choix méthodologiques concernant la collecte de données, l'analyse de données et les critères de qualité. Il est donc primordial d'y consacrer une sous-section afin de faire preuve de transparence et d'assurer la cohérence à chaque étape du projet de recherche.

3.2 Type d'étude

Le type d'étude privilégiée pour répondre au but de ce projet de recherche est la recherche qualitative. Ce type d'étude vise à étudier un phénomène humain ou social complexe dans lequel des interactions sont présentes (Miles et al., 2020). Dans ce projet de recherche, l'étude du phénomène de partenariat de soins entre les gestionnaires de proximité et les patients se fait par le biais de la collecte des perceptions des acteurs concernés. Les perceptions des acteurs, soit une forme de données subjectives, viennent ajouter à la pertinence de recourir à l'utilisation de la recherche qualitative. En effet, la recherche qualitative s'intéresse à la signification que les gens accordent à un phénomène (Miles et al., 2020). La recherche qualitative regroupe plusieurs types de devis. Pour la réalisation de cette étude, le devis exploratoire descriptif est privilégié puisqu'il vise à explorer les perceptions de participants à une étude envers un sujet spécifique et à exposer les données recueillies de façon descriptive en conservant leur essence originale. Comme l'étudiante-chercheuse s'intéresse à l'exploration des perceptions des différents acteurs concernés par l'étude pour répondre à son but et à ses questions recherche, l'obtention de données descriptives est tout à fait adéquate. Les données recueillies représenteront une explication de la pensée et des sentiments de l'acteur par rapport au sujet de recherche. L'étudiante-chercheuse peut donc comprendre comment le rôle des gestionnaires de proximité dans le partenariat de soins est perçu, ce qui correspond à sa première

question de recherche. L'étudiante-chercheure peut aussi relever les éléments facilitant et restreignant le partenariat de soins à travers les explications fournies par les participants à l'étude, ce qui correspond à la seconde question de recherche. Il est aussi possible de répondre à la troisième question de recherche concernant les compétences à mobiliser par les gestionnaires de proximité pour faciliter l'intégration du partenariat. Par les réponses et les explications données par les participants aux questions posées par l'étudiante-chercheure, celle-ci peut relever les explications faisant mention de compétences et les associer à des manifestations de compétences en utilisant le cadre de référence choisi, soit le référentiel de compétences de pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016b).

Alors, ce type de devis, approprié pour répondre à des questions de recherche d'une étude impliquant des interactions entre divers acteurs, comme celui du partenariat de soins en administration des services infirmiers, est tout indiqué pour cette recherche.

3.3 Plan d'échantillonnage

Cette sous-section vise à expliquer les choix de l'étudiante-chercheure en ce qui a trait à la sélection du milieu de l'étude et des participants ainsi que leur pertinence pour le projet de recherche.

3.3.1 Milieu de l'étude

Le milieu de l'étude est un centre hospitalier de la grande région de Montréal. Ce milieu a été sélectionné à la suite de la réalisation de la recension des écrits. Cette étape du protocole de recherche a permis à l'étudiante-chercheure de constater que peu de milieux implantent le partenariat de soins au niveau organisationnel tel que le définissent Pomey et al. (2015a). Toutefois, après avoir effectué plusieurs prises de contact avec différents milieux, le centre hospitalier choisi, s'avère l'établissement permettant à l'étudiante-chercheure de respecter ses objectifs de recherche. Ce milieu présente une direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) qui propose un service spécifique dédié au partenariat de soins, particulièrement le recrutement de patients partenaires et le soutien à la coordination d'activités de partenariat. Les tâches relatives à ce service relèvent de la responsabilité d'une

seule personne et constitue l'unique service en place pour favoriser le partenariat de soins au sein de l'établissement et du CIUSSS. Aucun regroupement ni comité de patients partenaires n'est en place à cet effet. La DQEPE possède une banque d'environ une dizaine de patients partenaires. Ces personnes sont très sollicitées dans des projets divers. Il arrive que des patients partenaires soient sollicités pour participer à des projets qui ne sont pas directement liés à leur expérience de santé, mais pour lesquels ils peuvent transférer leur expertise expérientielle. Cela s'explique par le petit nombre de patients partenaires recrutés au sein du CIUSSS. L'équipe de la DQEPE travaille en collaboration avec les gestionnaires pour identifier et recruter davantage de patients partenaires, car les projets de partenariat se multiplient entraînant une hausse des besoins.

De plus, les pratiques du milieu s'inspirent du référentiel de compétences de pratique collaborative. Le milieu a aussi créé un guide d'accompagnement du personnel dans l'inclusion de patients partenaires à leurs activités de services. Le fait que les assises de leur pratique soient les mêmes que le cadre de référence guidant ce projet de recherche constitue un atout considérable, car cela ajoute à la cohérence de l'étude.

De façon plus détaillée, l'étude cible trois secteurs de soins. Ces trois secteurs sont différents en termes de clientèle et d'activités, mais ont en commun des initiatives d'intégration de partenariat de soins en administration des services infirmiers dans certaines des unités de ces secteurs par les coordonnateurs de programme. Dans chacun de ces secteurs de services, au moins un projet de partenariat de soins en administration des services infirmiers a été réalisé ou se déroule au moment de l'étude. Étant donné que le présent projet est de type exploratoire et ne consiste pas à procéder à une comparaison de l'intégration du partenariat de soins au niveau de l'administration des services infirmiers entre différentes clientèles, différents sites ou différents services, puisque trop peu de données sont détenues à ce jour sur le sujet de recherche pour procéder à une recherche plus avancée, soit de type comparative, l'hétérogénéité du type de clientèle et d'activités n'affecte pas négativement la méthodologie de l'étude.

Pour améliorer la compréhension de l'étudiante-chercheuse en ce qui a trait au contexte dans lequel collaborent les acteurs concernés par le projet de recherche, celle-ci a procédé à la lecture de documents au sujet du partenariat de soins produits par l'établissement de santé dans

lequel se déroule l'étude. Sept documents concernant l'administration des services et la formation des professionnels de la santé ont été retenus par l'étudiante-chercheure. Ces divers documents permettent de brosser un portrait de la culture et de la structure organisationnelle du milieu et de constater les outils en place pour accompagner les professionnels dans l'intégration du partenariat de soins dans leurs services respectifs.

3.3.2 Stratégie d'échantillonnage

La stratégie d'échantillonnage correspond à la façon dont le chercheur procède à la sélection des participants qui prennent part à l'étude et tient compte des besoins de recherche, du but et des questions de recherche (Miles et al., 2020). Diverses méthodes d'échantillonnage existent; certaines sont aléatoires, d'autres délibérées, mais la plupart des recherches qualitatives ont recours à un échantillonnage délibéré (Miles et al., 2020). Pour ce mémoire, la stratégie d'échantillonnage privilégiée est l'échantillonnage de type non-probabiliste, soit délibéré, plus particulièrement par choix raisonné. Cette stratégie consiste à sélectionner soi-même un par un les participants qui composeront l'échantillon et s'applique si le chercheur estime posséder suffisamment de connaissances sur la population à l'étude (Miles et al., 2020). Il est possible de dire que cela est le cas puisqu'en procédant à l'élaboration de la problématique et en effectuant des lectures pour rédiger la recension des écrits, l'étudiante-chercheure a pu acquérir de nombreuses connaissances sur les caractéristiques des gestionnaires de proximité ainsi que sur les caractéristiques des patients partenaires. Ainsi, l'utilisation d'une telle stratégie d'échantillonnage permet de solliciter des participants qui correspondent aux caractéristiques précises visées par le projet de recherche. Ces participants sont considérés comme étant les personnes possédant les caractéristiques appropriées et idéales pour exprimer leurs perceptions par rapport au sujet de recherche à explorer, mais ayant aussi des expériences variées en ce qui a trait au partenariat de soins. De plus, le choix de cette stratégie se justifie aussi par la rareté des milieux correspondant aux besoins de l'étude et l'intégration peu répandue de l'approche, ce qui influence directement la quantité de personnes correspondant aux caractéristiques nécessaires pour être un participant potentiel. En effet, l'utilisation de cette stratégie d'échantillonnage est appropriée lorsque l'étendue des sujets potentiels s'avère très restreinte (Miles et al., 2020). Le recours à une stratégie d'échantillonnage permettant de sélectionner chaque participant en fonction de critères précis et spécifiques aux besoins de l'étude, rehausse

la pertinence des données recueillies par rapport aux questions de recherche. D'ailleurs, aucune stratégie d'échantillonnage ne peut être étiquetée comme étant meilleure qu'une autre, car le choix de la meilleure stratégie d'échantillonnage repose sur l'unicité et les besoins de chaque projet de recherche (Miles et al., 2020). Alors, il est simplement important d'assurer la cohérence entre le choix de la stratégie d'échantillonnage, le potentiel d'accès à des participants comportant les caractéristiques spécifiques aux besoins du projet de recherche ainsi que le but et les questions de recherche, ce qui est le cas dans ce projet de recherche.

3.3.3 Unités d'échantillonnage

Les unités d'échantillonnage sont des personnes, des lieux, des objets, des activités ou des événements, des processus et des éléments temporels qu'il est possible d'étudier afin d'obtenir des données dans le cadre d'une recherche (Miles et al., 2020). Dans la réalisation de ce mémoire, un seul type d'unité d'échantillonnage est utilisé, soit des personnes. Cependant, les participants sont des personnes ayant des titres et des responsabilités différentes, soit des gestionnaires de proximité, des coordonnateurs de programme et des patients partenaires. Les gestionnaires de proximité correspondent concrètement, dans cet établissement de santé, à des chefs d'unité, les coordonnateurs de programme correspondent à leurs supérieurs immédiats et les patients partenaires sont des patients travaillant de concert avec l'équipe de soins d'un service dans lequel ils ont reçu des soins ou dans un service dans lequel l'expertise conférée par la vie avec leur maladie est transférable. L'annexe A présente le positionnement de ces types de participants dans la structure organisationnelle.

L'inclusion des patients partenaires et des gestionnaires de proximité s'explique par le fait qu'ils constituent les acteurs principalement impliqués dans le sujet à l'étude. De plus, certains expérimentent le partenariat par motif personnel et d'autres par motif professionnel, ce qui entraîne des opinions et des besoins différents et rehausse la richesse des données recueillies. Leur participation à l'étude est donc primordiale. Quant aux coordonnateurs de programme, ils constituent une source de données supplémentaire, mais intéressante à avoir, car ils connaissent les orientations organisationnelles; ils sont les principaux décideurs des services dirigés par les gestionnaires de proximité. Ils coordonnent les services de plusieurs unités d'un même secteur d'activités. De surcroît, les gestionnaires de proximité doivent agir de façon cohérente avec leurs

besoins et leurs recommandations. Il s'avère donc intéressant de comparer les points de vue des différents types de participants. Il est aussi intéressant d'observer les similarités et les divergences d'opinions et d'actions entre deux types de gestionnaires situés à des niveaux différents de la hiérarchie organisationnelle.

Comme les unités d'échantillonnage constituent des personnes et que des caractéristiques particulières sont requises pour assurer la rigueur et la cohérence de l'étude, il est nécessaire d'établir des critères d'inclusion et d'exclusion servant à la sélection des participants. D'abord, les gestionnaires de proximité doivent présenter un intérêt pour le projet de recherche, expérimenter une approche de partenariat de soins avec un patient partenaire au profil ressource dans leur pratique d'administrateur et être en poste depuis minimalement six mois. En ce qui a trait aux patients partenaires, un critère doit être rencontré, soit avoir déjà collaboré à au moins une reprise dans le cadre une relation de partenariat à titre de patient partenaire au profil ressource avec le gestionnaire de proximité de l'unité auquel il est rattaché. Cela permet aux patients partenaires d'avoir une bonne compréhension de l'unité, des barrières, des facilitateurs, de l'environnement, des relations de collaboration et bien plus, mais aussi d'avoir une richesse d'informations et d'expériences relationnelles ou personnelles à partager lors de l'entrevue. Le critère d'exclusion consiste à ne pas être dans une exacerbation de la maladie ou de ne pas être hospitalisé durant la collecte de données. Cela permet aux participants d'être aptes et disposés à participer à la recherche, favorise le respect des humains participant à la recherche et contribue à la crédibilité des données recueillies et, par le fait même, des résultats. Si le patient n'est pas disposé physiquement et mentalement à participer à l'étude, les réponses fournies à l'étudiante-chercheure pourraient être peu élaborées et pourraient ne pas refléter l'expérience vécue par le patient, ce qui entrainerait donc l'utilisation de données pauvres en informations. De plus, il est important que l'étude bénéficie tant à l'étudiante-chercheure qu'aux participants et que davantage de bénéfices que d'inconvénients en soient retirés.

3.3.4 Taille de l'échantillon

Lors de la planification de l'étude, un échantillon de neuf participants issus de trois unités de soins distinctes, soit trois triades, était prévu. L'annexe B présente un schéma de l'échantillon initialement souhaité. Ce regroupement en triades visait à comparer, dans des services différents

d'un même établissement de santé, les interactions entre trois même acteurs, soit un coordonnateur de programme, un gestionnaire de proximité et un patient partenaire, mais aussi à mettre en lumière les différents éléments sensibles au partenariat émergent de l'unicité des caractéristiques des participants eux-mêmes, notamment es caractéristiques professionnelles et personnelles des participants, les ressources à leur disposition, les compétences développées, et bien plus. Toutefois, des difficultés de recrutement au sein de l'établissement dans lequel s'est déroulée l'étude reliées notamment à la mouvance du personnel cadre dans le réseau de santé, à la situation de santé précaire de certains participants, au petit nombre de patients partenaires au sein de l'établissement entraînant aussi une forte sollicitation de la majorité d'entre eux et à la participation peu fréquente des participants potentiels à des projets de partenariat dans le domaine de la gestion, ont été rencontrées. Le nombre de neuf participants ni de trois triades équivalentes n'a pu être atteint. Dans l'objectif d'obtenir un échantillon pouvant offrir une richesse d'informations, assurer la fiabilité de l'étude et la sélection d'un échantillon permettant de répondre aux questions de recherche, l'étudiante-chercheure a modifié la taille et la structure de son échantillon afin de s'adapter aux ressources humaines disponibles et d'assurer la pertinence de la recherche.

La taille de l'échantillon est donc de huit participants (n=8) issus de trois équipes de soins différentes et ayant chacune une dynamique relationnelle unique. La répartition des participants au sein des trois équipes est la suivante : un, deux et cinq participants. Le Tableau 1 de la section des résultats présente les participants de l'étude et leur répartition par équipe de soins. Il est à noter que bien qu'une équipe de soins soit représentée par un seul participant, celui-ci a été conservé, car le coordonnateur de programme le composant détient plusieurs expériences significatives de partenariat et a fourni une grande quantité d'informations lors de l'entrevue. De plus, aucun patient de cette équipe n'a pu être recruté, car ceux-ci n'étaient pas joignables. Aucun gestionnaire de proximité de cette équipe n'est impliqué dans l'étude, car aucun n'avait participé aux projets de partenariat de soins dans lesquels le coordonnateur de programme avait été impliqué.

3.4 Plan d'accès aux données

Après l'obtention de l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal [CERES] dont le numéro est 2018-1451 et du comité éthique du CIUSSS dans lequel se déroule l'étude, le centre hospitalier ciblé, qui a préalablement été contacté et rencontré pour valider le désir de l'établissement et des unités visées à participer à la recherche, a été recontacté afin de s'assurer du maintien de leur intérêt envers le projet. La personne-ressource de la DQEPE a confirmé l'intérêt et a procédé à l'envoi d'un courriel aux gestionnaires de proximité et aux coordonnateurs de programme collaborant avec des patients partenaires ou ayant manifestés de l'intérêt lors de son évaluation de la faisabilité du projet. Ce courriel a pour seul objectif de transmettre le résumé du projet de recherche de l'étudiante-chercheuse ainsi que ses coordonnées pour que les acteurs ciblés puissent la contacter, s'ils manifestent de l'intérêt à participer au projet. Toutefois, l'envoi du courriel par cette personne-ressource facilite le recrutement étant donné qu'elle sait qui sont les acteurs impliqués dans des projets de partenariat. Par la suite, lors de la réception de courriels de participants potentiels, l'étudiante-chercheuse les a contactés personnellement afin de leur expliquer son projet et d'obtenir leur consentement. L'explication du projet et l'obtention du consentement font partie des étapes nécessaires au recrutement rigoureux des participants (Miles et al., 2020). Bien qu'une des limites anticipées par l'étudiante-chercheuse était le refus de gestionnaires de proximité ou de patients par peur de préjudice à leur rôle ou à leurs soins, s'ils participent à l'étude, aucun refus n'a été émis. L'étudiante-chercheuse s'est tout de même assurée de n'exercer aucune pression sur leur décision de participer ou non à l'étude. L'intérêt qu'ils peuvent avoir démontré dans le passé envers le projet de recherche n'a été en aucun cas utilisé pour exercer de la pression et forcer leur participation au projet, dans le cadre du recrutement. Aussi, dans ce projet, l'étude des relations entre les différents participants d'une équipe de soins est importante alors il est primordial que les participants ne proviennent pas tous d'un seul et même service. Cela fait donc en sorte qu'il est possible, si un seul gestionnaire de proximité collabore avec un patient partenaire, que le coordonnateur de programme sache que c'est lui qui participe à la recherche. Le même raisonnement s'applique pour un gestionnaire de proximité qui collabore uniquement avec un seul patient partenaire. Ainsi, par déduction, il sera possible pour les participants d'une même équipe de connaître l'identité des autres participants de leur

équipe, mais les entrevues sont réalisées de façon individuelle et la confidentialité de leurs propos est assurée par l'étudiante-chercheure, et ce tout au long de l'étude. De plus, comme des défis de recrutement ont été rencontrés pour mener à l'identification de l'équipe de soins comportant un seul participant, l'aide des autres participants à l'étude a été sollicitée. En fin d'entrevue, l'étudiante-chercheure a simplement demandé aux participants s'ils connaissaient d'autres initiatives de partenariat sur d'autres unités qui nous permettraient de compléter notre recrutement. Lorsque des informations ont été partagées à l'étudiante-chercheure, celles-ci ont été relayées à la personne-ressource de la DQEPE et celle-ci a pris contact avec eux par courriel afin de leur transmettre les informations relatives au projet de recherche de même que les coordonnées de l'étudiante-chercheure.

Dans le cadre de l'obtention du consentement libre et éclairé via la signature d'un formulaire, les participants ont été informés du but du projet, des méthodes de collecte de données, des avantages et inconvénients de leur participation, de la méthode de conservation des données recueillies, du respect de la confidentialité en tout temps et des ressources mises à leur disposition pour répondre à leurs questions sur le projet, sur l'éthique et même en cas de détresse psychologique. Cela permet à l'étudiante-chercheure de s'assurer du respect des personnes, un principe éthique évoquant le fait que la recherche doit permettre de retirer davantage de bénéfices et de contribuer à l'avancement des connaissances sans compromettre la santé et le bien-être des participants (Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada, 2018). Les bénéfices ne doivent pas être seulement pour le chercheur (Miles et al., 2020). Dans ce projet, les participants ne bénéficient pas d'avantages directs et concrets. Aucune compensation financière n'est offerte. Toutefois, leur participation à l'étude permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins desservis, de soutenir les gestionnaires de proximité dans le développement de compétences et d'habiletés de partenariat et d'améliorer la collaboration entre les patients partenaires et les gestionnaires dans le but d'offrir des services appropriés aux projets de vie et aux besoins des patients fréquentant ces services. Finalement, les participants sont aussi informés des méthodes mises en place pour assurer la confidentialité et la conservation sécurisée des données. Ils sont aussi avisés qu'ils peuvent se retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans qu'aucune justification ne soit requise, par un simple avis verbal

ou écrit. Toutes les données recueillies jusqu'au moment de leur retrait seront alors détruites. Or, aucun participant n'a manifesté son désir d'être retiré de l'étude.

3.5 Collecte des données

Cette section vise à énoncer la méthode de collecte de données utilisée et à la justifier en fonction des besoins du projet de recherche. De plus, la façon d'organiser les données recueillies est aussi présentée afin de démontrer la conservation de la clarté et de l'authenticité des données recueillies sous forme d'observations ou d'enregistrements audionumériques.

3.5.1 Entrevues semi-dirigées

La méthode de collecte de données privilégiée par l'étudiante-chercheure est l'entrevue semi-dirigée. Cette méthode permet d'explorer en profondeur un sujet complexe vécu par des humains et contenant des interactions (Miles et al., 2020), tout comme le sont les perceptions des gestionnaires, des coordonnateurs de programme et des patients par rapport aux relations de partenariat. La complexité du sujet nécessite la mise en lumière de thèmes évocateurs issus des mots, des phrases évocatrices et du sens des expériences expliquées par les participants (Miles et al., 2020). Cela concorde tout à fait avec le but exploratoire du projet de recherche. Les entrevues semi-dirigées, permettant de comprendre davantage un sujet en s'intéressant aux propos des gens (Miles et al., 2020), s'avèrent donc une méthode de collecte des données appropriée, puisque peu de connaissances sont à ce jour connues sur le sujet, mais aussi puisqu'il s'agit d'explorer les perceptions des acteurs concernés en ce qui a trait aux relations de collaboration, aux compétences à mobiliser ou développer par les gestionnaires de proximité, mais aussi leur compréhension personnelle du rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins. De plus, cette méthode permet d'obtenir une richesse de données supérieures aux autres moyens de collecte de données.

À la suite du recrutement et en préparation à l'entrevue semi-dirigée, une date d'entrevue a été établie en collaboration avec le participant. À moins de désir contraire du participant, un délai minimal de deux semaines entre la prise de contact et l'entrevue a été offert afin de permettre aux participants de planifier leur agenda personnel et d'éviter des retombées négatives dans leur emploi du temps. Il est à noter que comme le milieu manifeste un intérêt envers les

retombées du projet, il accepte de libérer son personnel pour la durée de l'entrevue. La planification précoce permet aussi aux participants de se préparer à l'entrevue. À cet effet, un envoi par courriel des principaux thèmes qui seront abordés et un rappel du projet et du but a aussi été fait afin de permettre aux participants de débiter une réflexion sur les sujets présentés en vue des questions posées. Cela favorise l'aisance des participants et la richesse des données recueillies (Savoie-Zajc, 2009). Le lieu de l'entrevue a aussi été aussi convenu avec chacun des participants à l'avance. Le lieu choisi était à la discrétion du participant, mais dans tous les cas, les patients ont choisi leur bureau personnel ou un local de l'hôpital que l'étudiante-chercheure a réservé pour le moment de l'entrevue. Les lieux calmes et confortables ont été privilégiés afin de favoriser une aisance, la concentration et l'enregistrement de la bande audio de l'entrevue. Deux guides d'entrevue différents ont été élaborés : un pour les patients partenaires et un pour les gestionnaires, soit les gestionnaires de proximité et les coordonnateurs de programme. L'élaboration de ces guides a été faite à partir des repères théoriques relatifs au patient partenaire, au gestionnaire de proximité et au partenariat de soins. Ces guides ont été utilisés pour diriger les questions posées aux participants. Les annexes C et D présentent les guides d'entrevues. Chaque entrevue semi-dirigée est d'une durée approximative de 60 minutes et est enregistrée sur bande audionumérique. Avant de débiter l'entrevue, le consentement des participants a été reconfirmé.

Il est à noter qu'une copie imprimée du référentiel de compétences de pratique collaborative et partenariat en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016b) a été mise à la disposition des participants lors de l'entrevue et le référentiel leur a été expliqué afin de faciliter leur compréhension des questions et leur formulation de réponses aux questions. De plus, le terme leadership collaboratif a aussi été expliqué dans un langage accessible aux participants afin de favoriser leur compréhension du terme et éviter qu'une incompréhension du terme ne puisse fausser les données recueillies.

La collecte de données a été réalisée entre le 21 septembre 2018 et le 7 février 2019.

3.5.2 Journal de bord

Bien que les entrevues semi-dirigées constituent la seule méthode de collecte de données, un outil d'aide à la collecte de données a aussi utilisé, soit le journal de bord. Durant tout le

déroulement de sa recherche, incluant les entrevues, l'étudiante-chercheure a conservé un cahier servant de journal de bord près d'elle afin de noter ses observations et les thèmes utilisés fréquemment par les participants. Ce journal de bord lui a permis de noter des éléments évocateurs tout au long de l'entrevue et d'utiliser ces notes dans l'analyse des données. En effet, Miles et al. (2020) mentionnent qu'il est utile de procéder à la documentation de données en utilisant les observations et les journaux de bord, car ils peuvent être inclus dans l'analyse. À la suite de chaque entrevue, l'étudiante-chercheure a écrit des réflexions qu'elle a notées dans ce même cahier afin de garder des traces et faciliter sa compréhension et la contextualisation des données. De surcroît, cela a permis à l'étudiante-chercheure d'éclaircir ses pensées et le sens des segments lors de la codification et de l'analyse. Il est donc un outil soutenant la rigueur du processus de collecte et d'analyse des données.

3.5.3 Gestion et organisation des données

Les entrevues des participants ont été planifiées à plusieurs jours d'intervalle afin de favoriser le processus itératif de l'analyse (permettre le début de l'analyse et orienter les entrevues subséquentes sur les thèmes moins abordés). Malgré le fait que le guide d'entrevue a été prétesté avant le début de la collecte de données avec des gens non reliés à la présente recherche, il est possible de rencontrer des embûches en cours de route. Alors, le processus itératif de l'analyse est utile puisqu'il permet de réajuster les questions ou la direction des entrevues subséquentes. Une fois chaque entrevue terminée, la bande audio a été transcrite mot à mot, bien qu'un niveau de détails variable puisse être présent selon la qualité d'expression d'un participant à un autre (Miles et al., 2020), car l'étudiante-chercheure est soucieuse de conserver l'intégralité du propos du participant. Lors de cette même étape de gestion des données, un code alphanumérique a été attribué à chaque participant et l'entrevue a été nommée selon ce code afin de préserver la confidentialité. De plus, la bande sonore sera conservée par l'étudiante-chercheure, sous clé dans un classeur métallique, pendant une durée de sept ans sur un disque dur, en vertu de la règle 0762 du Calendrier de conservation des documents de l'Université de Montréal et des règles de l'établissement hospitalier où se déroule l'étude. Chacun des fichiers audio est sécurisé par un mot de passe connu uniquement de l'étudiante-chercheure et de sa directrice de recherche. Les transcriptions seront elles aussi conservées pour cette même durée, mais comme elles sont informatisées, elles sont protégées par un mot de passe

connu uniquement par l'étudiante-chercheuse et sa directrice de recherche. Le classeur métallique utilisé pour la conservation des données sera situé à l'Université de Montréal, dans le bureau de la directrice de recherche de l'étudiante-chercheuse. Une seconde écoute des enregistrements a été faite après la transcription pour s'assurer de l'exactitude de la transcription. Par la suite, trois relectures des transcriptions ont été réalisées en regardant trois éléments différents, soit le contenu, la forme et la fonction des données recueillies. Cela permet de bonifier les mémos rédigés afin d'enrichir l'analyse des données qui suit et éviter l'oubli d'éléments significatifs (Miles et al., 2020). Finalement, le dernier exercice de gestion des données est le résumé. Faire le résumé de chaque entrevue permet à l'étudiante-chercheuse de synthétiser et d'organiser ses pensées quant aux éléments évocateurs mentionnés par chaque participant.

3.6 Analyse des données

Après la collecte des données et l'organisation de celles-ci, l'analyse a été réalisée. La méthode d'analyse pour ce projet de recherche est la méthode d'analyse de contenu selon la terminologie de Miles et al. (2020), comprenant deux cycles de codage et la production des conclusions, l'interprétation des données. À la suite de la transcription des enregistrements audio numériques, les données ont été organisées par thèmes à l'aide du logiciel *QDA-Miner*. Malgré le fait qu'il n'est pas obligatoire de recourir à l'utilisation d'un logiciel de gestion des données tel *QDA-Miner* pour faire de l'analyse qualitative (Miles et al., 2020), l'étudiante-chercheuse croit que l'utilisation de ce logiciel peut faciliter la visualisation des groupes de données sous chaque code et l'élaboration des thèmes, en plus d'identification manuelle de thèmes.

À la suite de l'insertion des transcriptions d'entrevues dans le logiciel de gestion des données, une relecture des entrevues a permis de bien en comprendre le contenu, de se rappeler le contexte et les thèmes évoqués et d'identifier les segments porteurs de sens en mettant en gras les thèmes évocateurs. Au même moment, l'étudiante-chercheuse s'est référée à son journal de bord afin de ne pas modifier le sens de chaque transcription. La relecture est une stratégie qui aide l'étudiante-chercheuse dans le repérage et le regroupement de segments. L'étudiante-chercheuse est consciente que la segmentation doit être plutôt l'identification d'un passage

évocateur plutôt qu'un simple mot mis en relief en référence à un thème (Miles et al., 2020). C'est donc pour cela qu'elle constitue une étape préliminaire.

Par la suite, l'étudiante-chercheuse a procédé à la véritable segmentation en parallèle avec le codage, soit le premier cycle de codage de Miles et al. (2020). Pour y parvenir, l'étudiante-chercheuse a utilisé comme référence le lexique de codes qu'elle a préalablement débuté à l'aide de codes prédéterminés, soit des codes inspirés des repères théoriques et identifiés avant le début du processus de collecte de données, et de codes construits, soit des thèmes issus de mots évocateurs dans la collecte de données (Miles et al., 2020). Le codage est donc mixte. Lors du codage, l'étudiante-chercheuse s'est assurée que chaque code soit défini de façon claire. La clarté du code permet de relier chaque code à un passage de même sens et d'assurer une rigueur dans l'analyse (Miles et al., 2020). Une fois que toutes les transcriptions ont été segmentées et que les segments ont été codés, l'étudiante-chercheuse a procédé à la relecture de tous les verbatims transcrits se trouvant sous un même code afin de s'assurer qu'ils véhiculent tous la même idée. Cela ajoute à la rigueur de l'analyse et à la validité des résultats.

Une fois cette première phase de codage terminée, la catégorisation, soit le second cycle de codage (Miles et al., 2020), a été réalisée. La catégorisation consiste à regrouper par thèmes plus généraux les codes construits et prédéterminés utilisés dans la première phase (Miles et al., 2020). Pour ce projet, l'étudiante-chercheuse a procédé par diverses techniques, soit la recherche de *patterns*, de similitudes et de différences, de relations entre des concepts. Ces techniques lui ont permis de répondre aux questions de recherche formulées au premier chapitre de ce mémoire. En guise de rappel, ces questions de recherche concernent les relations de partenariat entre trois types de participants, soit des gestionnaires de proximité, des coordonnateurs de programme et des patients partenaires, dans un contexte d'administration des services infirmiers. Ainsi, les relations, les *patterns* et les différences et similitudes sont des tactiques qui sont appropriées au regroupement des thèmes spécifiques par rapport à ce sujet (Miles et al., 2020). De cette façon, l'élaboration de constats est permise (Miles et al., 2020). Dans ce projet, il s'agit concrètement d'élaborer des réponses en ce qui a trait au rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat des soins et aux compétences qu'il doit mobiliser.

L'étudiante-chercheure formule aussi des réponses en ce qui a trait aux facteurs facilitants ou contraignants qui influencent la mise en place du partenariat avec le patient.

3.7 Considérations éthiques

Dans un but de respect des personnes, de préoccupation de leur bien-être et de justice (Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada, 2018), l'étudiante-chercheure honore les considérations éthiques suivantes pour tout le déroulement de son projet de recherche. La première considération est l'obtention du consentement écrit, libre et éclairé des participants. Comme mentionné dans le formulaire d'information et de consentement des participants, l'étudiante-chercheure a expliqué le but du projet, les objectifs de la recherche, les avantages et les inconvénients réels ou potentiels pour les participants, le recours à un enregistrement audio, la conservation des données recueillies et le respect de la confidentialité.

Une autre considération éthique à laquelle l'étudiante est très sensible est la reconnaissance croisée. Étant donné la réciprocité des participants de l'étude, l'étudiante-chercheure évite que les propos puissent être reconnus ou associés à un participant en particulier. Pour ce faire, un code a été attribué à chaque participant et à chaque entrevue, ce qui évite l'utilisation de son nom ou de la journée d'entrevue. De plus, les résultats sont présentés en fonction des questions de recherche. Ainsi, cela contribue à réduire la traçabilité des dynamiques spécifiques des équipes et donc, des participants.

Aussi, lors de la présentation des données et la sélection de verbatims, l'étudiante-chercheure a retiré tout indice sociodémographique ou personnel permettant d'identifier un participant par un verbatim. Cela permettra donc d'éviter la reconnaissance croisée des propos dans la présentation des résultats et l'origine précise d'un verbatim. Ainsi, l'étudiante-chercheure s'engage à assurer l'absence de préjudices de toutes sortes pour les participants.

3.8 Critères de qualité

Pour assurer la qualité de son mémoire, l'étudiante-chercheure utilise comme référence les critères de qualité de Miles et al. (2020). Ce choix s'explique par la posture épistémologique de l'étudiante-chercheure, soit le réalisme critique qui réfère à trois types de réalité, soit le réel

profond, le réel actualisé et le réel empirique (Bhaskar, 1978). En adoptant cette façon de connaître, l'étudiante-chercheuse croit que ses connaissances sont issues de ses valeurs, ses croyances et qui elle est intérieurement, de la théorie, des écrits scientifiques, mais aussi des événements qui se produisent et des divers moments ou périodes de la vie qui amènent la population à avoir un point de vue critique différent. Ainsi, l'étudiante-chercheuse croit que les représentations peuvent être adéquates, mais qu'elles ne sont pas immuables, qu'elles peuvent se modifier en fonction des éléments contextuels. Alors, en fonction de son épistémologie et de son projet, les critères de qualité choisis par l'étudiante-chercheuse sont la confirmabilité, la vraisemblance et l'imputabilité procédurale.

3.8.1 Confirmabilité

La confirmabilité est le critère qui permet aux chercheurs de prouver aux lecteurs que les données utilisées dans le cadre du projet sont issues des participants, des observations faites et des journaux de bord et sont toutes accessibles et relativement neutres (Miles et al., 2020). Ce critère est important pour l'étudiante-chercheuse puisqu'en fonction de son épistémologie, elle est consciente que d'autres gens peuvent croire que sa représentation est inadéquate ou incohérente en raison de valeurs différentes ou d'un contexte différent, bien que la théorie soit la même pour tous. Ainsi, en notant ses observations, ses pensées et ses réflexions personnelles et analytiques dans un journal de bord et en nommant l'utilisation de cette stratégie dans la section méthodologique, cela aide les lecteurs du mémoire à valider sa représentation. Aussi, l'étudiante-chercheuse procède à plusieurs écoutes des entrevues effectuées afin de s'assurer de comprendre et de conserver l'essence originale des propos des participants. De plus, dans la présentation des résultats, l'étudiante-chercheuse énonce de quel type de participants provient chacune des informations, sans permettre la traçabilité ou la reconnaissance croisée afin de préserver la confidentialité, mais de tout de même démontrer que les données utilisées sont réelles, issues des entrevues et des observations et repérables. Toutes les étapes du processus de recherche sont donc bien décrites dans ce mémoire et les notes de recherche sont conservées afin de permettre la traçabilité des résultats et une éventuelle demande de ré-analyse par des acteurs externes au projet de recherche.

3.8.2 Crédibilité

Le second critère utilisé est la crédibilité. Ce critère correspond à la capacité de convaincre le lecteur que l'analyse et les interprétations produites sont crédibles et appropriées, qu'elles font du sens (Miles et al., 2020). Cela concorde à nouveau avec l'épistémologie de l'étudiante-chercheure, car il s'agit de prouver que ses interprétations sont issues de la théorie, de son raisonnement en fonction du contexte et de ses valeurs, ce qui réfère à la connaissance issue de trois types de réel, soit le réalisme critique. Pour ce critère, les méthodes utilisées sont le journal de bord où est consigné le raisonnement et les réflexions de l'étudiante-chercheure, des moments de discussion entre l'étudiante-chercheure et sa directrice afin de valider que son réel profond ne biaise pas les résultats pour une raison inapparente, l'énoncé et la définition claire des repères théoriques en début de mémoire, mais aussi la référence au cours de la discussion sur les interprétations et l'insertion de verbatims évocateurs des interprétations faites dans la présentation des résultats afin de confirmer la crédibilité des liens produits. Cette dernière méthode contribue aussi à la confirmabilité. Aussi, les descriptions utilisées lors de la discussion sont traitées dans leur contexte d'origine et riches en sens.

3.8.3 Fiabilité

Le dernier critère utilisé est la fiabilité. Ce critère se définit comme étant l'explication détaillée du processus de recherche permettant au lecteur d'être informé de la méthodologie du chercheur, mais aussi de juger de la cohérence entre les choix méthodologiques et analytiques avec les repères théoriques, les questions et le but de la recherche (Miles et al., 2020). Il s'agit de s'assurer que les processus de recherche sont réalisés avec rigueur et minutie (Miles et al., 2020). Comme le réalisme critique est fortement teinté du contexte, mais aussi de la théorie et des valeurs de chaque personne, il est important que l'étudiante-chercheure utilise ce critère faisant référence à ces trois éléments. Pour ce faire, l'étudiante-chercheure énonce clairement sa posture épistémologique dans son mémoire, car la posture épistémologique peut influencer le processus d'analyse et les conclusions et affecter la compréhension du lecteur qui peut avoir une posture épistémologique différente. Elle prend aussi bien connaissance des tâches qui s'apparentent à son rôle d'étudiante-chercheure dans l'étude afin d'assurer un processus rigoureux et de minimiser les biais. De plus, l'étudiante-chercheure s'assure qu'un fil

conducteur soit présent entre les questions de recherche, le but de l'étude et la méthodologie. Elle décrit de façon détaillée la méthodologie utilisée pour la recension des écrits, l'échantillonnage, la collecte des données, l'accès aux données, la collecte des données, la gestion des informations recueillies, l'analyse et l'interprétation et justifie ses choix à cet égard en s'appuyant sur des écrits théoriques. Le journal de bord de l'étudiante-chercheuse contribue aussi à la fiabilité des résultats puisque les pensées, les modifications et toutes les observations de l'étudiante-chercheuse y sont inscrites. L'étudiante-chercheuse valide aussi ses résultats d'analyse avec sa directrice de recherche afin de procéder à une forme de validation par les pairs, car cette dernière possède une expertise sur le sujet de recherche.

Finalement, ces trois critères de qualité permettent à l'étudiante-chercheuse de témoigner de la fiabilité et de la validité des résultats produits et démontrent de la transparence et de la rigueur.

Chapitre 4 : Présentation des résultats

Ce chapitre expose les résultats de l'étude. Il est organisé en quatre sections. La première section expose les regroupements de participants de l'étude. Les secondes, troisièmes et quatrièmes sections présentent respectivement les réponses aux trois questions recherches initialement posées. Ces trois dernières sections regroupent à la fois les résultats issus d'une analyse s'intéressant aux expériences vécues par les équipes de soins, mais aussi par les différents types de participants. Or, il ne s'agit pas d'une analyse de cas multiples, mais bien d'une étude exploratoire descriptive.

4.1 Portrait des participants à l'étude

L'étude inclut un échantillon total de huit participants issus de trois équipes de soins différentes. Pour la première équipe, un membre participe à l'étude. Pour la seconde, deux membres participent à l'étude alors que pour la troisième, cinq membres y participent. Le Tableau 1 offre une représentation visuelle de l'échantillon. Les participants sont aussi identifiés par titre et code alphanumérique en fonction du nombre de participants de chaque équipe de soins. Par exemple, « patient partenaire 5b » signifie qu'il s'agit du second patient partenaire de l'équipe de soins ayant cinq membres participant à l'étude, puisque la lettre « b » est la seconde lettre de l'alphabet et qu'il s'agit d'un groupe de cinq personnes. Lorsqu'un type de participant est l'unique représentant de son équipe portant ce titre, seul un chiffre suit son titre. De plus, les titres de participants ont tous été nommés au masculin, sans égard à leur sexe, par souci d'uniformité et d'allègement du texte.

Tableau 1. Représentation des participants à l'étude

Nombre de membres de chacune des trois équipes de soins participant à l'étude	Type de participants				
Un	Coordonnateur de service 1				

Deux	Coordonnateur de service 2	Patient partenaire 2			
Cinq	Coordonnateur de service 5	Gestionnaire de proximité 5a	Gestionnaire de proximité 5b	Patient partenaire 5a	Patient partenaire 5b

Les tableaux 2, 3 et 4 représentent les portraits des trois équipes de soins desquelles sont issus les participants de l'étude, soit le nombre d'expériences de partenariat, le type et la durée des projets réalisés, la participation demandée ou requise par les différents acteurs lors de leurs expériences de partenariat, des verbatims évocateurs de leur vision du partenariat ainsi que les principaux thèmes relevés dans l'analyse quant aux expériences de partenariat vécues par cette équipe. La durée des projets est déterminée selon trois classifications : courte (moins de trois mois), moyenne (entre trois mois et un an), longue (plus d'un an).

4.1.1 Portrait de l'équipe de soins dont un membre participe à l'étude

Le tableau 2 illustre que le coordonnateur de programme est l'unique participant de cette équipe de soins. Il cumule deux expériences de partenariat associées à des projets variés. Il démontre aussi que la durée des projets varie de moyenne à longue et la co-construction de projets s'avère valorisée entre les différents acteurs aux différentes phases des projets. Le coordonnateur de programme assure la coordination des projets de partenariat et invite le patient partenaire à s'investir à raison d'environ une journée par mois, sans rémunération. La participation du patient partenaire vise le partage de son savoir expérientiel et de ses savoirs personnels.

Tableau 2. Portrait de l'équipe de soins dont un membre participe à l'étude

	Coordonnateur de programme 1
Nombre d'expériences de partenariat	Deux
Possède une formation au sujet du partenariat de soins	Non

Type de projets réalisés	<ol style="list-style-type: none"> 1. Création d'un guide d'informations et d'enseignement 2. Coordination d'un projet d'amélioration de la qualité des soins
Durée des projets réalisés	Moyenne à longue
Participation demandée aux patients partenaires	<p>Fréquence : mensuelle</p> <p>Participation aux discussions du groupe de travail, collaboration à la révision et à la mise en page de documents en présentiel ou par courriel, partager leurs idées avec l'équipe de travail</p>
Participation requise par les gestionnaires de proximité	Aucune mentionnée lors de l'entrevue
Participation requise par les coordonnateurs de programme	Animer et coordonner les rencontres, collaborer avec tous les acteurs du projet, contribuer au suivi et à l'avancement du projet, co-décider les objectifs du projet avec les patients partenaires, gérer les ressources, recruter les patients partenaires
Verbatims évocateurs de la vision du partenariat de soins par cette équipe	<p>Privilégier des petits projets et valeur ajoutée du partenariat de soins</p> <p>« Des gains d'amélioration pour tous, les patients aussi, parce que là, le premier objectif c'était de partir un projet et d'en faire un autre, faire des petits projets. Faire comme des... je dis toujours faire des petits plus » - Coordonnateur de programme 1</p> <p>Réalité des soins telle que perçue par les patients et valeur ajoutée du partenariat de soins</p> <p>« Moi j'ai réalisé qu'il y avait un <i>gap</i> entre ce que les professionnels pensent puis voient les choses et ce que les patients ont besoin puis veulent. Il y avait un énorme <i>gap</i>. [...] Ça a confronté beaucoup les professionnels » - Coordonnateur de programme 1</p>
Thèmes principaux relevés dans l'analyse quant aux expériences de partenariat vécues par cette équipe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contexte de pratique 2. Gestion des projets de partenariat 3. Caractéristiques et rôle attendu des patients partenaires 4. Compétences des gestionnaires.

4.1.2 Portrait de l'équipe de soins dont deux membres participent à l'étude

Le tableau 3 illustre que les deux participants associés à l'équipe de soins dont deux membres participent à l'étude sont un coordonnateur de programme et un patient partenaire. Les deux participants cumulent tous deux plusieurs expériences de partenariat et celles-ci sont variées en ce qui a trait à la diversité des projets réalisés. Le tableau 3 présente la durée des

projets variant de courte à longue. Les projets qu'ils ont donc réalisés en duo étaient de courte durée. Le partenariat de soins vécu par ces deux participants concerne la réflexion, la planification et la mise en œuvre des projets. De plus, il est important de noter ici que le coordonnateur de programme était anciennement gestionnaire de proximité. Toutefois, il a été promu au poste de coordonnateur de programme, mais avait déjà amorcé un travail collaboratif avec le patient partenaire à titre de gestionnaire de proximité. Cette expérience professionnelle antérieure fait de lui une source d'informations très pertinente pour le projet de recherche, car il pallie en partie à l'absence de gestionnaire de proximité dans ce duo. En effet, il offre des informations relatives aux deux niveaux de gestion, soit coordonnateur de programme et gestionnaire de proximité. Il n'a pas reçu de formation spécifique au partenariat de soins, mais a assisté à une conférence sur le partenariat de soins animée par un expert québécois en la matière. Les expériences de partenariat cumulées par ces deux participants ont donc été vécues alors que le gestionnaire occupait l'un de ces rôles.

Dans cette équipe, le patient partenaire détient une scolarité élevée et de fines habiletés de gestion. Il n'a pas reçu de formation pour devenir patient partenaire. Il s'est vu recruté par les services des unités d'une autre spécialité que celle associée à son expérience de santé. Il cumule de nombreuses expériences de partenariat. Ses expériences de partenariat sont en lien avec l'organisation des soins, le transfert de connaissances et la pratique professionnelle.

Le coordonnateur de programme assure la coordination des projets de partenariat et invite le patient partenaire à investir son temps personnel à une fréquence variant d'une occasion unique à une implication mensuelle régulière. À titre de chef d'unité, le coordonnateur participait aux discussions et à la mise en application des projets. Sans égard au rôle exercé par le gestionnaire, la participation du patient partenaire est motivée par son désir de partager son savoir expérientiel lorsqu'il siège sur des comités ou qu'il fait partie d'une équipe et l'enseignement de divers sujets relatifs à l'expérience de soin de la clientèle d'un programme ciblé. Parmi les projets auxquels ce coordonnateur de programme a participé figure la mise en place d'un groupe de discussion visant l'amélioration de l'organisation des soins et des initiatives d'amélioration de la qualité des soins à titre de gestionnaire de proximité.

Tableau 3. Portrait de l'équipe de soins dont deux membres participent à l'étude

	Patient partenaire 2	Coordonnateur de programme 2
Nombre d'expériences de partenariat	Plus de quatre, soit quatre discutées spécifiquement dans l'entrevue, mais en a davantage à son actif	Plus de deux, soit deux discutées spécifiquement dans l'entrevue, mais en a davantage à son actif
Possède une formation au sujet du partenariat de soins	Non	Non
Type de projets réalisés	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participation à des comités et équipes d'amélioration de la qualité des soins 2. Participation à un groupe de discussion en lien avec l'organisation des soins 3. Participation à un comité en lien avec la pratique professionnelle 4. Participation à des activités de transfert des connaissances 	<p>À titre de gestionnaire de proximité :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Participation à des comités et équipes d'amélioration de la qualité des soins <p>À titre de coordonnateur de programme :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organisation et participation à des groupes de discussion en lien avec l'organisation des soins
Durée des projets réalisés	Courte à longue	Courte
Participation demandée aux patients partenaires	<p>Fréquence : variable (implication mensuelle, hebdomadaire ou unique d'une journée)</p> <p>Participer aux discussions du groupe de travail, partager leurs idées avec l'équipe de travail, procéder au transfert de connaissances à la clientèle avec l'aide de professionnels et du matériel pédagogique fourni</p>	
Participation requise par les gestionnaires de proximité	Participer aux comités et équipes d'amélioration continue de la qualité des soins en participant aux discussions et en mettant en application des projets	
Participation requise par les coordonnateurs de programme	Animer et coordonner les rencontres, établir les objectifs du projet, collaborer avec tous les acteurs du projet, contribuer au suivi et à l'avancement du projet, recruter les patients partenaires	

<p>Verbatims évocateurs de la vision du partenariat de soins par cette équipe</p>	<p>Leadership</p> <p>« On travaille ensemble. Puis je mets toujours, je reviens toujours moi aux droits du patient. Les gens n'ont pas l'air de réaliser ça qu'ils ont des droits. Décision et consentement éclairé, [...] partager la décision, faire reconnaître ses compétences, ça c'est [...] faire accepter... ça dépend comment on s'y prend. » - Patient partenaire 2</p> <p>« Je ne sais pas combien de fois comme gestionnaire je me suis élevé <i>tsé</i> et je me suis mis même à risque <i>tsé</i> de dire : elle est où l'humanité là là-dedans, comment on le traite avec humanité là le patient quand on est en train de faire ça? » - Coordonnateur de programme 2</p> <p>Réalité de soins telle que perçue par les patients</p> <p>« N'oublions pas que [...] le patient c'est lui qu'on...qu'on prend à l'entrée puis qu'on va le mener à la sortie. » - Patient partenaire 2</p> <p>« Tu pourrais avoir donné des soins excellents, mais si tu n'as pas été humain avec le patient, il va dire qu'il a eu des mauvais soins. <i>Faque tsé</i>, un moment donné, pour rencontrer le besoin des patients, il faut toujours bien qu'il y ait quelqu'un qui nous le dise parce que visiblement on le perd » - Coordonnateur de programme 2</p> <p>Besoins et bien-être des patients partenaires au sein des équipes</p> <p>« Dans le comité d'amélioration continue [...] nos échanges et nos discussions on n'a pas tellement, on n'est pas directement dans... les deux mains dans la poutine terrain. On était un petit au-dessus de ça. <i>Faque</i> honnêtement il y a des fois où il avait l'air de s'ennuyer, <i>tsé</i> c'était comme un peu trop haut niveau pour lui, ça manquait de concret un peu notre affaire-là <i>tsé, faque</i> là quand on a vu ça, puis on voulait quand le même le garder comme patient partenaire <i>tsé, faque</i> là on s'est dit bien plutôt que de le laisser là, puis pas... pas tant satisfait, pourquoi on n'essaie pas de l'intégrer dans... vraiment dans une équipe qualité terrain. » - Coordonnateur de programme 2</p>
<p>Thèmes principaux relevés dans l'analyse quant aux expériences de partenariat vécues par cette équipe</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques, implication et valorisation des patients partenaires 2. Adoption d'une vision commune par le patient partenaire et le gestionnaire 3. Défis relevés dans leurs expériences de partenariat 4. Compétences et attitudes des gestionnaires

4.1.3 Portrait de l'équipe de soins dont cinq membres participent à l'étude

Le tableau 4 illustre qu'un coordonnateur de programme, deux gestionnaires de proximité et deux patients partenaires constituent les cinq membres de cette troisième équipe de soins participant à l'étude. Les cinq participants cumulent tous plusieurs expériences de partenariat et celles-ci sont variées en termes de types de projets réalisés et d'une durée majoritairement longue. Dans cette équipe, les patients partenaires participent à la réflexion, à la planification, à la gestion et à la mise en oeuvre des projets. La participation attendue du patient partenaire par l'équipe est le partage de son savoir expérientiel lorsqu'il siège sur des comités ou qu'il fait partie d'une équipe et ses compétences de gestion. Les gestionnaires de proximité s'avèrent le type de participants ayant peu expérimenté le partenariat de soins dans leur pratique et leurs expériences concernent la réflexion et la planification des projets. En revanche, le coordonnateur de programme s'avère activement impliqué dans toutes les phases du projet, du premier au dernier jour. Il assure la coordination des projets de partenariat.

Le premier patient partenaire de cette équipe est une personne qui a une expérience professionnelle de gestion. Elle s'implique dans des projets d'organisation des soins et de transfert de connaissances. Elle a été gestionnaire du projet de transfert des connaissances, a abandonné en raison de la lourdeur de la tâche et a accepté de s'impliquer de nouveau pour assister la nouvelle personne en charge de ce projet.

Le second patient partenaire est une personne qui a des habiletés de gestion en raison de l'environnement dans lequel elle a grandi et de ses études antérieures en administration et en finances. Depuis deux ans, elle prend part à la co-construction d'un projet visant à faire du jumelage de patients avec des patients partenaires. Ce patient partenaire a aussi cumulé des expériences variées au niveau du partenariat de soins en formation. Finalement, ce patient partenaire a aussi pris part à un projet d'Agrément Canada relatif à l'organisation des soins.

Le premier gestionnaire de proximité de cette équipe n'a pas eu d'expériences récentes de partenariat de soins et n'a pas reçu de formation sur le partenariat de soins. Ces dernières expériences ont majoritairement eu lieu il y a plus d'une année et elles étaient moins nombreuses que celles du coordonnateur de programme. Sa dernière expérience était la participation à un

projet de recherche regroupant plusieurs centres hospitaliers pour la clientèle fréquentant son service. Ses autres expériences de partenariat étaient davantage avec les patients partenaires impliqués dans le transfert des connaissances. Ce gestionnaire de proximité n'a pas initié de projets de partenariat. Il collabore lorsque cela est requis.

Le second gestionnaire de proximité détient ce poste depuis un peu plus d'un an. Il doit aussi agir à titre d'assistant-infirmier chef. Ses expériences de partenariat sont donc peu nombreuses jusqu'à présent. Il a une pratique de partenariat de soins dans de transfert de connaissances, comme le premier chef d'unité le décrit, et est indirectement impliqué dans un projet de recherche incluant un volet de partenariat au niveau de la province. Cependant, son rôle se résume principalement à assister à des rencontres. Ce gestionnaire de proximité ne détient pas de formation spécifique sur le partenariat.

Le coordonnateur de programme de cette équipe a participé à plusieurs projets intégrant le partenariat de soins. Il n'a pas reçu de formation spécifique au partenariat de soins avec le patient. Parmi les projets auxquels il a participé figure la mise en place d'un projet d'actualisation des activités de transfert de connaissances. Il coordonne aussi des projets en lien avec la qualité et l'accessibilité aux soins, dont l'actualisation du site web de son secteur de service, la finalisation du nouveau plan d'action de son secteur de service et la planification stratégique du rehaussement du nombre de référencement faits à un organisme offrant différents services à la clientèle.

Tableau 4. Portrait de l'équipe de soins dont cinq membres participent à l'étude

	Patient partenaire 5a	Patient partenaire 5b	Gestionnaire de proximité 5a	Gestionnaire de proximité 5b	Coordonnateur de programme 5
Nombre d'expériences de partenariat	Deux	Plus de cinq, soit cinq discutées spécifiquement dans l'entrevue, mais en a davantage à son actif	Plus de quatre, soit quatre discutées spécifiquement dans l'entrevue, mais en a davantage à son actif	Deux	Plus de quatre, soit quatre discutées spécifiquement dans l'entrevue, mais en a davantage à son actif
Possède une formation au sujet du partenariat de soins	Non	Oui	Non	Non	Non
Type de projets réalisés	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participation au comité général du service 2. Gestion des activités de transfert des connaissances 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Co-construction d'un projet de jumelage de patients avec des patients partenaires 2. Participation à des activités de transfert des connaissances 3. Participation à un projet d'Agrément Canada relatif à l'organisation des soins 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participation à des rencontres conjointes 2. Participation à la collaboration lors de l'organisation d'événements et de présentations sur différents sujets 3. Participation à des rencontres relatives aux activités de transfert des connaissances 4. Participation à un projet de recherche 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participation à des rencontres relatives aux activités de transfert des connaissances 2. Participation à un projet de recherche incluant un volet de partenariat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualisation des activités de transfert des connaissances 2. Finalisation du plan d'action gouvernemental pour son secteur de services 3. Rafraîchissement du site web de son secteur de services 4. Planification stratégique du rehaussement du nombre de référencement faits à un organisme

			incluant un volet de partenariat		
Durée des projets réalisés	Longue	Courte à longue	Courte à longue	Moyenne à longue	Moyenne à longue
Participation demandée aux patients partenaires	Fréquence : majoritairement longue Participation aux discussions du groupe de travail, partager leurs idées avec l'équipe de travail, dispenser ou gérer des activités de transfert des connaissances avec l'aide de professionnels et du matériel pédagogique fourni				
Participation requise par les gestionnaires de proximité	Participation aux discussions avec les équipes de travail des différents projets				
Participation requise par les coordonnateurs de programme	Animer et coordonner les rencontres, établir les objectifs des projets, collaborer avec tous les acteurs des projets, assurer le suivi et à l'avancement du projet, recruter les patients partenaires, offrir des ressources de travail aux patients partenaires				
Verbatims évocateurs de la vision du partenariat de soins par cette équipe	<p>Valorisation du partenariat de soins « Qu'ils sentent que... ils ne sont pas là parce qu'on nous oblige à les mettre là, mais que...on croit vraiment dans les bienfaits que ça l'a, donc il y a tout cet échange-là » - Coordonnateur de programme 5</p> <p>« On pourrait aussi avoir un conseiller partenaire, au même titre qu'un conseiller clinique. Mais, à ce moment-là, ça veut dire qu'il faut créer ces postes-là puis les rémunérer » - Coordonnateur de programme 5</p> <p>« Le directeur général [de l'hôpital] [...] il croit à ça » - Patient partenaire 5a</p>				

	<p>« Je pense qu'on travaille en complémentarité avec le reste de l'équipe » - Patient partenaire 5b</p> <p>« Je pense que le patient est vraiment <i>tsé</i> dans les valeurs du CIUSSS, le patient au centre de ses soins et tout ça bien ça implique... ça sous-entend qu'il y a des patients partenaires qui doivent collaborer puis je...il...il y a en a qui collaborent à plusieurs niveaux » - Gestionnaire de proximité 5b</p> <p>Ressources</p> <p>« Nous soutenir, c'est quand on a des besoins. Ne serait-ce que de demander pour des choses matérielles, avoir une case où mettre nos choses » - Patient partenaire 5a</p> <p>« [...] il y a une équipe [de recrutement] là donc [...] pour les patients partenaires qui existent au niveau du CIUSSS » - Gestionnaire de proximité 5a</p> <p>« Je pense que ce qui serait intéressant, ce serait d'avoir [...] une banque de patients partenaires avec leur expertise à quel niveau il est, puis là bien toi quand tu as un projet, que tu puisses t'adresser à cette ressource-là puis de dire bien : J'ai tel projet, je cherche un patient partenaire qui a peut-être une expérience dans tel truc ou pas une expérience dans tel truc » - Gestionnaire de proximité 5b</p> <p>« Je pense qu'on leur... du fait qu'ils ne sont pas beaucoup, ils sont très sollicités individuellement » - Gestionnaire de proximité 5b</p> <p>« Je n'ai même pas de bureaux pour mes... mes employés. Je n'ai pas suffisamment d'ordinateurs, je n'ai pas... <i>Rires. Tsé.</i> Les besoins de base là, accueillir quelqu'un... <i>Euh...</i> j'aurais besoin d'espace physique, de... d'être capable de leur offrir un ordinateur, qu'ils aient accès au réseau <i>euh...</i> pour être capable de travailler, qu'ils aient un stationnement <i>tsé</i> je... juste ces affaires-là est-ce que... ça pourrait aider. Ça c'est le volet très terre à terre » - Coordonnateur de programme 5</p>
<p>Thèmes principaux relevés dans l'analyse quant aux expériences de partenariat vécues par cette équipe</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caractéristiques et les rôles des patients partenaires 2. Cohésion au sein d'une équipe de travail 3. Inconfort des gestionnaires de proximité face au partenariat de soins 4. Compétences des gestionnaires

La présentation des participants de l'étude permet de constater qu'ils possèdent des expériences de partenariat variées, mais que tous détiennent des habiletés particulières en ce qui a trait à l'administration. Les expériences vécues par ces participants leur permettent de relever différents éléments s'associant à l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers tels le rôle du gestionnaire de proximité, les barrières, les facilitateurs et les compétences. Ces éléments correspondent aux trois questions de recherche de cette étude et ceux-ci seront présentés de façon détaillée dans les trois sections suivantes.

4.2 Perceptions du rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers

Les deux sous-sections suivantes présentent de façon détaillée les résultats associés à la première question de recherche. Ces résultats démontrent que les points de vue des patients partenaires, des gestionnaires de proximité et des coordonnateurs de programme présentent plusieurs similitudes en ce qui a trait au rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers. Des thématiques propres à certains types de participants sont aussi relevées.

4.2.1 Thématiques communes des participants

Cette section présente les perceptions associées à des thématiques relevées par plusieurs participants de l'étude quant au rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers. Les principaux thèmes évoqués sont la gestion des projets, l'approche collaborative, la valorisation du patient partenaire, l'éthique et la représentativité de la clientèle. Ceux-ci sont présentés par ordre de prévalence dans les propos des participants. Toutefois, il est à noter que le rôle discuté par les patients partenaires et les coordonnateurs de programme est inspiré de leurs expériences dans une équipe où le gestionnaire de proximité était absent ou peu impliqué dans le projet, mais dans laquelle un gestionnaire de plus haute hiérarchie, comme le coordonnateur de programme, était présent, en étroite relation avec le patient partenaire et menait les projets de partenariat. Cela était inconnu avant la collecte des données, car la recension des écrits suggère que les gestionnaires

de proximité exercent un rôle important dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers. Or, les patients partenaires et les coordonnateurs de programme estiment que, bien que les gestionnaires de proximité de l'étude ne perçoivent pas leur rôle de la même façon dont ils perçoivent le rôle des coordonnateurs de programme, il serait possible pour les gestionnaires de proximité d'exercer un rôle se rapprochant du rôle exercé actuellement par les coordonnateurs de programme.

4.2.1.1 Gestion de projets

Le premier thème associé aux perceptions du rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins ayant émergé des données recueillies est la gestion des projets. Les patients partenaires et les coordonnateurs de programme estiment que le gestionnaire de proximité doit d'abord être un chargé de projet interne qui coordonne les différentes phases d'un projet, assure la gestion des ressources, la tenue des rencontres, l'avancement du projet, etc. Toutefois, le coordonnateur de programme 1 nuance qu'il est aussi possible de recourir à l'aide de chargés de projet externes détenant une expertise particulière complémentaire au rôle du gestionnaire de proximité, en cas de besoin. Cependant, il s'avère que les gestionnaires de proximité sont peu impliqués dans les projets et mentionnent que ce sont davantage les coordonnateurs de programme qui doivent élaborer les projets afin d'assurer un potentiel de réalisation des projets plus élevé.

En ce qui a trait à l'élaboration des projets, le coordonnateur de programme 5 mentionne aussi que l'influence des projets élaborés provient fréquemment des plans d'action et des exigences d'Agrément Canada. Alors, du point de vue des coordonnateurs de programme, le gestionnaire de proximité devrait initier le projet et assurer sa réussite, bien que cela ne soit pas la pratique actuelle dans cette organisation. Le coordonnateur de programme 1 mentionne que pour assurer la réussite des projets, le gestionnaire de proximité doit exercer un rôle d'analyste centré sur l'identification de solutions pour la problématique à résoudre et celle-ci ne serait pas adéquate sans la participation du patient partenaire, selon le coordonnateur de programme 2 qui mentionne que le patient partenaire permet de ne pas oublier les bénéficiaires des projets, la qualité des soins et l'humanisme et d'éviter de se centrer uniquement sur des objectifs organisationnels.

« Comment on va faire en sorte pour au final diminuer notre [durée moyenne des séjours], mais avoir donné une offre de services de qualité au patient ? Ok... Comment on fait pour arranger tout ça, pour faire ça. *Faque* là tu es dans des données, mais, *t'es* pas dans ... ah oui, mais le matin que je parlais ils ne m'ont pas amené mon déjeuner. Ah! Oui, ils m'ont envoyé chez nous, mais ils m'ont envoyé en jaquette. Je n'avais pas de bas, pas de souliers dans les pieds. Ah! Oui je n'avais pas de... *Tsé* ok tu n'es pas là-dedans là ». - Coordonnateur de programme 2

« Alors que là quand tu as le patient en avant de toi, bien là il te le met dans la face : oui, mais c'est ça la vraie affaire qui arrive. *Faque* là ça te met des enjeux dans la face que tu n'aurais pas nécessairement évalués dans l'élaboration de ton projet parce que tu n'es pas allé dans la finalité aussi concrète que ça. Fait que pour moi, avoir un patient partenaire qui participe à des travaux, c'est 1., un garde-fou. Ça me permet moi de rester dans la *track*, de dire faut que je sois aligné sur le besoin du patient et 2., ça permet d'humaniser ça ». - Coordonnateur de programme 2

Aussi, le coordonnateur de programme 1 mentionne que dans la gestion de projets, l'adoption d'une approche positive et proactive est un atout. En ce sens, les coordonnateurs de programme 1 et 2 affirment que le gestionnaire de proximité doit établir un climat de pratique favorable à la collaboration et au partenariat de soins au sein de son équipe de projet.

« Rassembler l'équipe, *tsé* être capable de faire un... de faire une unité avec cette équipe-là puis de travailler sur un objectif commun *tsé*, ça te prend du leadership collaboratif c'est sûr, mobilisateur ». - Coordonnateur de programme 2

« [...] d'établir de la réciprocité entre les gens ». - Coordonnateur de programme 2

Les patients partenaires mentionnent aussi l'importance de l'établissement d'un climat favorable à la collaboration et au partenariat de soins au sein de l'équipe et ajoutent que cette étroite collaboration devrait persister tout au long de la gestion du projet. Or, cela n'est pas représentatif de la réalité actuelle, selon eux. Le patient partenaire 2 mentionne que par moments, il se sent davantage comme un figurant dans le continuum du projet. De plus, le patient partenaire 5a mentionne devoir réaliser plusieurs tâches de façon autonome et isolée

plutôt qu'en équipe. Selon les patients partenaires, il serait important que les gestionnaires ne perçoivent pas les patients partenaires comme étant un employé supplémentaire se joignant à leur équipe, mais plutôt comme un collaborateur externe au personnel hospitalier offrant de l'aide aux équipes dans le respect des besoins et des limites de tous et chacun. Ils rapportent ne pas apprécier devoir mener des projets seuls en réalisant les tâches d'une liste qu'on leur remet. Ces tâches représentent une charge importante et ne correspondent pas à une gestion de projet optimale, à leur avis.

« Être un patient ressource là bien... c'est... c'est exigeant ». - Patient partenaire 2

Ainsi, ils croient qu'il serait bénéfique que les gestionnaires soient davantage proactifs dans la gestion des projets, qu'ils participent activement à la réalisation de plusieurs tâches et qu'ils proposent de réaliser plusieurs tâches en équipe avec les patients partenaires.

Aussi, comme tout projet requiert un échéancier, le patient partenaire 5b mentionne que le rôle du gestionnaire de proximité réfère aussi à la capacité à planifier l'échéancier en considérant la présence d'une personne externe, qui n'est pas employée de l'organisation, et qui peut entraîner la nécessité de planifier des livrables plus distancés les uns des autres, car les patients ont une vie personnelle, et pour plusieurs, une vie professionnelle, à l'extérieur de leur implication au sein de l'organisation. Ce patient partenaire estime donc que l'allongement de la durée d'un projet est un moindre désavantage considérant les bénéfices qu'entraînera le partenariat de soins ultérieurement.

« Ça risque de freiner un peu la vitesse d'avancement de leur travail, mais c'est un ralentissement dans l'immédiat qui va permettre d'accélérer plus tard ». - Patient partenaire 5b

Selon les patients partenaires, ces bénéfices sont reliés à la performance des soins et selon le coordonnateur de programme 5 et le gestionnaire de proximité 5b, la performance des soins est primordiale. Or, un bénéfice concret pour les services doit être perçu par les gestionnaires de proximité afin de favoriser leur désir d'adopter cette approche et de développer leurs compétences à cet effet.

« La meilleure sensibilisation là c'est d'en intégrer dans des projets qui sont réussis. [...] C'est ça qui va faire les preuves. Faire...tsé...juste en parler comme ça puis dire bon

c'est bien puis *euuh*...tsé c'est vers ça qu'on s'en...non. Ça ça...ça ne marchera pas. C'est concrètement, qu'est-ce que ça donne. C'est ça que les ...les gens vont vouloir voir. *Faque* pour ça, il faut les intégrer, réussir des projets, voir les...les bénéfiques que ça l'a. Parce que les gens vont dire : bien oui, mais qu'est-ce que j'y gagne. Parce que ça va me prendre du temps, mais qu'est-ce que j'y gagne. *Faque* là...il faut qu'ils le voient là ». -
Coordonnateur de programme 5

4.2.1.2 Approche collaborative

Le second thème qui émerge des données recueillies est l'approche collaborative. Dans l'intégration du partenariat de soins dans une équipe de gestion, les patients partenaires et les coordonnateurs de programme estiment que la collaboration entre les différents membres d'une équipe est favorable au partenariat. Certains coordonnateurs de programme mentionnent avoir une équipe de patients partenaires fidèle et plus nombreuse alors que d'autres ont de la difficulté à identifier plus d'un patient partenaire avec qui collaborer. Tous relèvent une lacune au niveau du nombre de patients partenaires disponibles pour des projets de partenariat. En ce sens, le coordonnateur de programme 5 croit qu'il est nécessaire de collaborer au sein des équipes de projets, mais aussi avec des instances de l'organisation qui s'avèrent externes au projet et qui facilitent leur rôle, par exemple le recrutement de patients partenaires, car celles-ci influencent grandement le potentiel de réalisation des projets et la mise en place d'une approche collaborative.

« [...] que [l'organisation] soit comme plus proacti[ve] pour trouver du monde, moi j'aimerais que... vraiment là *tsé* que... que... leur offre de services aille vraiment plus dans ce sens-là puis que moi je puisse juste comme aller puiser chez eux là *tsé*. Ça me soulagerait beaucoup ». - Coordonnateur de programme 5

Au-delà des ressources humaines requises à la facilitation d'un partenariat de soins, les patients partenaires mentionnent que les comportements et attitudes inclusives de la part de tous les membres de l'équipe, incluant les gestionnaires de proximité, favorisent aussi leur engagement et leur collaboration. En ce sens, le rôle du gestionnaire de proximité consiste à favoriser la libre-expression de tous lors des rencontres, notamment les patients partenaires.

« Il y a une petite notion je dirais d'autorité à quelque part. Les patients ne sont pas tous pareils et il y en a qui ne va pas oser parler, il y en a qui ne vont pas oser exprimer [...]

les faire sentir qu'ils sont les bienvenus et que peu importe ce qu'ils disent, ça va être pris en considération [...] ». - Patient partenaire 5b

Outre la libre-expression, selon les patients partenaires et les coordonnateurs de programme, le rôle du gestionnaire de proximité dans l'adoption d'une approche collaborative s'inscrit aussi dans la communication appropriée. Cela signifie s'exprimer de façon claire et compréhensible pour les patients partenaires par l'adoption d'un langage familier et s'assurer de maintenir les patients partenaires informés des développements du projet. Toutefois, les coordonnateurs de programme évoquent que la communication va au-delà de l'émission d'information. Il s'agit aussi de la réception d'information, notamment par une écoute active et un respect mutuel de chaque membre de l'équipe.

« Il faut que tu ailles les oreilles ouvertes là autant sur ce que les employés sont en train de dire, autant que sur ce que lui est en train de dire. Puis... donc de l'écoute du gestionnaire, mais de l'écoute des employés aussi sur ce que le patient partenaire dit, l'écoute du patient partenaire sur ce que les employés disent, *faque tsé*, ça prend des capacités de quand même... de... de communication ». - Coordonnateur de programme 5

D'ailleurs, selon les patients partenaires, le rôle du gestionnaire de proximité dans l'adoption d'une approche collaborative inclut aussi la sensibilisation des professionnels de l'équipe de projet au partenariat en favorisant la distinction de leur rôle et de celui-ci du patient partenaire afin d'éviter leur réticence envers le partenariat de soins ou des conflits potentiels. Or, actuellement, ce rôle est davantage exercé par les coordonnateurs de programme.

« Je te dirais que ce n'est quand même pas gagné d'avance là. Moi je pense avoir beaucoup d'ouverture puis je... *tsé* dès mon arrivée dans le secteur je... j'ai commencé tout de suite à travailler avec des patients puis je... j'y crois énormément, mais je te dirais que ce n'est pas ce que je vois partout dans le programme puis que je travaille fort pour *euuh*... démontrer les bienfaits de ça ». - Coordonnateur de programme 5

Les patients partenaires évoquent que la compréhension des rôles contribue au partenariat et à la co-construction par l'ensemble de l'équipe. D'autres éléments relatifs au rôle

du gestionnaire de proximité dans l'intégration d'un partenariat de soins en administration des services infirmiers proposés par les patients partenaires sont l'égalité et le respect.

« Moi quand j'interviens, je me considère comme eux autres, sur le même pied d'égalité ».
- Patient partenaire 5a

« Ce n'est pas parce qu'on est patient et qu'on n'a pas de compétences en gestion [...] que ce qu'on dit n'est pas valable ». - Patient partenaire 5b

Dans le cadre d'une approche collaborative, le coordonnateur de programme 5 évoque aussi l'importance que chaque membre de l'équipe reçoive une reconnaissance équivalente au sein de l'équipe.

« Il y a une question de grand respect pour les... les gens avec qui on travaille. Puis pour moi c'est...ce n'est pas une question de hiérarchie là. Il n'y a pas de hiérarchie là-dedans là, tout le monde est important ». - Coordonnateur de programme 5

L'adoption d'une approche collaborative s'inscrit aussi dans une attitude bienveillante et rassembleuse, selon les patients partenaires. Un climat de confiance et d'ouverture où les idées de tous, incluant les patients partenaires, sont entendues et valorisées, un contexte sécuritaire pour le partage, est un élément significatif dans la création d'une expérience positive de partenariat de soins. Le partage de savoirs et d'idées stimule l'émergence de projets ou d'idées innovantes et bénéfiques pour les soins à prodiguer, mais si ce partage est restreint, les bénéfices découlant du partenariat seront moindres.

« C'est comme un enfant à l'école [...] Il n'y a pas de mauvaises questions. Pose ta question telle qu'elle est. C'est la même chose. Donne ton idée, tu ne sais pas ce qui peut sortir de cette idée ». - Patient partenaire 5b

Dans cette étude, les gestionnaires de proximité s'expriment peu sur cette thématique.

4.2.1.3 Valorisation du patient partenaire

Le troisième thème évoqué est la valorisation du patient partenaire au sein de l'équipe de projet. Les patients partenaires mentionnent qu'il est important que les gestionnaires de proximité valorisent l'implication du patient partenaire dans leur équipe en le soutenant dans le

développement de son rôle. Par exemple, le gestionnaire de proximité doit aider le patient partenaire à comprendre ses droits, à comprendre ses tâches, etc. Selon les patients partenaires, le rôle du gestionnaire de proximité inclut aussi la reconnaissance de leur investissement bénévole.

« On donne notre cœur nous ici ». - Patient partenaire 5a

Bien que tous jugent que cela soit important, les motifs de leur implication peuvent influencer le degré d'importance qu'ils y accordent. Selon le patient partenaire 2, certains de ses collègues patients partenaires se voient davantage irrités par la faible reconnaissance qu'ils disent recevoir et réduisent leur implication pour cette raison. Pour sa part, il se sent moins affecté par ce manque étant donné que son implication est motivée par un désir de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins offerts par l'hôpital.

« Moi c'est les défis qui m'intéressent. [...] Que c'est bénévole tout ça non, moi ça ne me fatigue absolument pas ». - Patient partenaire 2

Selon les patients partenaires, la création d'un sentiment d'appartenance est aussi un élément du rôle du gestionnaire de proximité contribuant à la valorisation du patient partenaire.

De plus, les gestionnaires de proximité 5a et 5b évoquent l'importance de respecter le patient partenaire, d'être à l'écoute de ses idées et de le valoriser au sein des équipes. Toutefois, le gestionnaire de proximité 5b propose une précision quant au rôle du gestionnaire de proximité dans cette valorisation. Ce gestionnaire de proximité mentionne qu'il est important de faire preuve de patience lors des interactions et des projets impliquant des patients partenaires, car, eux, ils ne sont pas forcément des gestionnaires innés ou formés, mais bien des collaborateurs ayant un savoir expérientiel n'étant pas détenu par les gestionnaires de proximité. De plus, pour bien exercer son rôle, le gestionnaire de proximité doit reconnaître que les bénéficiaires de ses actions seront les patients.

« Je pense qu'il faut avoir de l'ouverture aux opinions des autres. *Euh...* de valoriser dans le fond l'expérience des patients puis de vouloir faire le mieux pour eux. Sinon, ce que ça demande à développer, c'est ...c'est peut-être la patience puis de prendre son

temps, ce qu'on ne fait pas beaucoup normalement en gestion ». - Gestionnaire de proximité 5b

De plus, ces deux gestionnaires de proximité reconnaissent qu'une relation positive favorisant le soutien et l'accompagnement des patients partenaires influence positivement l'intégration du partenariat de soins. Toutefois, ils estiment que leur rôle auprès du patient partenaire s'apparente davantage à de l'accompagnement, de la rétroaction ou de la collaboration dans le cadre de projets déjà élaborés ou tout autre contexte dans lequel ils pourraient se voir sollicités.

4.2.1.4 Éthique

Le quatrième thème est l'éthique, incluant particulièrement les notions de neutralité, de confidentialité et d'égalité des chances. Le gestionnaire de proximité 5b mentionne qu'il est important pour un gestionnaire de proximité d'exercer son rôle de façon éthique dans les équipes de projets. Ce gestionnaire de proximité justifie ses propos en évoquant le double rôle qu'il peut jouer étant à la fois impliqué dans la gestion d'un projet, mais étant aussi un professionnel de la santé et gestionnaire d'une équipe de soins dont les patients ont été ou sont toujours clients des services offerts par une unité de soins.

« Des fois ça ça devient un peu *totché* puis...il faut rester comme diplomate puis c'est, c'est...reste qui...ils restent des patients parce que souvent, ce n'est pas parce qu'ils sont patients partenaires qu'ils ont complètement fini leur traitement, qu'ils ne sont pas encore suivis chez nous. *Faque* il y a comme une ligne où il faut faire attention ». - Gestionnaire de proximité 5b

De plus, les coordonnateurs de programme et le gestionnaire de proximité 5b évoquent une aisance variable en ce qui a trait à leur relation avec les patients partenaires alors qu'il est primordial, dans leur rôle, d'échanger avec ceux-ci. Ils évoquent ressentir parfois un malaise par rapport aux propos, aux intentions ou aux méthodes de travail des patients partenaires. Ils ont conscience de l'importance de faire preuve de neutralité et d'éthique dans leur rôle professionnel, mais évoquent un besoin de formation ou de soutien à cet égard pour faciliter l'exercice de leur rôle.

« Je trouve que c'est quelque chose qui reste quand même flou puis moins tangible que d'autres compétences ». - Coordonnateur de programme 2

« Il y a cette ambiguïté-là puis des fois aussi quand un patient partenaire parle d'un autre patient partenaire puis qu'il parle de son état de santé parce que dans...dans la confidentialité ou dans leur intimité ils s'en sont parlés, mais moi je ne sais pas si c'est correct qu'ils m'en parlent, je ne sais pas si... ». - Gestionnaire de proximité 5b

Il est donc primordial, selon le gestionnaire de proximité 5b, que tous les types de gestionnaires soient conscients de cette notion d'éthique afin de ne pas causer de torts à quiconque.

De plus, le gestionnaire de proximité 5b mentionne aussi qu'il est important que le gestionnaire procède à une sélection judicieuse des patients partenaires, de façon à ne pas brimer les droits des patients, mais aussi à s'assurer d'éviter des biais dans les projets. Cela s'inscrit aussi dans le rôle éthique du gestionnaire en situation de partenariat de soins.

« Aussi, il faut faire attention dans le choix je pense. *Euh...* il y en a qui sont vraiment prêts à faire patient partenaire, mais il y en a qui le choisisse puis on se rend compte des fois par après que c'est parce qu'ils ont un besoin eux-mêmes [...] de soutien ou de communiquer donc ça c'est...aussi des fois des situations qui sont un peu délicates à ...à gérer parce que la personne veut donner son temps, mais on se rend compte que le temps qu'elle donne est...est des fois pour... pour aller... [...] verbaliser ». - Gestionnaire de proximité 5b

4.2.1.5 Représentativité de la clientèle

Le cinquième thème commun relatif à cette question de recherche est la représentativité de la clientèle. Selon les patients partenaires 5a et 5b et les coordonnateurs de programme 1 et 5, il est favorable que le recrutement de patients partenaires, réalisé à l'occasion par les gestionnaires de proximité ou les coordonnateurs de programme, permette la représentation de la clientèle desservie par le service ou par l'organisation. Une tendance de recrutement faisant appel à des patients partenaires davantage expérimentés, hautement scolarisés ou ayant une expérience professionnelle en gestion est observée par ces participants. Or, selon eux, ces

caractéristiques ne sont pas forcément représentatives de la clientèle du service ou de l'organisation. Le coordonnateur de programme 1 a cependant des expériences de partenariat avec des patients moins expérimentés dans le cadre de projets de plus petite envergure. Quant au coordonnateur de programme 2, il collabore avec un patient partenaire n'ayant pas eu un parcours de soins spécifique au service qu'il coordonne, mais, selon son expérience de santé, son savoir expérientiel serait transférable. De plus, les patients partenaires 2 et 5b mentionnent que le partenariat de soins n'est pas accessible pour tous les patients. Ces deux patients partenaires mentionnent que certains patients ne sont pas intéressés ou enclins à devenir partenaires de soins, que ce soit par préférence pour l'approche paternaliste, par désintérêt ou par faible développement des compétences de partenariat.

Malgré l'homogénéité actuelle des patients partenaires de ce centre hospitalier, les trois coordonnateurs de programme mentionnent qu'il est de leur rôle d'élaborer des projets qui auront des retombées positives sur leur clientèle et d'intégrer aux équipes et à la banque de patients partenaires des patients de tous les âges, de tous les niveaux de scolarité et de toutes les origines ethniques.

Les gestionnaires de proximité de cette étude n'abordent pas ce sujet de façon spécifique.

4.2.2 Thématiques non communes à l'ensemble des participants

Cette section présente les perceptions quant au rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers recueillies lors de la collecte des données qui ne s'avèrent pas communes à l'ensemble des participants de l'étude. Ces perceptions sont regroupées selon les thématiques suivantes : adaptation, offre de soutien, proximité, transparence et pouvoir mobilisateur.

4.2.2.1 Adaptation

Cette thématique a été évoquée spécifiquement par les gestionnaires de proximité. Le gestionnaire de proximité 5a évoque que le partenariat de soins est une approche nouvelle dans les milieux de soins et que cela nécessite une période d'adaptation de leur part, notamment en ce qui a trait à l'apprentissage du rôle qu'ils doivent exercer auprès des patients partenaires. De plus, le gestionnaire de proximité 5a mentionne qu'il s'agit d'une transition dans l'approche de

gestion et que tout changement entraîne un délai d'implantation et se manifeste par une intégration graduelle. D'ailleurs, le gestionnaire de proximité 5a propose qu'il est du rôle du gestionnaire de proximité d'intégrer le partenariat de soins à sa pratique le plus possible. Il estime aussi que le développement des compétences associées au partenariat de soins et la compréhension du rôle seront proportionnels à l'exposition au partenariat de soins. Le gestionnaire de proximité 5b exprime d'ailleurs qu'étant donné qu'il occupe son poste de gestionnaire depuis peu, il connaît peu son rôle et les principes sous-jacents au partenariat de soins dans sa pratique. De plus, il croit qu'il s'avère plus difficile d'intégrer le partenariat de soins en administration des services infirmiers pour les gestionnaires de proximité, car leur pratique quotidienne s'avère davantage associée aux soins directs sur l'unité.

4.2.2.2 Offre de soutien

Cette thématique est évoquée par les patients partenaires. Ceux-ci affirment qu'il fait partie du rôle du gestionnaire, que ce soit le gestionnaire de proximité ou le coordonnateur de programme, de soutenir les patients partenaires de son équipe de projet autant au niveau humain que matériel. Le soutien humain souligné par les patients partenaires réfère à l'encouragement, à la présence et à la rétroaction assurée par les gestionnaires à leur égard. Le soutien matériel, quant à lui, réfère aux conditions de travail, au matériel requis pour réaliser leurs tâches, etc.

4.2.2.3 Proximité

Les patients partenaires évoquent qu'il fait partie du rôle des gestionnaires de proximité, mais aussi des coordonnateurs de programme, d'être en relation de proximité avec les patients partenaires, les membres de leur équipe de projet et les patients de leur secteur. Le patient partenaire 5b mentionne que les fonctions du gestionnaire de proximité incluent l'intégration fréquente des autres acteurs de son équipe, notamment les patients, afin de mieux les comprendre. Il propose aussi que la présence des gestionnaires de proximité sur les unités de soins facilite leur compréhension des perceptions des autres acteurs, dont le personnel soignant et les patients.

4.2.2.4 Transparence

Les coordonnateurs de programme soutiennent la nécessité de faire preuve de transparence dans l'exercice du rôle de gestionnaire, incluant les gestionnaires de proximité, au sein des équipes de projets. Cependant, certains reconnaissent que bien qu'ils soient conscients de l'importance de faire preuve de transparence, certains moments s'avèrent plus difficiles et moins transparents que d'autres. Le coordonnateur de programme 2 mentionne que la transparence s'avère davantage difficile à mettre en pratique lorsqu'une situation pourrait être moins gratifiante pour l'équipe de projets du point de vue des patients partenaires ou de jugements extérieurs, malgré tous les efforts et la bonne volonté des équipes, car cela pourrait avoir l'allure d'un échec.

« C'est vrai que on n'était peut-être pas sur la coche à ce moment-là, mais on a essayé de faire telle autre affaire, on a essayé ça, on a essayé ça, on ne peut pas dire qu'on ne faisait rien non plus *tsé* on... Bon. *Faque tsé*, dans le fond...mais... puis là je me rends compte peut-être que je les protégeais un peu, mais *tsé* je veux dire..., mais en même temps, je ne voulais pas non plus que [le patient partenaire] aille juste l'impression que c'était comme de la *schnout* puis qu'on a absolument rien fait par rapport à ça, *tsé* moi je le savais tout le travail qui avait été fait autour de ça ». - Coordonnateur de programme 2

Toutefois, de son côté, le patient partenaire 5b reconnaît la vulnérabilité du gestionnaire de proximité et du coordonnateur de programme en ce qui a trait à la difficulté d'être transparent et le patient partenaire 5a considère cela comme un atout des gestionnaires de proximité et des coordonnateurs de programme.

« Il faut que le gestionnaire apprenne à ... à être au naturel avec nous puis à ouvrir vraiment son cœur parce que ça va le suivre tout seul là parce que c'est ça qu'on fait en premier, on donne notre cœur hein ici. Je pense que c'est ça qui nous relie puis qu'on peut tout entendre quand c'est dit avec tact ». - Patient partenaire 5a

Outre le jugement extérieur des patients, un autre obstacle à la mise en place de la transparence est la reddition de compte continue associée au rôle de tout gestionnaire et la pratique centrée sur la performance. Il est donc, selon le coordonnateur de programme 2,

difficile, mais essentiel de laisser les valeurs personnelles être mises à l'avant-plan lorsqu'il en revient à la notion de transparence en contexte de partenariat de soins.

« Bien la transparence c'est une chose. Ça je pense que c'est fondamental. En fait, il faut être capable... puis les gestionnaires c'est un défaut qu'on a beaucoup parce qu'on est obligés de rendre des comptes tout le temps, on est en reddition de comptes continuellement, puis il faut bien paraître. On est sur un siège éjectable. [...] Si ça ne paraît pas bien, ça ne marche pas, on va se faire éjecter. En même temps, *euuh*... moi je prends pour acquis que mieux vaut dire que tu as fait quelque chose tout croche que de dire que tu l'as bien fait puis que ça revienne à rebond après puis qu'on se rende compte que tu n'avais pas bien fait les affaires ». - Coordonnateur de programme 2

4.2.2.5 Pouvoir mobilisateur

Les coordonnateurs de programme abordent le pouvoir mobilisateur en ce qui a trait au rôle du gestionnaire de proximité. Ils sont d'avis que le rôle du gestionnaire de proximité est de mobiliser une équipe pour les aider dans la mise en place d'un projet. Le coordonnateur de programme 1 mentionne spécifiquement que la capacité d'exercer un rôle permettant à la fois de mobiliser une équipe et les gens qui l'entoure, mais aussi d'être soi-même mobilisé et d'avoir une capacité d'avoir une vision à long terme des visées des projets à mettre en place est un atout majeur pour les gestionnaires de proximité.

4.3 Perceptions des barrières et facilitateurs à l'intégration du partenariat de soins

La section qui suit présente les barrières et facilitateurs à l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers identifiées par les trois types de participants à l'étude. Cela permet de répondre à la seconde question de recherche de la présente étude. La présentation des barrières et des facilitateurs débute par les thématiques associées à l'organisation et se terminent par les thématiques associées à l'individu.

4.3.1 Barrières

Les principales barrières quant à l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers identifiées par les participants se regroupent sous les quatre thèmes suivants : l'organisation des soins, la disponibilité des ressources, les connaissances des acteurs

concernés, en ce qui a trait au partenariat de soins, ainsi que les profils et les habiletés des acteurs concernés.

4.3.1.1 Organisation des soins

Cette sous-section regroupe plusieurs barrières : le positionnement et la promotion de l'établissement de santé en ce qui a trait au partenariat de soins, les exigences gouvernementales, l'utilisation instrumentale des patients partenaires, l'absence de structure de recrutement et le manque de valorisation du rôle du patient partenaire par l'établissement de santé. Les gestionnaires de proximité et les coordonnateurs de programme évoquent la présence d'exigences de partenariat au niveau gouvernemental, par exemple des normes et des indicateurs de qualité, ainsi qu'une position favorable au partenariat de soins dans l'établissement de santé. Toutefois, ils évoquent constater peu d'accompagnement ou de promotion en ce qui a trait au partenariat au sein de l'établissement de santé, ce qui, à leur avis, restreint l'adoption d'une pratique de partenariat en gestion.

Ainsi, ils mentionnent poser des actions de partenariat de façon davantage stratégique, soit des actions qui sont majoritairement en réaction aux visites ministérielles ou en prévision des normes à rencontrer.

« Tout à coup là au mois de février, eille là ça va nous prendre un patient partenaire [dans tel secteur clinique], on a une visite ministérielle là, qu'est-ce qu'on va dire, comment le patient a été visité, *tsé* a été impliqué, puis tout le kit, bon ». - Coordonnateur de programme 2

Alors, les coordonnateurs de programme estiment que bien que l'intégration du partenariat de soins à leur pratique soit une exigence, il ne s'agit pas d'une pratique implantée ni d'une pratique instinctive. Des choix sont faits en fonction de l'apparence ou des évaluations à venir plutôt qu'en réponse aux besoins réels des patients d'un service de l'établissement de santé.

« Puis à l'automne 2017 où là on est en préparation de l'agrément, puis que là on regarde notre cahier de normes, puis que dans le cahier de normes, à peu près chaque ligne se termine avec *avec la participation du patient*, *avec la participation du patient*, *avec la participation du patient*, là quand tu regardes ton cahier de normes puis que... on était

comme *eah*... 2 ans même pas après la transformation du réseau là, où *tsé* tout... tout a été réorganisé, tout a été chamboulé puis il faut tout se refaire, puis tout...*tsé* comme l'Agrément c'est... tout est tombé à l'eau puis il a fallu recommencer puis etc. Puis qu'on n'a pas recommencé si longtemps que ça avant la visite d'Agrément Canada, fait que là on a les pattes aux fesses (*tape sur la table*), on court puis on essaie de régler toutes nos affaires, puis de se mettre beau pour la visite, mais là...C'est sûr que tu te dis : Bien là ça se... on n'y arrivera pas là. C'est sûr qu'à toutes les lignes on ne peut pas avoir... on ne peut pas avoir un patient partenaire impliqué dans tout ce qu'on fait parce que... on n'est pas là pantoute là *tsé*, puis honnêtement, à postériori, *eah*... même à ça, je ne suis... c'est... à mon avis c'est de viser trop large ». - Coordonnateur de programme 2

Cela témoigne que l'intégration du partenariat de soins est majoritairement stratégique plutôt que partie intégrante de la culture organisationnelle des gestionnaires.

« *Faque tsé* tu vois qu'au niveau stratégique là *tsé*, cette idée-là d'impliquer des patients elle est présente. C'est ce qu'on veut. C'est la même dans [tel secteur clinique] d'ailleurs. C'est le stratégique qui nous rappelle à l'ordre régulièrement pour nous dire : il est où notre patient partenaire, comment vous allez nanana? *Tsé* Bon. *Tsé faque* on voit que la volonté est là, moi je pense que la volonté terrain est là aussi, *tsé faque* c'est juste, c'est juste... je ne sais pas comment, mais *tsé* c'est difficile, c'est difficile quand même... de le réaliser ». - Coordonnateur de programme 2

Par contre, le gestionnaire de proximité 5a croit que l'organisation de leur pratique sera amenée à changer éventuellement.

« [...] Je pense qu'avec le temps, l'intégration des patients partenaires va devenir... un standard, une norme ». - Gestionnaire de proximité 5a

La faible promotion du partenariat de soins n'est pas exclusive à la gestion, selon les coordonnateurs de programme. Ils estiment qu'elle est peu réalisée auprès du personnel de l'hôpital, du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé. Or, ces individus influencent tous de près ou de loin les actions des gestionnaires de proximité. Selon les coordonnateurs de programme, cette faible promotion s'associe à deux tendances chez les employés : une pratique paternaliste maintenue ou un désir d'amélioration de la pratique motivé

par des valeurs personnelles tendant vers le partenariat de soins. Les coordonnateurs de programme croient donc que ce manque de promotion du partenariat de soins au sein de l'organisation s'avère un obstacle à l'intégration du partenariat.

En ce sens, le gestionnaire de proximité 5a souligne qu'une résistance du personnel infirmier des unités de soins face au changement de pratique qu'implique le partenariat de soins, à l'omniprésence des patients partenaires et à l'accès à l'information des patients partenaires est observable dans son équipe.

« Ça, ça peut être une barrière d'avoir une espèce de résistance de l'équipe terrain aussi ».
- Gestionnaire de proximité 5a

De plus, les gestionnaires de proximité et les patients partenaires mentionnent que l'absence de structure organisationnelle systématique favorisant le travail des gestionnaires et le recrutement de patients s'avère un enjeu considérable pour les gestionnaires de proximité qui aimeraient intégrer cette approche à leur pratique.

« Moi je ne vois pas de désavantages [au partenariat]. En fait, le désavantage, pour vrai, moi, mon irritant majeur là en fait, c'est de réussir à les trouver [les patients partenaires] ».
- Coordonnateur de programme 2

Par exemple, cette absence de structure de recrutement fait en sorte que certains patients partenaires proposent leur candidature alors que d'autres sont sollicités par les gestionnaires de proximité ou les coordonnateurs de programme pour participer à des projets. Le patient partenaire 2 rapporte même avoir proposer sa candidature à un gestionnaire, mais n'avoir eu aucun retour d'appel relatif à son offre pour une raison qu'il ignore.

De plus, les coordonnateurs de programme et le patient partenaire 2 mentionnent que la banque de patients partenaires existant au sein de l'organisation est limitée et utile uniquement lorsque les patients ont été recrutés, en raison de la petite taille de leur équipe et du nombre élevé de tâches à réaliser.

« J'aimerais ça avoir un partenaire dans le continuum [de telle maladie] ça fait *euh...* depuis le mois de février [ce qui représente neuf mois] que je fais des interventions [...]

pour avoir quelqu'un, avoir un partenaire, dans le continuum [de telle maladie] puis je ne suis pas capable ». - Coordonnateur de programme 2

« Dans le moment, moi ce que je sens c'est que [le service de la DQEPE pour nous aider avec le partenariat] est là, mais il est là pour nous aider après qu'on a trouvé les patients. Ce que j'aurais eu besoin d'aide, c'est dans la recherche de patients ». - Coordonnateur de programme 2

Le patient partenaire doit même changer de service et transférer son expertise à une autre spécialité pour certains projets.

« C'est un petit peu [la] responsabilité [du service de la DQEPE nous aidant avec le partenariat] de connaître les patients... ses patients... ses ressources et puis de les guider à des endroits intéressants ». - Patient partenaire 2

Le fait qu'une seule personne y travaille est aussi un obstacle au partenariat, selon les coordonnateurs de programme 1 et 2.

« La DQEPE c'est une équipe très aidante, mais écoute, ils ne peuvent pas être partout ». - Coordonnateur de programme 1

Une fois recrutés, les patients partenaires soulèvent un manque de valorisation de leur rôle. Les patients partenaires mentionnent que leur rôle n'est pas suffisamment reconnu et que beaucoup d'investissement de leur part est attendu par l'équipe de gestion. Lors des entrevues, divers exemples ont été nommés. Par exemple, l'absence de compensation en guise de remerciement pour leur implication bénévole tel qu'un bon de réduction pour un repas à la cafétéria ou l'absence de remerciements ou de salutations verbales de la part des membres de l'équipe de projet, à l'exception du gestionnaire de proximité ou du coordonnateur de programme, sont des éléments identifiés par les patients partenaires comme étant des éléments potentiels pouvant freiner leur désir de s'impliquer, donc par le fait même étant une barrière potentielle au partenariat de soins. Ils mentionnent aussi n'avoir aucun regroupement ou initiative leur permettant de s'identifier, de fraterniser ou de s'entraider au sein de l'organisation. Ils sont uniquement associés à une équipe de projets.

4.3.1.2 Disponibilité des ressources

Cette sous-section regroupe plusieurs ressources identifiées ciblées comme étant des barrières : l'organisation du travail, le temps, la disponibilité des acteurs, les caractéristiques des patients partenaires, le potentiel de détérioration de l'état de santé des patients partenaires, les occasions de recrutement des patients partenaires, l'absence de ressources physiques, matérielles ou financières adaptées aux besoins du rôle du patient partenaire, l'homogénéité des profils des patients partenaires et la rétention des patients partenaires.

D'abord, un manque d'organisation du travail favorable au partenariat de soins et de lignes directrices adaptées aux besoins du rôle que doivent exercer les gestionnaires de proximité dans le partenariat de soins est aussi relevé par les patients partenaires. Ils évoquent aussi l'influence négative de l'organisation des soins, plus particulièrement les horaires ainsi que leurs tâches et responsabilités, sur leurs opportunités de partenariat dans le cadre de leur pratique quotidienne. Par exemple, les gestionnaires de proximité mentionnent qu'ils doivent eux-mêmes parfois pratiquer auprès des patients en soutien à leur équipe en raison d'un manque de personnel, ce qui ne leur permet pas de réaliser leurs tâches de gestionnaires de proximité et ne laisse pas de temps à consacrer au partenariat de soins.

Ensuite, une autre ressource identifiée comme étant une barrière est le temps. Les gestionnaires de proximité, les coordonnateurs de programme et les patients partenaires disent devoir investir une grande quantité de temps pour permettre la réalisation d'un partenariat bénéfique à l'organisation. De plus, selon patients partenaires, les budgets hospitaliers permettant peu la libération de personnel et exigent donc des heures supplémentaires bénévoles pour les professionnels qui ont à cœur le partenariat de soins et choisissent d'y consacrer du temps sans être payés.

Les patients partenaires estiment aussi être contraints par le temps disponible dans le maintien de l'équilibre de leur vie professionnelle et personnelle compte tenu de leur grande sollicitation. Le coordonnateur de programme 1 mentionne d'ailleurs que les patients, une fois leur congé reçu, ont peu de disponibilité puisque leurs vies personnelle et professionnelle respectives reprennent. Les patients partenaires se font donc plus rares ou ceux qui demeurent

disponibles ont moins de disponibilités et davantage de contraintes affectant leur potentiel de participation aux projets, selon les patients partenaires et les coordonnateurs de programme.

De plus, le coordonnateur de programme 2 croit que les idéaux élevés des critères de sélection des patients partenaires peuvent restreindre l'accès à des patients partenaires. Selon lui, les critères qui sont fixés en début de recrutement pour chacun des projets devraient être revus à la baisse si un nombre insuffisant de patients partenaires était recruté. Le patient partenaire 2 quant à lui croit que les critères élevés s'avèrent plutôt favorables à l'accès à des ressources appropriées à la réalisation des tâches, car tous les patients n'ont pas le profil requis pour être partenaire, selon lui.

Aussi, le coordonnateur de programme 2 évoque que la clientèle de son service est à risque de détérioration de l'état de santé. Cela affecte négativement la pérennité du partenariat et constitue une barrière à l'intégration d'un partenariat de soins stable dans une perspective à long terme.

« Dans [une activité] cette semaine, j'en ai deux qui ne sont pas venus pour ça là *tsé*, qui ont eu une détérioration de leur santé. *Faque tsé*, ça fait comme un mois qu'on avait attaché les affaires avec eux autres, mais là ... *tsé* tout à coup [...] ils se sont mis à aller moins bien ». - Coordonnateur de programme 2

Aussi, le coordonnateur de programme 2 mentionne qu'outre le potentiel de détérioration de l'état de santé des patients, les occasions de recrutement s'avèrent aussi une barrière au partenariat de soins. En effet, ce coordonnateur de programme mentionne que les opportunités de recrutement des patients partenaires potentiels sont uniquement présentes lors de l'hospitalisation des patients, ce qui s'avère un moment entraînant des enjeux de professionnalisme et d'éthique.

« Je veux dire *eah*... mes patients ils sont malades sur mes unités de soins. Je ne peux pas aller recruter un patient pendant qu'il est malade là... en tous les cas, moi j'ai une petite gêne avec ça là ». - Coordonnateur de programme 2

En plus, le coordonnateur de programme 2 mentionne que le temps investi dans le recrutement ne garantit par un éventuel partenariat.

« Aller voir un patient qui s'en va, qui va être en convalescence encore pour plusieurs journées chez eux à se remettre complètement sur le piton, puis là *tsé* tu t'en vas le solliciter pour faire partie d'un comité puis *tsé* on va vous intégrer sur les patients partenaires puis tout ça... C'est beaucoup de... *tsé* c'est beaucoup d'investissement pour je ne sais pas quels résultats on va avoir *tsé* parce que... la majorité des patients ils vont nous dire : bien là dans le moment *tsé* je ne feel pas bien bien là, je ne sais pas je vais être capable de nanana... puis tout ça... Peut-être qu'il y en aurait, on pourrait faire des gains, mais... *tsé* je ne sais pas ». - Coordonnateur de programme 2

De plus, les patients partenaires et les coordonnateurs de programme identifient l'absence de ressources physiques, matérielles ou financières adaptées aux besoins du rôle de patient partenaire, tels un aménagement de l'espace favorable à l'accueil de patients partenaires et au travail collaboratif, un accès à des ressources matérielles leur évitant de défrayer certains achats, notamment de la papeterie, comme étant une barrière. Selon le coordonnateur de programme 5, l'absence de ressources appropriées pourrait s'avérer une barrière considérable à l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers, compte tenu du fait qu'il est actuellement demandé à plusieurs patients partenaires d'exercer le rôle d'un gestionnaire plusieurs jours par semaine depuis les lieux physiques de l'établissement de santé et ce, sans rémunération. Selon les patients partenaires, ces attentes et responsabilités élevées en ce qui a trait à l'exercice du rôle de patient partenaire en gestion, en raison du fait que les projets menés actuellement sont majoritairement de grande envergure, peuvent freiner les envies de s'impliquer ou élèvent les compétences requises par les patients partenaires, ce qui s'avère une barrière supplémentaire à l'intégration du partenariat de soins. Ils relèvent donc l'importance d'offrir des occasions de partenariat à des patients ayant des profils variés en ce qui a trait aux besoins, à la culture, à l'âge, etc. afin de permettre une représentation de la clientèle de l'établissement de santé, mais aussi qui nécessitent des investissements de temps moindres. Pour leur part, les coordonnateurs de programme 1 et 2 s'attendent à une participation régulière en cours de projet, plus intensive en début et fin de projet, mais pas hebdomadaire.

« On souhaite que le patient partenaire soit impliqué dans la majorité des sphères ou qu'il soit consulté le plus possible. En même temps, c'est irréaliste de penser qu'on va

pouvoir consulter des patients dans tout ce qu'on fait au *day to day* dans l'organisation
». - Coordonnateur de programme 2

Les patients partenaires et les coordonnateurs de programme dénoncent aussi l'absence de mesures incitatives favorisant la rétention des patients partenaires. Les coordonnateurs de programme 2 et 5 de même que les patients partenaires soulignent que des éléments ne nécessitant pas un investissement majeur de fonds de la part de l'établissement de santé pourraient faire une grande différence. Les coordonnateurs de programme mentionnent que l'inégalité entre les bénévoles, qui reçoivent ces incitatifs, et les patients partenaires est un élément qui a le potentiel d'affecter négativement leur rétention.

4.3.1.3 Connaissances des acteurs concernés en ce qui a trait au partenariat de soins

Les gestionnaires de proximité démontrent qu'un manque de connaissances en ce qui a trait au partenariat de soins est présent dans l'organisation. Ces participants partagent être moins familiers avec le partenariat de soins et avec la façon de l'intégrer à leur pratique quotidienne. Ils accusent aussi des difficultés à le définir. Ils n'ont pas reçu de formation spécifique dans le cadre de leur fonction ni de leur parcours académique les outillant par rapport à ce concept.

« *Tsé moi personnellement, intégrer le patient partenaire je fais ça au pif. Tsé je... il n'y a pas personne qui m'a dit c'est...qu'est-ce que ça devait respecter puis dans quel... tsé il y a peut-être des choses dans lesquelles j'aurais pu les impliquer puis je ne l'ai pas fait*
». - Gestionnaire de proximité 5b

Il en est de même pour les coordonnateurs de programme et pour la majorité des patients partenaires. Certains ont tenté de se familiariser avec le concept par initiative personnelle, mais accusent tout de même de la difficulté à définir le partenariat de soins et à expliquer concrètement comment le mettre en pratique.

4.3.1.4 Profils et habiletés des acteurs concernés

Les patients partenaires identifient le cheminement personnel et clinique des gestionnaires de proximité, des coordonnateurs de programme et des patients partenaires comme pouvant être une barrière potentielle à l'intégration du partenariat de soins. Les patients

partenaires de même que le coordonnateur de programme 2 et le gestionnaire de proximité 5b identifient que la capacité du patient partenaire à faire preuve de résilience et de détachement face à son expérience de santé est essentielle à la réussite d'un partenariat de soins, étant donné que la majorité des projets visent à favoriser le parcours de soins des patients actuels ou futurs. De plus, les patients partenaires mentionnent que le motif justifiant leur implication s'avère aussi un élément pouvant être une barrière au partenariat de soins. Ils relèvent qu'une implication visant uniquement des retombées personnelles et individuelles est aussi un obstacle à l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers.

Aussi, les patients partenaires, le coordonnateur de programme 5 et les gestionnaires de proximité mentionnent que les compétences des patients partenaires choisis peuvent aussi freiner l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers; si un patient partenaire est peu scolarisé ou que son expérience professionnelle n'est pas en lien avec le domaine de la gestion, il peut s'avérer plus difficile pour lui de s'introduire dans l'équipe, considérant les attentes élevées des équipes, et de fournir la contribution attendue.

« *Tsé* avoir eu une expérience... de patient avec une maladie, ça ne fait pas de toi un expert. *Silence*. *Tsé* si... si je regarde comparativement aux autres professionnels qui travaillent dans l'équipe... dans les équipes *tsé* on demande souvent une expérience de gestion de cinq ans. Mais ça, ça veut dire que la personne elle a fait des finances, elle a fait des RH puis elle a fait des projets puis elle a fait tatata... *tsé* la liste... Alors que... *faque* on ne peut pas... C'est sûr qu'on ne peut pas faire le choix d'un patient gestionnaire sur la seule base de son expérience médicale ». - Coordonnateur de programme 5

Les gestionnaires de proximité 5a et 5b mentionnent que des patients avec des compétences et un profil spécifique devraient être recherchés.

« Premièrement, je ne pense pas que chaque patient est intéressé à devenir patient partenaire. Donc, il y a des gens qui ne souhaitent pas communiquer. Donc... puis il faut respecter cela aussi. Il y a des gens qui ...qui en ont besoin aussi. *Euh*...évidemment, il faut que ce soit quelqu'un qui est axé sur la communication, qui est capable d'exprimer [...] justement ce que lui ressent, ce que lui voit, ce que lui va vivre ou...et en même

temps, essayer de comprendre aussi l'ensemble, justement les autres patients. Donc...ça...C'est peut-être un enjeu ». - Gestionnaire de proximité 5a

Les patients partenaires et le coordonnateur de programme 2 évoquent aussi que les gestionnaires de proximité détenant une formation en lien avec le partenariat, un mode de gestion inclusif ou ayant des valeurs personnelles ou professionnelles davantage humanistes et promouvant l'écoute favorisent la réussite de l'intégration du partenariat de soins dans leur pratique. D'ailleurs, le patient partenaire 2 mentionne qu'une approche paternaliste des gestionnaires de proximité s'avère une barrière. La formation des patients partenaires est aussi importante selon le patient partenaire 2 et le coordonnateur de programme 2.

4.3.2 Facilitateurs

La section qui suit présente les facilitateurs identifiés par les trois types de participants à l'étude. Les principaux facilitateurs identifiés par les participants se regroupent sous les trois thèmes suivants : la gestion des projets, la reconnaissance du patient partenaire et les habiletés des acteurs concernés.

4.3.2.1 Gestion de projets

Les gestionnaires de proximité et les coordonnateurs de programme évoquent que la sélection du patient partenaire selon la spécificité du projet à réaliser est un élément significatif dans la réussite d'un partenariat. Les gestionnaires de proximité estiment que chaque patient partenaire a des forces et des aptitudes uniques. Ils suggèrent de les considérer dans l'assignation des patients partenaires aux différents projets. L'intégration de patients partenaires détenant moins de compétences de gestion peut être aussi profitable dans des projets plus courts ou ne déléguant pas des responsabilités de l'ordre de la gestion aux patients partenaires. D'ailleurs, le coordonnateur de programme 1 croit que bien que des patients partenaires aux compétences très développées puissent se voir attribuer des tâches plus exhaustives et rehausser l'efficacité des équipes de projets en partageant certaines tâches du gestionnaire de proximité ou du coordonnateur de programme, il croit que des patients partenaires ayant des compétences moins développées peuvent aussi être très utiles et bénéfiques pour certains projets. Ainsi, selon lui, si l'unicité des patients partenaires est considérée et favorise l'aisance du patient partenaire, son investissement et sa contribution au projet seront augmentés.

En continuité à la sélection appropriée des patients, les coordonnateurs de programme 1 et 2 estiment que la réalisation de projets variés en termes de durée, de niveau d'abstraction et de complexité est favorable à l'intégration de patients partenaires moins expérimentés.

« On est en train de travailler sur [une séquelle d'une condition de santé], on peut tu implanter un patient, amener un patient vraiment à travailler... Mais il reste, qu'une fois cela dit, je pense que c'est une bonne stratégie, parce que à... *tsé* ça demande peut-être moins de fréquence de rencontres aussi, puis c'est moins du long terme, *faque* l'engagement c'est probablement aussi moins engageant pour la personne ». -
Coordonnateur de programme 2

Aussi, selon les coordonnateurs de programme, la réalisation de projets ayant un échéancier à long terme en plus plusieurs petits projets est aussi un facilitateur. Le coordonnateur de programme 1 soutient aussi que la flexibilité du gestionnaire dans son horaire de travail, par exemple terminer une journée de travail en soirée, favorise la participation des patients et la réussite des projets. Il mentionne aussi que le contexte de pratique quotidien des unités influence le succès de la mise en place de projets de partenariat et qu'il est important de s'entourer de gens avec des expertises et des habiletés complémentaires ayant à cœur le bien-être des patients. Le coordonnateur de programme 1 présente aussi l'exploration des initiatives de partenariat des autres établissements de santé du réseau comme étant un facilitateur à la réussite de l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers. Il évoque aussi l'importance de la prise de décision partagée en ce qui a trait au choix du besoin à combler par le projet qui sera mis en place. Selon lui, bien que plusieurs sujets de projets à réaliser puissent être envisagés par les gestionnaires de proximité à la suite de discussions avec les patients, les professionnels, la réception de plaintes, etc., c'est en partenariat avec le patient, que le sujet final du projet devrait être sélectionné.

« Bien moi je pense que c'est les vrais besoins. *Tsé* on a bien beau mettre un processus là...bien en tous les cas, ça c'est mon point de vue là, ce n'est pas une science là [...] Ça, ça m'a frappé tout de suite là. C'est le vrai besoin parce que souvent là...même les infirmières [d'un service de l'hôpital] accent des fois sur des affaires, mais la personne,

ce n'est pas ça qu'elle veut savoir elle là. Ce n'est pas ça ». - Coordonnateur de programme 1

De plus, le coordonnateur de programme 5 mentionne que l'intégration graduelle des patients partenaires dans un projet peut faciliter leur compréhension de leur rôle et le développement des compétences associées au rôle.

Le coordonnateur de programme 1 identifie aussi la possibilité de participer à des appels d'offre au sein de l'établissement pour faire subventionner ses projets comme étant un facilitateur. Il rapporte que les sommes reçues permettent de payer les heures supplémentaires réalisées par les professionnels de son unité pour leur implication dans les projets.

4.3.2.2 Reconnaissance du patient partenaire

Les patients partenaires évoquent être des individus essentiels au partenariat de soins. Or, leur intention de maintenir leur engagement envers l'organisation peut être influencée positivement par la reconnaissance reçue de l'organisation, mais plus particulièrement du gestionnaire de proximité avec lequel ils collaborent.

« Ça, ça fait... ça ne prend pas grand-chose... ça prend un petit peu de temps, quelqu'un qui gère [la signature de la carte] un peu là mais...Ça...C'est important ça ». - Patient partenaire 5a

Les patients partenaires 5a et 5b évoquent aussi l'importance de la connaissance de l'autre, soit la connaissance du patient partenaire en tant qu'individu à part entière, par le gestionnaire de proximité.

4.3.2.3 Habiletés des acteurs concernés

Les patients partenaires évoquent que certaines de leurs habiletés personnelles s'avèrent être un atout dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers, notamment l'expérience antérieure dans le domaine de la gestion ou des études supérieures. Les patients partenaires évoquent aussi la capacité d'introspection et la résilience en guise de facilitateurs. De plus, le patient partenaire 5b mentionne que la capacité d'un patient partenaire à comprendre le processus de co-construction sous-jacent au partenariat de soins est un

facilitateur important puisque cela influencera sa compréhension des délais entre l'idéation et la réalisation d'un projet et sa motivation à maintenir sa participation au projet. Il mentionne aussi que la connaissance approfondie de la structure du réseau de la santé par le patient partenaire est un élément facilitant pour les équipes de gestion.

Les habiletés relationnelles sont aussi ciblées comme étant un facilitateur commun à tous les participants de l'étude. Tous les participants mentionnent que la capacité des patients et des gestionnaires à s'exprimer clairement à l'oral et à partager leurs idées de façon humble et sans peur du jugement est un autre élément facilitant la réussite de l'intégration du partenariat de soins dans les équipes de gestion. Le patient partenaire 5a évoque que la communication écrite s'avère aussi une caractéristique importante à considérer dans la sélection des patients partenaires. Les coordonnateurs de programme relèvent particulièrement l'importance de communications authentiques et valorisant la transparence et l'expertise de chaque membre d'une équipe. Les coordonnateurs de programme et les gestionnaires de proximité ajoutent aussi qu'il est important que tous soient à l'aise de partager leur vision de malgré la possibilité de décevoir ou déplaire à un autre membre de l'équipe de projet, en raison d'idées divergentes. Le coordonnateur de programme 5 ajoute qu'une ouverture des gestionnaires de proximité à l'échange de connaissances avec les participants est favorable au partenariat.

« *Tsé* les patientes avec lesquelles je travaille, elles sont toutes formatrices [dans un établissement d'enseignement universitaire]. *Faque*.... Elles...Elles en ont à me montrer là-dessus là. J'apprends beaucoup d'elles ». - Coordonnateur de programme 5

Aussi, le gestionnaire de proximité 5a croit qu'il serait profitable pour les patients partenaires de pouvoir bénéficier de formation et d'encadrement dans le développement de leurs habiletés relationnelles en contexte de gestion.

« Puis il y a l'encadrement aussi, je pense des patients partenaires qui...qui peut faciliter. *Euh*...la formation à travers...je sais qu'il y a des choses qui existent à travers [les établissements d'enseignement universitaires], à travers le CIUSSS aussi. Donc...ça c'est des choses qui peuvent faciliter au niveau de l'intégration du patient lui-même en le préparant à la réalité ou...parce que ça peut être des gens qui n'ont aucune connaissance du milieu de santé, qui arrivent aussi...et du milieu public, réseau public

qui arrivent des fois aussi dans un...dans un milieu différent de ce qu'ils ont connu, donc avec une approche qui pourrait être différente ». - Gestionnaire de proximité 5a

Le coordonnateur de programme 5 estime que le besoin de formation est aussi au niveau des habiletés politiques des patients partenaires, ce qui est d'autant plus important étant donné que le patient partenaire 5a et le coordonnateur de programme 5 perçoivent les patients partenaires comme des ambassadeurs de l'établissement de santé, du CIUSSS et du secteur de soins. Le patient partenaire 5b et le gestionnaire de proximité 5b identifient quant à eux l'avantage d'une offre de formation en gestion, car il s'agit d'habiletés plus difficiles à développer de façon inductive.

« À la base, j'ai une formation en administration [et des expériences professionnelles en gestion] donc j'ai mon...j'ai mon petit côté gestionnaire qui est là. Donc, je comprends un peu la vision d'un gestionnaire puis quand je fais des propositions en tant que patient, je me mets des fois dans la peau d'un gestionnaire puis j'ajoute le : si le budget le permet, si les ressources le permettent... parce que je sais que la volonté est là, mais il y a ... il va toujours y avoir des limites qui sont en dehors de la volonté, de la bonne volonté ». - Patient partenaire 5b

« Il y a tout un côté de justement de gestion dont ils ne sont pas nécessairement mis au courant...au niveau des effectifs et tout ça. *Faque* des fois ils ont des bonnes idées, mais à savoir si c'est applicable, ça c'est notre côté de... de le trouver ». - Gestionnaire de proximité 5b

De leur côté, les gestionnaires de proximité expliquent que le partenariat de soins est une nouveauté pour eux et que leur compréhension de leur rôle est proportionnelle à leur exposition à des projets de partenariat. Ainsi, ils estiment que plus ils prendront part à un grand nombre de projets, plus ils seront à l'aise d'être plus actifs et de contribuer à la réussite de l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers. Aussi, ils mentionnent que leur volonté d'offrir des soins de plus haute qualité aux patients de leur service est un élément qui peut faciliter l'appropriation du rôle.

Finalement, les coordonnateurs de programme mentionnent que le partage de pouvoir décisionnel est aussi une habileté à développer par les gestionnaires.

« Je me suis dit : eille c'est vrai qu'on pense tout le temps qu'on est les experts de tout, mais dans le fond c'est le patient qui est l'expert de lui-même et il n'y a pas une expertise unique, il y a autant d'expertises que de nombre de patients *tsé* ». - Coordonnateur de programme 2

« Je pense qu'on a besoin d'être challengés par les patients parce que c'est vrai que veut ou ne veut pas, on pense souvent que... que... qu'on est des experts, que c'est nous autres les experts, qu'on détient tout ». - Coordonnateur de programme 2

4.4 Perceptions des compétences requises par les gestionnaires de proximité pour intégrer le partenariat de soins en administration des services infirmiers

La section suivante présente les perceptions des participants de l'étude quant aux compétences requises par les gestionnaires de proximité dans l'exercice de leur rôle en ce qui a trait à l'intégration du partenariat de soins à leur pratique. Pour ce faire, le référentiel des compétences de la DCPD et CIO (2016b) a été présenté aux participants lors des entrevues et ceux-ci ont été invités à discuter des compétences requises figurant dans le référentiel ou de toutes autres compétences jugées essentielles et utiles à l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers. Par la suite, les données recueillies s'associant spécifiquement à des manifestations de compétences du référentiel ont été rassemblées de sorte à répondre à la troisième question de recherche de ce projet.

4.4.1 Planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux

Bien que centrale, cette compétence est discutée par les participants de l'étude à travers la thématique de gestion de projets évoquée dans les sections précédentes, mais n'est pas discutée de façon spécifique. Le coordonnateur de programme 2 et le patient partenaire 2

relèvent particulièrement l'importance de la capacité du gestionnaire de proximité à se préparer et à être organisé dans la gestion du projet. En revanche, le coordonnateur de programme 5 précise plus particulièrement que la compétence centrale du référentiel devrait être modifiée de sorte à illustrer la capacité du gestionnaire à identifier un patient partenaire qui sera un bon ambassadeur pour le projet qu'il souhaite réaliser et à soutenir dans son développement, car il s'agit de la pierre angulaire du succès du projet de partenariat.

« Pour moi, le plus important là, ce serait vraiment que ce soit un ambassadeur incroyable ».
- Coordonnateur de programme 5

4.4.2 Éducation thérapeutique et éducation à la santé

Les coordonnateurs de programme évoquent que les gestionnaires de proximité bénéficieraient à maîtriser la compétence d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé. Ils mentionnent plusieurs éléments de la définition de cette compétence, transférables à la gestion, soit s'assurer du développement de l'autonomie des différents acteurs dans l'exercice de leurs rôles respectifs, s'assurer que les patients disposent des ressources et des connaissances favorisant l'exercice optimal de leur rôle dans les équipes de projets. De plus, les coordonnateurs de programme soulèvent qu'il est important que les gestionnaires de proximité comprennent bien la réalité de soins et les besoins des patients rapportés par les patients partenaires afin d'influencer positivement l'amélioration de l'offre de services qui résultera des projets de partenariat de soins.

4.4.3 Clarification des rôles et des responsabilités

Les gestionnaires de proximité, les coordonnateurs de programme et les patients partenaires ciblent la clarification des rôles et des responsabilités comme étant une compétence essentielle à développer par les gestionnaires de proximité. Ils mentionnent tous qu'il est important que le gestionnaire de proximité assigne clairement les tâches à réaliser et que celles-ci soient bien définies. Les patients partenaires évoquent que cela facilite l'exercice de leur rôle.

« Si le patient comprend bien dans quoi il s'en va, je pense que son intervention va être aligné avec les objectifs de son implication. [...] Des fois, je sens que mon implication

a une valeur, j'arrive à suivre ce qu'il se passe et il y a des moments où j'étais comme ... J'avais le sentiment que je suis un accessoire. Je n'ai pas eu le temps de comprendre ce qu'il se passe, pourquoi je suis là, qu'est-ce qu'on attend de moi exactement ? » - Patient partenaire 5b

Le patient partenaire 5a mentionne que la remise d'une description de tâches précises par écrit peut être aussi un outil de travail facilitant.

Les gestionnaires de proximité estiment que le développement de cette compétence aura des retombées positives sur l'autonomie des patients dans leurs tâches à réaliser et favorisera la co-construction dans les projets. Les patients partenaires mentionnent cependant qu'il est aussi important que le gestionnaire de proximité soit disponible pour les accompagner dans leurs tâches et qu'il explique aussi clairement les objectifs des projets afin de faciliter l'adhésion des patients partenaires au projet proposé, la progression des projets et la réduction des conflits potentiels. Les patients estiment que la clarté des tâches et responsabilités leur permettent aussi d'évaluer la faisabilité de prendre part à plusieurs projets dans une même période, ce qui entraîne des retombées positives pour l'organisation. En plus, les patients partenaires mentionnent que l'assignation des tâches dans le respect des compétences et de l'unicité des membres de l'équipe est une capacité importante à développer par les gestionnaires de proximité. Les coordonnateurs de programme, quant à eux, mettent en lumière l'importance du réalisme et de la personnalisation de l'assignation des tâches.

4.4.4 Travail d'équipe

Les patients partenaires et les coordonnateurs de programme estiment que cette compétence doit être développée par les gestionnaires de proximité. Les patients partenaires insistent sur l'importance de la valorisation de leur savoir expérientiel par les gestionnaires de proximité et donc leur contribution potentielle aux projets, ce qui est un élément essentiel à la création d'un climat favorable au travail d'équipe. Les coordonnateurs de programme relèvent notamment l'importance d'un climat de respect. Ainsi, selon les patients partenaires, les gestionnaires de proximité et le coordonnateur de programme 5, les gestionnaires de proximité doivent écouter, respecter et valoriser la libre expression des patients partenaires afin de pouvoir

co-construire des projets dans un climat de travail exempt de jugements et favorisant une prise de décision partagée. De plus, le concept d'égalité doit transparaître dans l'approche des gestionnaires de proximité.

4.4.5 Communication

Les patients partenaires mentionnent qu'il est important, pour favoriser un climat de travail favorable au partenariat de soins, que les gestionnaires de proximité adoptent une attitude respectueuse envers l'opinion des patients partenaires de leur équipe de projets. Les patients partenaires et les coordonnateurs de programme évoquent aussi l'écoute comme étant une capacité particulièrement importante à développer par les gestionnaires de proximité dans le cadre de cette compétence. Ainsi, la communication non verbale autant que verbale est à développer, selon eux. Selon les coordonnateurs de programme, la capacité à s'exprimer de façon claire et compréhensible pour les patients partenaires, soit dans un langage familier et exempt de jargon professionnel, est aussi important à développer. Les patients partenaires et les coordonnateurs de programme discutent aussi de la fréquence des communications. Ils estiment qu'une communication régulière doit être assurée par les gestionnaires de proximité auprès de leur équipe de projet dans le but de les tenir informés de l'évolution du projet et des tâches à réaliser.

4.4.6 Leadership collaboratif

Cette compétence est identifiée par les gestionnaires de proximité, le patient partenaire 2 et les coordonnateurs de programme 2 et 5. Selon le gestionnaire de proximité 5b et le coordonnateur de programme 5, les gestionnaires de proximité doivent présenter une volonté d'améliorer les soins des patients, ce qui correspond au leadership collaboratif. Les gestionnaires de proximité mentionnent qu'il est important d'agir à titre de modèle pour son équipe et de développer sa capacité à valoriser le partenariat de soins. Selon eux, le gestionnaire de proximité doit donc mobiliser les équipes positivement de façon à atteindre les objectifs visés par les projets. De leur côté, les coordonnateurs de programme estiment que le gestionnaire de proximité doit faire preuve de leadership à plusieurs niveaux. D'abord, la capacité à innover et à adopter une vision à long terme de ses objectifs et de ses projets sont deux éléments fondamentaux. Aussi, les coordonnateurs de programme mentionnent que la capacité à

mobiliser l'équipe de projet, notamment les professionnels de la santé qui peuvent s'avérer moins familiers avec le partenariat de soins, et à valoriser le savoir expérientiel des patients partenaires, sont d'autres éléments à maîtriser dans l'exercice du rôle de gestionnaire de proximité. En plus, ils mentionnent l'atteinte de l'équilibre entre la capacité à guider l'équipe vers les finalités du projet et le maintien d'une posture accessible et ouverte envers les membres de celles-ci est considérée un incontournable par les coordonnateurs de programme.

« Il faut toujours garder le cap, parce que sinon on va s'y perdre. Tout ce qu'on va faire c'est des coups d'épée dans l'eau. On va faire plaisir à quelques personnes d'un côté pour déplaire à l'ensemble puis etc... *Fauche* il faut... faut, faut doser, comme ...comme on gère tout le reste ». - Coordonnateur de programme 5

Cet équilibre évoque aussi la capacité à reconnaître l'épanouissement du patient partenaire, selon le coordonnateur de programme 2, et de s'assurer de le maintenir stimulé. Finalement, les coordonnateurs de programme évoquent aussi que la capacité du gestionnaire de proximité à trouver l'équilibre dans la considération des idées issues du savoir expérientiel du patient partenaire et les objectifs organisationnels à atteindre est aussi importante.

4.4.7 Éthique clinique

Les gestionnaires de proximité identifient un potentiel enjeu éthique associé à la pratique de partenariat de soins des gestionnaires de proximité avec les usagers de leur service, tel qu'expliqué dans une section précédente. Les gestionnaires de proximité estiment qu'il est important d'être sensibles à cet élément, d'être en mesure d'identifier les situations pouvant constituer un enjeu de ce type et de mettre en place des stratégies visant à la fois à prévenir des conflits ou des préjudices potentiels et à établir des limites dans les relations entourant le projet qu'ils co-construisent.

4.4.8 Prévention et résolution des conflits

Les gestionnaires de proximité identifient la prévention et la résolution des conflits comme étant une compétence importante à développer. Ils évoquent qu'il est important d'être en mesure de prévenir et de résoudre des conflits potentiels entre eux-mêmes et les patients

partenaires, mais aussi entre plusieurs patients partenaires de leur équipe de projets. Le gestionnaire de proximité 5b souligne que la clarification des rôles et des responsabilités est étroitement liée à cette compétence-ci.

« Je pense aussi que...qu'il faut mettre la table tout de suite sur le rôle de chacun aussi puis les... les limites de chacun dans...dans son rôle dans le sens où il y a des décisions qui... qui sont prises, qui ne sont pas nécessairement parce que ce n'est pas une bonne idée ou parce qu'on ne veut pas écouter le patient partenaire, c'est juste qu'on n'a pas les moyens d'appliquer ce... ou de, de mettre en place tel ou tel... projet ou quoi que ce soit ». - Gestionnaire de proximité 5b

Étant donné que l'apprentissage du partenariat de soins nécessite une période d'adaptation et que la co-construction vise un travail d'équipe égalitaire entre des individus ayant des expériences personnelles et professionnelles différentes, il est possible que des désaccords émergent des différentes rencontres de projets. Selon les gestionnaires de proximité et les coordonnateurs de programme, il est alors essentiel que le gestionnaire de proximité soit outillé pour les prévenir et les résoudre, le cas échéant.

Chapitre 5 : Discussion

Ce chapitre vise à discuter des résultats de cette étude à la lumière de la littérature existante, à partir de trois constats : la variabilité dans l'intégration du partenariat de soins, l'utilisation sous-optimale du potentiel du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins et l'importance de l'exercice du leadership dans la gestion des projets réalisés en partenariat. Les contributions de l'étude, les forces, les limites et les retombées pour les cinq sphères de la profession infirmière, soit les soins directs, la gestion, la formation, la politique et la recherche, sont aussi présentées.

5.1 Variabilité dans l'intégration du partenariat de soins

Cette section discute de la variabilité dans l'intégration du partenariat de soins, que ce soit en lien avec la compréhension du niveau d'engagement du patient, la mise en œuvre du partenariat, les motivations associées aux projets réalisés en partenariat ou les bénéfices escomptés.

D'abord, pour les gestionnaires de proximité, les coordonnateurs de programme et les patients partenaires rencontrés, le partenariat de soins s'avère difficile à définir. De façon générale, les participants à l'étude décrivent une représentation variable d'un travail d'équipe, sans discuter de l'approche de soins. Ce constat corrobore les écrits qui mentionnent que plusieurs définitions du partenariat de soins sont employées dans la pratique ne permettant pas une compréhension uniforme du concept (Boudioni et McLaren, 2013; Castro et al., 2016; Deyo et al., 2016; Longtin et al., 2010; Pétré et al., 2020; Qualité des services de santé Ontario, 2016a; Rooke et Oudshoorn, 2020; Rowland et al., 2017; Westfall et Zittleman, 2017). De plus, le peu d'écrits spécifiques au partenariat de soins en administration des services infirmiers disponibles dans la littérature (Boivin et al., 2014) peut aussi expliquer cette difficulté à comprendre et à définir le concept. D'ailleurs, les données recueillies permettent de constater une mise en valeur ardue des compétences associées au partenariat de soins par les participants. Celles-ci sont peu discutées de façon explicite. Les propos des participants correspondent davantage à des manifestations de compétences, soit des actions concrètes et des compétences opérationnalisées,

plutôt qu'à des compétences clairement identifiées et nommées. Cela ajoute aux difficultés associées à la définition du concept.

Outre la difficulté relative à la définition de l'approche de partenariat de soins constatée, les entrevues menées avec les participants démontrent aussi une disparité dans l'intégration de l'approche de partenariat à la pratique en administration des services infirmiers. Bien que les écrits rapportent que l'essence du partenariat de soins est de co-construire et de co-réaliser des projets avec le patient à travers une relation égalitaire (Boivin et al., 2018; Bouabida et al., 2021; Carman et al., 2013; Lindblom et al., 2021; Pomey et al., 2015a; Rooke et Oudshoorn, 2020), les projets de partenariat réalisés par les participants de l'étude démontrent un écart. Plusieurs projets rapportés par les participants démontrent une délégation de tâches et responsabilités aux patients, un travail autonome et isolé par les gestionnaires suivi d'une consultation des patients à des moments stratégiques du projet. D'autres, présentent des projets dont l'approche est variable : une approche de partenariat à certaines phases du projet et une approche de consultation à d'autres phases du projet. De plus, pour plusieurs projets discutés dans l'étude, l'engagement des patients ne correspond pas à du partenariat sur tout le continuum du projet, bien qu'il soit nommé ainsi par les participants. Or, cette disparité est aussi rapportée dans la littérature (de Graaff et al., 2021; Deyo et al., 2016; Lalleman et al., 2017).

Cette disparité peut potentiellement s'expliquer par une variabilité des motivations initiales des initiatives de partenariat proposées et des finalités envisagées par les gestionnaires de proximité des équipes de soins. Des gestionnaires, gestionnaires de proximité ou coordonnateurs de programme, rapportent être motivés par des exigences organisationnelles ou gouvernementales alors que d'autres sont motivés par des besoins émergeant de leur clientèle. Certains associent aussi leur motivation à leurs traits de personnalité alors que d'autres sont soucieux de produire des projets en forte adéquation aux besoins de la clientèle. Toutes ces sources de motivation entraîne un intérêt chez le gestionnaire de proximité, ce qui est important selon Pomey et al. (2015b). L'intégration du partenariat de soins par le gestionnaire de proximité pour des raisons uniquement stratégiques n'en favorise pas le succès (Clavel et al., 2019). Toutefois, l'investissement du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins par intérêt personnel est davantage favorable (AONE, 2015).

Les participants soutiennent qu'une délimitation claire et précise des rôles et des statuts des différents membres d'une équipe de projet s'avère essentielle à l'établissement d'un climat de travail favorable à l'intégration d'une pratique collaborative à laquelle s'apparente le partenariat de soins. De plus, ils mentionnent que cela est d'autant plus important lorsqu'il s'agit d'une approche ou d'une expérience nouvelle pour un ou plusieurs membres d'une équipe de projet. O'Connor et al. (2018) mentionnent que le rôle de chaque individu d'une équipe doit être présenté et décrit clairement de sorte à favoriser un partenariat de soins efficace, ce qui concorde avec les propos des participants. De plus, à la suite de leurs expériences antérieures, les participants estiment que la clarification des rôles est importante compte tenu de l'émergence du partenariat de soins dans le milieu et de la faible intégration de celui-ci jusqu'à présent. Toutefois, les données recueillies auprès des participants démontrent que cela est à améliorer; la clarté des rôles, des tâches et des attentes demeure souvent à rehausser et cela peut nuire à l'efficacité des équipes, à leur relation de travail et à la pérennité d'un partenariat à long terme. En effet, selon Brault et al. (2014), la clarification des rôles est étroitement reliée aux relations interpersonnelles et à la collaboration interprofessionnelle saine et efficace. La clarification des rôles permet aussi de mettre en valeur l'expertise de chaque profession au sein de l'équipe et de favoriser la reconnaissance de celle-ci par tous les membres d'une équipe de projet, ce qui résulte en un climat de collaboration (Bombard et al., 2018; Boudioni et McLaren, 2013; Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014). En effet, chaque membre d'une équipe détient une expertise particulière qui s'associe à des savoirs spécifiques et enrichit les discussions de l'équipe de travail lors du partenariat et le patient n'en fait pas exception (Jouet et al., 2010; Karazivan et al., 2015). Le patient partenaire détient une expertise quant à l'expérience de la vie avec sa maladie lui conférant un savoir expérientiel que les professionnels de la santé, incluant les gestionnaires de proximité, ne détiennent pas (Boivin et al., 2018; Boudioni et al., 2021; Karazivan et al., 2015). Les participants de l'étude la reconnaissent à l'unanimité et la considèrent comme une valeur ajoutée. Cela est positif pour l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers (Bird et al., 2020; de Graaff et al., 2021; Pomey et al., 2020). Toutefois, bien que cette expertise ne se limite pas à la vie avec la maladie (O'Connor et al., 2018), la portée de la valeur ajoutée du savoir expérientiel du patient partenaire n'est pas reconnue de façon équivalente par tous les participants.

Selon les participants, un leadership collaboratif développé est aussi un atout pour l'intégration du partenariat de soins dans les équipes. Les écrits corroborent ce constat. En effet, Deyo et al. (2016) et O'Connor et al. (2018) mentionnent que les patients et les professionnels doivent fournir des efforts collectifs pour intégrer le partenariat de soins en administration des services infirmiers et permettre l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, bien que l'importance du leadership collaboratif soit relevée par les participants et qu'elle soit documentée dans la littérature, une disparité est présente dans la démonstration de cette compétence par les participants de l'étude : les gestionnaires de proximité mobilisent peu cette compétence. Or, Bombard et al. (2018) relèvent particulièrement l'importance de cette compétence chez les gestionnaires de proximité.

De plus, selon les participants, le gestionnaire de proximité aurait le potentiel d'assurer la réussite de l'intégration du partenariat de soins dans son équipe, car il s'avère le pilier de celle-ci. Les écrits démontrent effectivement que plusieurs caractéristiques personnelles et compétences du gestionnaire de proximité influencent positivement l'intégration du partenariat de soins dans son équipe (Bouabida et al., 2021). Les participants mentionnent aussi l'importance des caractéristiques des patients partenaires, mais soulignent davantage l'importance de celles des gestionnaires de proximité. Si les compétences sont peu développées, elles peuvent être développées. L'organisation des soins de l'établissement de santé (Abelson et al., 2015; Boivin et al., 2018; Clavel et al., 2019) et les opportunités de formation offertes sont des éléments-clés dans le développement des compétences de partenariat du gestionnaire de proximité (Bouabida et al., 2021; Clavel et Pomey, 2022; Deyo et al., 2016; Jirasevijinda, 2017; Pomey et al., 2018). Bien que la formation spécifique au développement des compétences de partenariat s'avère bénéfique selon les écrits, les entrevues menées avec les participants démontrent que les gestionnaires sont très peu formés à cet effet.

Une autre compétence associée à ce constat est la planification des soins. Les participants soutiennent que les habiletés de planification de soins adaptés aux besoins de la clientèle est une compétence à maîtriser par les gestionnaires de proximité afin de rehausser la performance des soins prodigués. Cela est aussi véhiculé par Abelson et al. (2015), Bombard et al. (2018), Bouabida et al. (2021) et Deyo et al. (2016). Dubois et al. (2013) mentionnent que la performance en soins de santé est étroitement reliée à la qualité des soins prodigués à la suite de

la planification, si ceux-ci sont en cohérence avec les besoins de la clientèle. Or, bien que tous les projets discutés par les participants aient une visée positive, ils ne sont pas tous guidés par les besoins de la clientèle.

Finalement, malgré la variabilité observée en ce qui a trait à l'intégration du partenariat de soins, l'étude démontre que tous les participants, que ce soit les patients partenaires, les gestionnaires de proximité ou les coordonnateurs de programme, reconnaissent la pertinence d'intégrer une telle approche à leur pratique. En effet, la littérature démontre d'ailleurs que le partenariat de soins influence favorablement différents éléments associés à l'amélioration de la performance, de la qualité et de la sécurité des soins desservis (Bombard et al., 2018; Fleming et al., 2017; Pomey et al., 2015a; Ross Baker et al., 2016), soit une des responsabilités principales des gestionnaires de proximité. Ces éléments sont la représentation hétérogène de la clientèle dans les projets (Pizzo et al., 2014), la cohésion dans les projets (O'Connor et al., 2018; Pizzo et al., 2014), l'accessibilité aux soins de santé (Haines et al., 2017; Pizzo et al., 2014), l'amélioration de l'efficacité des services (Archambault et al., 2018; Bombard et al., 2018; Fleming et al., 2017; Ross Baker et al., 2016) et de l'utilisation des ressources (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016), et l'efficacité (Fleming et al., 2017; Greene et al., 2015; O'Connor et al., 2018).

5.2 Utilisation sous-optimale du potentiel du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins

Cette section présente le potentiel prometteur, mais sous-utilisé du gestionnaire de proximité qui, par ses fonctions et sa présence quotidienne sur les unités de soins, occupe une position privilégiée auprès des patients.

L'étude permet de constater que, malgré que le milieu de l'étude soit favorable au partenariat de soins, les gestionnaires de proximité ont participé à peu de projets de partenariat et sont peu outillés pour intégrer cette approche à leur pratique professionnelle. Or, au niveau organisationnel, ils se situent hiérarchiquement entre les patients partenaires et les coordonnateurs de programme. Ils sont donc les gestionnaires positionnés le plus près des

patients partenaires, ce qui devrait leur conférer une facilité considérable à intégrer cette approche à leur pratique. Toutefois, un partenariat est présent entre les coordonnateurs de programme et les patients partenaires de même qu'entre les coordonnateurs de programme et les gestionnaires de proximité. Aucune évidence n'est présente à ce sujet précis dans la littérature, bien que le rôle des gestionnaires de proximité soit présenté comme étant favorable à l'intégration du partenariat de soins par Deyo et al. (2016). Cependant, il est possible de proposer en guise d'hypothèse qu'étant donné leur activité augmentée auprès du personnel soignant et des patients, les gestionnaires de proximité disposent de moins d'opportunités de consacrer du temps à des initiatives de partenariat. Bouabida et al. (2021) évoquent toutefois la proximité entre les gestionnaires de proximité et les patients comme étant un avantage puisque cela leur permet de baser les pratiques administratives sur les besoins émergents des patients, soit une pratique exemplaire. Les participants de l'étude rapportent aussi cette idée. Cela illustre donc une barrière potentielle à l'intégration du partenariat de soins dans le milieu à l'étude à une plus grande échelle puisque les acteurs étant les plus près les uns des autres travaillent très peu ensemble. Le partenariat est actuellement davantage présent entre les coordonnateurs de programme et les patients partenaires.

Ces éléments de discussion sont cohérents avec les résultats de l'étude qui démontrent que les entrevues avec les gestionnaires de proximité furent plus pauvres en termes de documentation du déroulement du partenariat de soins que celles des coordonnateurs de programme. Un manque de connaissances sur le sujet de la part des gestionnaires de proximité a d'ailleurs été relevé. Ainsi, comme la formation relative au partenariat de soins des acteurs concernés s'avère un élément-clé dans la réussite de l'intégration du partenariat dans la pratique des gestionnaires de proximité (Abelson et al., 2015; Bouabida et al., 2021; Clavel et Pomey, 2022; Jirasevijinda, 2017; Pomey et al., 2018), il est cohérent d'observer une utilisation et une implication sous-optimale des gestionnaires de proximité de cette étude dans l'intégration du partenariat de soins. Si les gestionnaires de proximité étaient davantage outillés en ce qui a trait au partenariat de soins, une hausse des opportunités de partenariat pourrait être observée (Deyo et al., 2016). Être outillé comprend notamment la compréhension du rôle à exercer dans l'adoption d'une telle approche, mais aussi le rôle exercé par les gens avec lesquels le gestionnaire est en interaction (Bouabida et al., 2021; O'Connor et al., 2018). Cela correspond

à la compétence de clarification des rôles et des responsabilités du référentiel de compétences de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016b).

Bien que les participants rapportent des initiatives de partenariat vécues davantage entre les coordonnateurs de programme et les patients partenaires, les participants de l'étude rapportent une appréciation des patients envers la proximité du gestionnaire, quel qu'il soit. Les participants estiment que cette proximité est un facilitateur pour divers aspects sous-jacents à l'intégration d'un partenariat de soins, notamment le recrutement des patients, l'établissement de relations authentiques, honnêtes et saines entre les membres de l'équipe de projet. Le respect des valeurs, la valorisation de l'implication des patients par les gestionnaires, gestionnaires de proximité ou coordonnateurs de programme, et leur ouverture d'esprit envers leurs idées est appréciée des patients partenaires et influence leur engagement. La littérature ne présente pas d'études spécifiques en ce qui a trait à ces effets sur le recrutement ou l'engagement, mais certaines études évoquent l'importance de la reconnaissance de la contribution des patients partenaires dans l'établissement de partenariat de soins, notamment par une compensation pouvant être de nature diverse (Boivin et al., 2018; Bouabida et al., 2021; Clavel et al., 2019; O'Connor et al., 2018), des relations saines entre les acteurs (Pomey et al., 2015a), de la communication (Abelson et al., 2015; Bouabida et al., 2021) et de la capacité à travailler en équipe (Bouabida et al., 2021; Pomey et al., 2015a). Comme le gestionnaire de proximité exerce à proximité des patients, il est possible de croire qu'il serait tout à fait possible pour lui d'adopter ces comportements. Ce constat entraîne toutefois la proposition d'une hypothèse, soit celle d'un manque de clarté quant à la définition du gestionnaire de proximité et de son rôle dans l'exercice du partenariat de soins puisque selon les participants de l'étude, l'étendue de ses tâches s'accroît vers le pôle des soignants plutôt que vers le pôle des gestionnaires. La rédaction d'une définition claire du rôle du gestionnaire de proximité dans sa pratique quotidienne puis dans l'exercice du partenariat de soins ainsi que la rédaction de lignes directrices claires et précises quant à la mise en place d'initiatives de partenariat dans sa pratique pourraient possiblement faciliter l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers. Ainsi, à présent et dans le cadre du contexte de soins de ce centre hospitalier, il est aussi possible de croire que l'intégration du partenariat de soins en administrations des services infirmiers relève davantage

du coordonnateur de programme qui s'avère moins sollicité par les soignants que du gestionnaire de proximité. D'ailleurs, cette hypothèse est plausible étant donné que Bouabida et al. (2021) mentionnent que l'intégration du partenariat de soins peut entraîner une charge de travail chez les gestionnaires de proximité. Ainsi, si ceux-ci s'avèrent dépassés par les tâches à réaliser, il est possible qu'ils ne puissent y consacrer du temps. Il serait alors pertinent de mener des recherches supplémentaires à ce sujet pour valider ou infirmer l'hypothèse émise.

5.3 Importance de l'exercice du leadership dans la gestion des projets réalisés en partenariat

Cette section présente l'importance de l'exercice du leadership dans la gestion d'un projet de partenariat, notamment en ce qui a trait aux choix relatifs à la durée du projet, à la disponibilité des ressources de divers types, à la distribution et à la coordination des tâches, à l'établissement des attentes du groupe et des visées du projet ainsi qu'au maintien de l'engagement de chacun des membres par le respect et la valorisation de l'unicité de chacun.

D'abord, selon les participants, le gestionnaire de proximité doit démontrer de l'intérêt envers le partenariat de soins et doit croire en sa valeur ajoutée pour permettre son déploiement exigeant des efforts. Les participants estiment que le partenariat de soins a une valeur ajoutée considérable et que cela peut influencer positivement la qualité des soins offerts. Cela est en cohésion avec les propos de D'Amour et al. (2008) qui évoquent que l'inclusion d'experts, comme des patients ou des professionnels détenant une expertise particulière, peut faciliter l'atteinte des objectifs organisationnels, mais pour cela, il est impératif que cette pratique soit perçue de façon positive par les gestionnaires de proximité.

Les participants de l'étude rapportent que le gestionnaire de proximité doit soutenir le projet qu'il initie et doit assurer le suivi auprès des acteurs avec lesquels ils collaborent. Les participants rapportent aussi que la clarification des attentes et des tâches à accomplir est importante pour éviter tout conflit, déception, sentiment négatif ou malentendu. Selon eux, les tâches doivent être partagées entre les différents acteurs et ne doivent pas être toutes déléguées au patient partenaire qui s'implique de façon bénévole au projet. Le rôle du gestionnaire dans le partenariat est de créer un climat de partenariat favorisant la mobilisation du personnel et

l'engagement des patients partenaires, de fournir les ressources requises à la réussite et à la pérennité des initiatives ainsi que de s'assurer que le partenariat n'est pas réalisé par motifs purement stratégiques à l'approche d'une certification, par exemple (Bouabida et al., 2021; Clavel et al., 2019; Deyo et al., 2016; O'Connor et al., 2018). De plus, l'établissement d'une culture de réévaluation du partenariat de soins dans une visée d'amélioration continue est aussi importante (Abelson et al., 2015; Boivin et al., 2018; Bouabida et al., 2021; Clavel et al., 2019). Cela exige le développement de son leadership (Bombard et al., 2018; O'Connor et al., 2018), une compétence-clé en partenariat de soins, mais aussi la gestion des conflits, deux compétences importantes (DCPP et CIO-UdeM, 2016b).

De plus, les participants mentionnent que le leadership du gestionnaire de proximité doit aussi être mis à profit dans la défense des intérêts des patients partenaires en ce qui a trait à la reconnaissance de son implication via une compensation financière, l'offre d'un espace de stationnement gratuit, l'offre d'un café ou d'un repas gratuit à la cafétéria, etc. Les écrits n'abordent pas de façon spécifique ce sujet, mais présentent l'influence positive de l'environnement et des ressources disponibles sur le partenariat de soins (Bombard et al., 2018; Bouabida et al., 2021). Selon les participants, l'environnement inclut aussi le climat de travail et l'attitude des gestionnaires de proximité à leur égard. La valorisation de leur implication et l'ouverture d'esprit envers leurs idées est un gage de réussite du partenariat de soins, selon les participants. Cela est en cohérence avec Pomey et al. (2015a) qui prônent la reconnaissance de l'expertise du patient, l'intégration de celui-ci à l'équipe de soins et la prise de décision de décision partagée par la mise en application d'habiletés relationnelles dont l'ouverture d'esprit. Les participants relèvent aussi l'importance de l'environnement physique, tel que l'accès à un espace de travail dédié et équipé des fournitures requises pour la réalisation des tâches attendues. Cela est un élément que doit coordonner le gestionnaire de proximité dans la gestion d'un projet de partenariat (Bouabida et al., 2021). Une autre ressource importante soulignée par les participants et par la littérature est les patients partenaires. En effet, le recrutement des patients partenaires est un élément identifié comme ayant une influence particulière dans l'intégration du partenariat de soins à la pratique des gestionnaires de proximité (Boivin et al., 2018; Bouabida et al., 2021; Clavel et al., 2019; O'Connor et al., 2018), notamment le recrutement de patients avec des profils divers permettant de tendre vers la représentativité de la clientèle

(Bombard et al., 2018; Bouabida et al., 2021; O'Connor et al., 2018). Cependant, pour réaliser cette tâche, le gestionnaire de proximité doit faire preuve de leadership auprès des patients partenaires, du personnel soignant et de ses supérieurs afin d'obtenir les ressources souhaitées pour recruter, sélectionner les patients, mais aussi pour maintenir leur engagement au sein de l'établissement de santé.

Les participants démontrent par leurs propos que le gestionnaire de proximité doit aussi exercer son leadership dans l'estimation et la planification de la durée des projets et assurer le réalisme de l'échéancier du projet. Selon les participants, un projet plus court et simple favoriserait l'implication des patients, car il comportera des tâches plus simples et plus accessibles, mais aussi des gestionnaires de proximité pour lesquels le temps s'avère un obstacle à l'intégration du partenariat de soins. Cela est en accord avec les propos de Lavoie-Tremblay et al. (2014b, 2015) valorisant le partenariat de soins pour la pratique des gestionnaires et proposant des stratégies facilitant leur engagement de même que celui des patients dont la planification favorable à la participation des parties prenantes. De plus, l'échéancier doit aussi être bien réfléchi par le gestionnaire de proximité, car les patients partenaires ont des obligations personnelles et professionnelles et ne sont pas des employés du CIUSSS. Ils réalisent les tâches sur leur temps personnel et plusieurs apprécient y accordent seulement quelques journées par semaine. Les écrits ne documentent toutefois pas l'échéancier idéal à produire par un gestionnaire de proximité chargé d'un projet de partenariat.

Toutes les tâches et responsabilités répertoriées ci-haut démontrent l'importance de l'exercice d'un leadership développé afin de favoriser la mobilisation et l'engagement des acteurs concernés par le partenariat et de prendre action pour obtenir les ressources requises pour favoriser le succès des initiatives de partenariat dans le moment présent, tout comme dans le futur. Cela est confirmé par O'Connor et al. (2018) qui soutiennent que l'exercice du leadership par les gestionnaires est essentiel dans le développement d'environnements favorables au partenariat de soins. D'ailleurs, il s'avère tout à fait pertinent pour les gestionnaires de proximité de devoir tenter la mise en œuvre du partenariat de soins en administration des services infirmiers (Boivin et al., 2018; Bombard et al., 2018; Bouabida et al., 2021; Carman et al., 2013; Clavel et al., 2019; Deyo et al., 2016; O'Connor et al., 2018; Pomey et al., 2015a) puisque leur pratique consiste à assurer la qualité des soins et services

prodigués à la clientèle. Aussi, Deyo et al. (2016) mentionnent que les gestionnaires de proximité peuvent être des agents de changement significatifs, autant par l'offre de ressources, que par leur attitude ou leur pouvoir mobilisateur. Or, le leadership est sous-jacent à ces capacités (Deyo et al., 2016). Ainsi, en ayant une pratique enrichie d'une expertise supplémentaire et un pouvoir décisionnel partagé avec les patients partenaires, la qualité des soins et des services, soit l'objectif ultime de la pratique des gestionnaires de proximité, peut être rehaussée (Bombard et al., 2018; Clavel et al., 2019; Deyo et al., 2016). De plus, il est possible de constater que les projets de partenariat auxquels ont pris part les participants de la présente étude ont tous comme finalité l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts à la clientèle. Finalement, le fait que les données recueillies auprès des participants de cette étude démontrent un plus petit nombre d'éléments de discussion au sujet des compétences par rapport à ceux en lien avec les barrières, les facilitateurs et les perceptions, il est possible de proposer une hypothèse supplémentaire, soit que les acteurs concernés ne maîtrisent pas suffisamment leur rôle pour être en mesure de s'exprimer au sujet des compétences de façon détaillée et explicite. Ainsi, pour remédier à cela, le gestionnaire de proximité doit exercer son leadership envers lui-même, mais aussi envers ses collègues, de sorte à fournir un accompagnement et à promouvoir le partenariat de soins (O'Connor et al., 2018).

5.4 Contributions de l'étude

L'étude permet de contribuer au développement de savoirs empiriques rehaussant la littérature disponible au sujet du rôle du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers. En plus de permettre l'identification de barrières, facilitateurs et de compétences-clé dans l'exercice du rôle des gestionnaires de proximité, l'étude permet de constater que les coordonnateurs de programme peuvent être des acteurs dont le rôle et la position hiérarchique peuvent faciliter l'intégration du partenariat de soins, du moins pour le centre hospitalier dans lequel le projet de recherche s'est déroulé.

Au niveau théorique, l'utilisation du référentiel de compétences de pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (DCCP et CIO-UdeM, 2016b) en guise de cadre de référence est novateur, mais aussi un atout, car il a été rédigé pour soutenir

les pratiques de partenariat, incluant celle des gestionnaires, mais aucune étude n'a exploré la connaissance des gestionnaires à ce sujet ni l'utilité à leur pratique. Ainsi, il est possible de recommander la valorisation de ce référentiel auprès des gestionnaires de proximité et des coordonnateurs de programme, d'autant plus que cette étude a permis de constater que ceux-ci avaient plus de difficulté à cibler avec précision les compétences mobilisées ou requises dans le cadre d'un partenariat de soins en administration des services infirmiers. Ainsi, un renforcement à cet égard serait pertinent afin de favoriser leur engagement dans le développement de leurs compétences.

Le recours à un devis exploratoire descriptif dont l'analyse s'intéresse à la fois aux dynamiques des équipes de soins auxquelles appartiennent les participants de l'étude et aux particularités associés aux titres et rôles des participants est une contribution méthodologique novatrice de cette étude. Cela permet notamment une exploration des perceptions des participants appartenant à un même service ou à une même unité de soins ainsi qu'une analyse par type de participants, par exemple l'analyse des perceptions de tous les patients partenaires, sans égard à l'unité de soins ou au service d'appartenance, rehaussant la profondeur de l'analyse de contenu réalisée. Cette combinaison est peu observée dans les écrits relatifs au partenariat de soins. De plus, les participants ou les équipes de soins étudiées proviennent aussi souvent d'établissements de santé variés pouvant même se situer dans des provinces ou des pays différents. Ainsi, il est intéressant et novateur de proposer cette analyse dans une recherche au sein d'un même établissement de santé.

5.5 Forces et limites

La première force de cette étude est la diversité des unités de soins et des services desquels émergent les participants. En effet, les participants de l'étude sont issus de trois services différents du centre hospitalier ciblé pour le projet de recherche. L'étudiante-chercheuse estime que cette diversité constitue une richesse puisque bien que chaque personne et chaque parcours de soins soit unique, les contextes de soins, les besoins et les conditions de santé peuvent varier d'une unité ou d'un service à un autre et entraîner des interactions, des expériences et des projets différents, tel qu'expérimenté avec les participants des trois équipes de soins de l'étude. Cependant, certains participants ont moins d'expérience en ce qui a trait au

partenariat de soins, soit les deux gestionnaires de proximité de l'équipe de soins dont cinq membres participaient à l'étude. Ils font cependant partie de l'équipe pour lequel les trois autres participants s'avèrent davantage expérimentés. De plus, il est aussi possible de croire que le niveau d'expérience inférieur peut aussi être considéré comme un avantage en permettant une vision davantage neutre et immaculée du concept, sans biais associé à des expériences antérieures ni à un aveuglement potentiel causé par la routine quotidienne de l'exercice du rôle.

De plus, la composition de l'échantillon s'avère aussi une force. L'échantillon de l'étude comporte trois types de participants : des patients partenaires, des gestionnaires de proximité et des coordonnateurs de programme. Cette composition de l'échantillon a permis d'explorer les perceptions de deux types de gestionnaires qui se succèdent dans la hiérarchie de la gouvernance et de constater que les coordonnateurs de programme possèdent un rôle-clé dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers. L'étudiante-chercheuse croit, qu'en leur absence, que ce constat aurait possiblement été moins significatif. Toutefois, l'échantillon (n=8) ne représente pas trois équipes de soins dont le nombre de participants est équivalent. Il serait intéressant de proposer une recherche ayant trois équipes de soins dont les membres participant à l'étude seraient tous les mêmes pour permettre des analyses plus approfondies et pour rehausser la possibilité de valider la convergence des perceptions rapportées par les participants. Malgré le fait que cette limite soit identifiable, le petit échantillon n'affecte pas la validité des résultats, selon l'étudiante-chercheuse, car le contenu des entrevues réalisées avec les participants était riche et le devis exploratoire cible la profondeur des données recueillies plutôt que l'étendue. De plus, les participants représentent trois types d'acteurs différents issus de trois unités différentes. Aussi, pour l'équipe comportant un seul participant, le coordonnateur de programme 1 avait des expériences de partenariat significatives lui permettant de discuter en profondeur de celles-ci. Pour l'équipe de soins dont deux membres participent à l'étude, le coordonnateur de programme 2 avait occupé le rôle de chef d'unité dans le passé et avait expérimenté le partenariat de soins dans ce rôle avec le patient partenaire 2, ce qui lui permettait, lors de l'entrevue, de proposer des éléments de réponse nuancée de sorte à présenter de façon distincte son expérience dans le cadre des deux rôles. Aussi, cette étude comporte une double analyse, tel que discuté dans les contributions méthodologiques de l'étude. Cela rehausse donc la profondeur des résultats. Cependant, le cadre de référence peut constituer

une limite. Bien qu'il ait été utile pour réaliser l'analyse des données, son utilité pour soutenir la discussion des résultats de l'étude est moindre.

Une autre force concerne les connaissances en administration des patients partenaires de l'étude. En effet, plusieurs patients ont des connaissances en administration en raison de leur formation académique ou de leur parcours professionnel, ce qui peut avoir facilité leur analyse du rôle du gestionnaire et l'identification d'éléments spécifiques aux questions posées lors de l'entrevue. Bien que ceci ne s'avère pas une limite selon l'étudiante-chercheuse, il pourrait être intéressant d'inclure, aux recherches ultérieures au sujet du partenariat de soins en administration des services infirmiers, des patients partenaires de profils davantage diversifiés afin de recueillir des perceptions potentiellement variées, d'augmenter la quantité de données requises et de rehausser la profondeur de l'analyse.

Enfin, cette étude a été réalisée dans un seul centre hospitalier. Cela limite la transférabilité des résultats. Il serait donc pertinent de mener une telle recherche dans d'autres centres hospitaliers de la province afin de constater les tendances et l'influence de la culture organisationnelle, de l'environnement et de la gouvernance sur l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers au Québec. Cela permettrait ultimement d'effectuer une comparaison des résultats entre les différents milieux de l'étude et de mieux soutenir les établissements de santé dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers.

5.6 Retombées de l'étude

La section suivante présente les retombées de cette étude pour les cinq sphères de la profession infirmière, soit les soins directs, la gestion, la formation, la politique et la recherche. Certaines retombées sont accompagnées de suggestions ou de recommandations.

5.6.1 Retombées pour les soins directs

Cette étude a permis de constater que le recrutement des patients partenaires s'avère un élément important dans la réussite de l'intégration du partenariat de soins, mais que celui-ci peut

être ardu. Ainsi, un rehaussement de la sensibilisation des professionnels soignants en ce qui a trait au partenariat de soins pourrait diminuer les défis de recrutement rencontrés qu'ils pourraient collaborer au recrutement en ciblant des patients partenaires, en créant un environnement favorable au partenariat de soins, mais aussi en informant les patients de l'existence de cette approche et à leur possibilité d'y participer. Si le recrutement est amélioré, la qualité des soins, la satisfaction des usagers et la performance des services seront aussi possiblement augmentées.

Aussi, comme l'étude permet de constater que le développement des compétences est important dans l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers, la sensibilisation des soignants susceptibles de devenir de futurs gestionnaires à cette approche pourrait s'avérer importante. Comme ils côtoient les patients quotidiennement pour prodiguer les soins, cela pourrait les inciter à parfaire le développement de leurs aptitudes de reconnaissance et de valorisation du patient partenaire ainsi que de son savoir expérientiel tout en poursuivant leur carrière professionnelle.

5.6.2 Retombées pour la gestion

L'étude a permis de relever un besoin de développement des connaissances et des compétences des gestionnaires de proximité en ce qui a trait au partenariat de soins. Ainsi, il pourrait être intéressant de proposer aux coordonnateurs de programme détenant de l'expérience en partenariat de soins de mentorer les gestionnaires de proximité de leur équipe ou d'autres équipes du centre hospitalier afin de les accompagner dans ce développement. De plus, le développement d'outils de soutien aux gestionnaires par les experts a pu être relevé. Aussi, sensibiliser les gestionnaires de proximité, les coordonnateurs de programme et les organisations aux barrières et facilitateurs potentiels identifiés dans l'étude et instaurer des méthodes leur permettant de s'y préparer ou de les tenir en compte dans leur pratique serait bénéfique pour leur pratique et l'intégration du partenariat de soins en administration des services infirmiers.

Il pourrait être pertinent de développer des outils de soutien aux gestionnaires spécifiques aux contextes et particularités des établissements de santé dans lesquels ils exercent. D'ailleurs, au niveau provincial, il pourrait être intéressant d'amender le Référentiel de

compétences de pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016b) afin d’y proposer des exemples ou des manifestations spécifiques au rôle d’un gestionnaire. Cela pourrait potentiellement faciliter le développement de leurs compétences et la mise en place de soutien spécifique à leurs besoins associés à l’intégration du partenariat de soins à l’administration des services infirmiers.

5.6.3 Retombées pour la formation

Une retombée de l’étude sur la formation est le besoin de former les professionnels de la santé, incluant les infirmiers et les infirmières, en ce qui a trait au partenariat de soins, que ce soit en l’intégrant à la formation universitaire ou en offrant de la formation continue à ce sujet. Des cours de collaboration et de partenariat sont déjà présents dans plusieurs universités et plusieurs programmes d’études des professions de la santé. Par exemple, l’Université de Montréal a instauré trois cours de collaboration en sciences de la santé (CSS) aux curriculums de ses différents programmes d’études en santé (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Il est donc pertinent de les préserver afin de permettre la sensibilisation des professionnels en devenir. Toutefois, l’offre de formation continue vise davantage les aspects cliniques ou administratifs, mais peu collaboratifs de l’exercice de la profession. Il serait alors intéressant de développer des formations à ce sujet pour les diplômés.

5.6.4 Retombées pour la politique

Au niveau politique, il est possible de démontrer que les initiatives actuelles au niveau gouvernemental sont à maintenir, notamment l’élaboration de lois valorisant la participation des usagers, l’inclusion des usagers dans les planifications stratégiques quinquennales, la formulation de recommandations favorisant la hausse de l’inclusion des usagers dans les différents comités, équipes, groupes de travail, etc. Toutefois, les résultats tendent à démontrer le besoin de soutien aux établissements de santé, aux gestionnaires de proximité et aux coordonnateurs de programme en termes de ressources. Ces ressources sont de diverses natures : environnementales, financières, humaines et organisationnelles. Le soutien des décideurs politiques via l’accès aux ressources adéquates par les établissements de santé et par les différents gestionnaires permettra possiblement l’amélioration de l’intégration du partenariat de

soins en administration des services infirmiers, car cela est identifié comme étant un défi par les participants de l'étude.

5.6.5 Retombées pour la recherche

Les résultats de l'étude sont intéressants. Toutefois, comme elle a été réalisée dans un seul centre hospitalier, il serait pertinent de mener des recherches supplémentaires dans d'autres centres hospitaliers et établissements de santé afin de permettre une comparaison des pratiques influencées par les ressources, la culture organisationnelle, la gouvernance, les contextes, etc., et de rehausser les connaissances disponibles à ce sujet. En plus, il serait judicieux de mener la recherche auprès d'autres unités de soins ou d'autres secteurs d'activités du centre hospitalier dans lequel s'est déroulée l'étude afin de permettre une comparaison et une compréhension plus approfondie du phénomène au sein de cet établissement. Finalement, étant donné le rôle du gestionnaire de proximité d'assurer la performance de son unité de soins, cette étude permet de relever une piste de recherche pertinente pour le futur, soit explorer l'effet du niveau d'intégration du partenariat de soins sur les indicateurs de performance des services de santé.

Conclusion

Ce mémoire de maîtrise permet de mieux comprendre les perceptions des gestionnaires de proximité, des coordonnateurs de programme et des patients partenaires quant au rôle du gestionnaire de proximité, aux barrières, aux facilitateurs et aux compétences en lien avec l'intégration du partenariat de soins dans l'administration des services infirmiers. L'analyse de cette étude exploratoire descriptive permet de constater qu'une variabilité dans l'intégration du partenariat de soins et une utilisation sous-optimale du potentiel du gestionnaire de proximité dans l'intégration du partenariat de soins sont présentes. De plus, l'étude permet de relever que les gestionnaires exercent des rôles importants dans la gestion des projets réalisés en partenariat avec les patients. Toutefois, les coordonnateurs de programme semblent bénéficier d'un positionnement hiérarchique et d'un rôle facilitant davantage l'intégration du partenariat de soins à la pratique que le gestionnaire de proximité, malgré sa proximité avec les patients et les professionnels soignants des unités de soins. Ultimement, les retombées de l'étude contribueront à rehausser la participation des patients à l'amélioration de la qualité des soins et de la performance des services infirmiers en mettant davantage en lumière le besoin de soutien en ce qui a trait notamment à la compréhension de l'approche de partenariat, au développement des compétences des et à l'accès aux ressources en facilitant l'intégration demeure à combler.

Bibliographie

- Abelson, J., Li, K., Wilson, G., Shields, K., Schneider, C. et Boesveld, S. (2015). Supporting quality public and patient engagement in health system organizations: development and usability testing of the Public and Patient Engagement Evaluation Tool. *Health Expectations*, 19, 817-827. doi: 10.1111/hex/12378
- Agrément Canada. (2022). *Stratégie 2022-2026. Des soins plus sécuritaires. Un monde plus sain*. Organisation de normes en santé. https://accreditation.ca/files/HSO_Strategy-Refresh-FR-April-2022.pdf
- American nurse association et American organization of nurse executives. (2012). *Principles for collaborative relationships between clinical nurses and nurse managers*. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/NursingStandards/ANAPrinciples/Principles-of-CollaborativeRelationships.pdf>
- American organization of nurse executives. (2015). *Nurse manager competencies*. <https://www.aonl.org/system/files/media/file/2019/06/nurse-manager-competencies.pdf>
- Archambault, P.M., McGavin, C., Dainty, K., McLeod, S.L., Vaillancourt, C., Lee, J.S., Perry, J.J., Gauvin, F-P. et Boivin, A. (2018). Recommendations for patient engagement in patient-oriented emergency medicine research. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 435-442. doi: 10.1017/cem.2018.370
- Armstrong, M.J., Mullins, C.D., Gronseth, G.S. et Gagliardi, A.R. (2018). Impact of patient involvement on clinical practice guideline development: a parallel group study. *Implementation Science*, 13(55), 1-13. doi: 10.1186/s13012-018-0745-6
- Armstrong, M.J., Gronseth, G.S., Gagliardi, A.R. et Mullins, C.D. (2020). Participation and consultation engagement strategies have complementary roles: A case study of patient and public involvement in clinical practice guideline development. *Health Expectations*, 23, 423-432. doi: 10.1111/hex.13018
- Arnetz, J., Zhdanova, L. et Arnetz, B.B. (2016). Patient involvement: A new source of stress in health care work? *Health Communication*, 31(12), 1566-1572. doi: 10.1080/10410236.2015.1052872
- Barnes, T., Hancock, K. et Dainton, M. (2013). Training nurses to support greater patient engagement in haemodialysis. *Journal of Renal Care*, 39(2), 10-18. doi: 10.1111/j.1755-6686.2013.12028.x
- Barr, P. (2014). Clinicians and culture play important roles. *Health Forum*, 87(11), 65-67.
- Bhaskar, R. (1978). *A realist theory of science*. Harvester Press

- Bird, M., Ouellette, C., Whitmore, C., Li, L., Nair, K., McGillion, M.H., Yost, J., Banfield, L., Campbell, E et Carroll, S.L. (2020). Preparing for patient partnership: A scoping review of patient partner engagement and evaluation in research. *Health Expectations*, 23, 523-539. doi: 10.1111/hex.13040
- Blomqvist, K., Theander, E., Mowide, I., et Larsson, V. (2010). What happens when you involve patients as experts? A participatory action research project at a renal failure unit. *Nursing Inquiry*, 17(4), 317-324. doi: 10.1111/j.1440-1800.2010.00513.x
- Boivin, A., Lehoux, P., Lacombe, R., Burgers, J. et Grol, R. (2014). Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: a cluster randomized trial. *Implementation Science*, 9(24), 1-10. doi: 10.1186/1748-5908-9-24
- Boivin, A., Dumez, V., Fancott, C. et L'Espérance, A. (2018). Growing a healthy ecosystem for patient and citizen partnerships. *Healthcare Quarterly*, 21(special issue), 73-82. doi: 10.12927/hcq.2018.25634
- Bombard, Y., Ross Baker, G., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., Onate, K., Denis, J-L. et Pomey, M-P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science*, 13(98), 1-22. doi: 10.1186/s13012-018-0784-z
- Bouabida, K., Pomey, M-P., Cyr, G., Aho-Glele, U. et Gomes Chaves, B. (2021). The paradoxical injunctions of partnership in care: Patient engagement and partnership between issues and challenges. *Patient Experienc Journal*, 8(1), 5-12. doi: 10.35680/2372-0247.1538
- Boudioni, M. et McLaren, S. (2013). Challenges and facilitators for patient and public involvement in England; focus groups with senior nurses. *Open Journal of Nursing*, 3, 472-480. doi: 10.4236/ojn.2013.37064
- Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, C-A., Perroux, M. et Beaulieu, M-D. (2014). Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: a multiple-case study. *Nursing Research and Practice*, 2014, 1-9. doi: 10.1155/2014/170514
- British Medical Association. (2015). *Patient and public involvement: a tool kit for GPs*. <https://www.bma.org.uk/media/1938/bma-patient-and-public-involvement-2015.pdf>
- Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C. et Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223-231. doi: 10.1377/hlha.2012.1133
- Carman, K.L. et Workman, T.A. (2017). Engaging patients and consumers in research evidence: Applying the conceptual model of patient and family engagement. *Patient Education and Counseling*, 100, 25-29. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.0090738-3991

- Cartwright, J. et Crowe, S. (2011). *Patient and public involvement toolkit*. Wiley & Blackwell.
- Castro, E.M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W. et Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99, 1923-1939. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.026
- Centre hospitalier universitaire de Montréal. (2017). *Infirmière chef d'unité- Infirmier chef d'unité*. Centre hospitalier universitaire de Montréal. <http://www.chumontreal.qc.ca/carrieres/decouvrez-les-carrieres/cadres/infirmiere-chef-d-unite-infirmier-chef-d-unite>
- Chambers, M. (2017). Engaging patients and public in decision-making: approaches to achieving this in a complex environment. *Health Expectations*, 20, 185-187, doi: 10.1111/hex.12550
- Clavel, N., Pomey, M-P. et Ghadiri, D.P. (2019). Partnering with patients in quality improvement: towards renewed practices for healthcare organization managers? *BMC Health Services Research*, 19(815), 1-12. doi: 10.1186/s12913-019-4618-8
- Clavel, N. et Pomey, M-P. (2020). Enhancing patient involvement in quality improvement: How complaint managers see their roles and limitations. *Patient Experience Journal*, 7(3), 112-118. doi: 10.35680/2372-0247.1460
- Clavel, N. et Pomey, M-P. (2022). Clinical governance to enhance user involvement in care: A canadian multiple case study in mental health. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(5), 658-669. doi: 10.34172/ijhpm.2020.208
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*. Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal. http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/cours/ecat/description/Guide_implantation1.1.pdf
- Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Gouvernement du Canada. <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2018-fr-interactive-final.pdf>
- Coulter, A. et Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *British Medical Journal*, 335, 24-27. doi: 10.1136/bmj.39246.58116.9.80
- Crawford, C., Omery, A. et Spicer, J. (2017). An integrative review of 21st century roles, responsibilities, characteristics, and competencies of chief nurse executives. *Nursing Administration Quarterly*, 41(4), 297-309. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000245

- Cunningham, R. et Walton, M.K. (2016). Partnering with patients to improve care. *The Journal of Nursing Administration*, 46(11), 549-551. doi: 10.1097/NNA.0000000000000401
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J-F., San Martin-Rodriguez, L. et Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(188), 1-14. doi: 10.1186/1472-6963-8-188
- De Graaff, B., Kleinhout-Vliek, T. et Van de Bovenkamp, H. (2021). In the works: Patient and public involvement and engagement in healthcare decision-making. *Health Expectations*, 24, 1903-1904. doi: 10.1111/hex.13339
- Delamater, L. et Hall, N. (2018). Charge nurse development: What does the literature say ? *Nursing Management*, 49(7), 34-40. doi: 10.1097/01.NUMA.0000538914.53159.fc
- Denis, J-L. (2002). *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. <http://cerberus.enap.ca/GETOSS/Publications/Lists/Publications/Attachments/144/Gouvernance%20et%20gestion%20du%20changement%20dans%20le%20système%20de%20santé%20au%20Canada.pdf>
- Descôteaux, A., Jackson, M. et Vanier, M-C. (2020). Quand les patients formateurs prennent le relais : transfert d'ateliers sur la collaboration interprofessionnelle en ligne en temps de COVID-19. *Pédagogie Médicale*, 21, 215-217. doi: 10.1051/pmed/2020051
- Dewald, G. et Reddy, N. (2020). Becoming a successful nurse manager. *Nephrology Nursing Journal*, 47(3), 259-266. doi: 10.37526/1526-744X.2020-47.3.259
- Deyo, P., Swartwout, E. et Drenkard, K. (2016). Nurse manager competencies supporting patient engagement, *Journal of Nursing Administration*, 46(3S), S19-S26. doi: 10.1097/NNA.0000000000000318
- Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal (CIO-UdeM). (2016a). *Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Université de Montréal.
- Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal (CIO-UdeM). (2016b). *Référentiel de compétences de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux*. Montréal, QC: Université de Montréal.
- Dubois, C-A., D'Amour, D., Pomey, M-P., Girard, F. et Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite or better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nursing*, 12(7), 1-20. doi: 10.1186/1472-6955-12-7

- Dumez, V. et Boivin, A. (2018). A Canadian take on the international patient engagement revolution. *Healthcare Quarterly*, 21(special issue), 1-6. doi: 10.12927/hcq.2018.25643
- Edwardson, T. et Irvin, K. (2013). Key players in collaboration: clinical nurse manager and clinical nurse specialist. *Nursing management*, 44(6), 40-46. doi:10.1097/01.numa.0000428201.37660.c9
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2008). *Grille d'analyse Pertinence, Rigueur, Transfert (PRT)* [document inédit].
- Fennimore, L. et Wolf, G. (2011). Nurse manager leadership development- Leveraging the evidence and system-level support. *The Journal of Nursing Administration*, 41(5), 204-210. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182171aff
- Fleming, M.D., Shim, J.K., Yen, I.H., Thompson-Lastad, A., Rubin, S., Van Natta, M. et Burke, N.J. (2017). Patient engagement at the margins: Health care providers' assessments of engagement and the structural determinants of health in the safety-net. *Social Science & Medecine*, 183, 11-18. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.04.028
- Flora, L., Lebel, P., Dumez, V., Bell, C., Lamoureux, J. et Saint-Laurent, D. (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 101-117. doi: 10.7202./1032385ar
- Flora, L., Karazivan, P., Dumais-Lévesque, G., Berkesse, A., Dumez, V., Janvier, A., Gagnon, R. et Payot, A. (2020). Impliquer des patients dans la révision d'un curriculum de formation en médecine: une étude mixte sur l'intégration d'une perspective d'éthique clinique. *Pédagogie Médicale*, 21, 65-74. doi: 10.1051/pmed/2020033
- Fowler, K.R., Robbins, L.K. et Lucero, A. (2021). Nurse manager communication and outcomes for nursing: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29, 1486-1495. doi: 10.1111/jonm.13324
- Fredriksson, M. et Tritter, J.Q. (2017). Disentangling patient and public involvement in healthcare decisions: why the difference matters. *Sociology of Health & Illness*, 39(1), 95-111. doi : 10.1111/1467-9566.12483
- Gagliardi, A., Lemieux-Charles, L., Brown, A.D. et Sullivan, T. (2008). Barriers to patient involvement in health service planning and evaluation: An exploratory study. *Patient Education and Counseling*, 70, 234-241. doi: 10.1016/j.pec.2007.09.009
- Gardner, G., Duffield, C., Doubrovsky, A. et Adams, M. (2017). The structure of nursing: a national examination of titles and practice profiles. *International Nursing Review*, 64, 233-241. doi : 10.1111/inr.12364
- Gavard-Perret, M., Gotteland, D., Haon, C. et Jolibert, A. (2012). *La méthodologie de recherche en sciences de la gestion. Réussir sa mémoire ou sa thèse* (2^e éd). Pearson.

- Gonzalez-Garcia, A., Pinto-Carral, A., Villorejo, J.S. et Marques-Sanchez, P. (2020). Nurse manager core competencies: A proposal in the spanish health system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3173), 1-15. doi: 10.3390/ijerph17093173
- Gonzalez-Garcia, A., Pinto-Carral, A., Villorejo, J.S. et Marques-Sanchez, P. (2021). Competency model for the middle nurse manager (MCGE-Logistic level). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3898), 1-13. doi: 10.3390/ijerph18083898
- Goodridge, D., Isinger, T. et Rotter, T. (2018). Patient family advisors' perspectives on engagement in health- care quality improvement initiatives: Power and partnership. *Health Expectations*, 21, 379-386. doi : 10.1111/hex.12633
- Goulet, M-H., Larue, C. et Chouinard, C. (2015). Partage du savoir expérientiel : regard sur la contribution des patients partenaires d'enseignement en sciences infirmières. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 53-66. doi : <https://doi.org/10.7202/1032382ar>
- Gouvernement du Québec. (2021). *Plan stratégique 2019-2023. Ministère de la Santé et des Services sociaux*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_20-717-01W_MSSS.pdf?1631899169
- Gouvernement du Québec. (2022, 4 juillet). *Coordonnateurs/coordonnatrices et superviseurs/superviseuses des soins infirmiers*. [Gouvernement du Québec. https://www.quebec.ca/emploi/metiers-professions/explorer-metiers-professions/3011-coordonnateurs-coordonnatrices-et-superviseurs-superviseuses-des-soins-infirmiers#description](https://www.quebec.ca/emploi/metiers-professions/explorer-metiers-professions/3011-coordonnateurs-coordonnatrices-et-superviseurs-superviseuses-des-soins-infirmiers#description)
- Greene, J., Hibbard, J.H., Sacks, R., Overton, V. et Parrotta, C.D. (2015). When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Affairs*, 34(3), 431-437. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0452
- Gunawan, J. et Aunguroch, Y. (2017). Managerial competence of first-line nurse managers: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, e12502, 1-7. doi: 10.1111/ijn.12502
- Gunawan, J., Aunguroch, Y. et Fisher, M.L. (2018). Factors contributing to managerial competence of first-line managers: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 24(e12611), 1-12. doi: 10.1111/ijn.12611
- Haines, K.J., Kelly, P., Fitzgerald, P., Skinner, E.H. et Iwashyna, T.J. (2017). The untapped potential of patient and family engagement in the organization of critical care. *Critical Care Medicine Journal*, 45(5), 899-906. doi: 10.1097/CCM.0000000000002282
- Hamric, A.B., Hanson, C.M., Tracy, M.F. et O'Grady, E.T. (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach*. (5e éd.). Elsevier Saunders

- Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H.K., North, N. et Stone, P.W. (2006). Nurse turn over: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 237-263. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007
- Herrin, J., Harris, K.G., Kenward, K., Hines, S., Joshi, M.S. et Frosch, D.L. (2016). Patient and family engagement: a survey of US hospital practices. *BMJ quality and safety*, 25, 182-189. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004006
- Hickey, G. et Chambers, M. (2019). Patient and public involvement and engagement: Mind the gap. *Health Expectations*, 22, 607-608. doi: 10.1111/hex.12962
- Howe, A. (2006). Can the patient be on our team? An operational approach to patient involvement in interprofessional approaches to safe care. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 527-534. doi: 10.1080/13561820600936244
- Hugues, K-A., Carryer, J., Boldy, D., Jones, M. et Gower, S. (2018). Attributes of an effective nurse manager in New Zealand: An analysis of nurse manager perceptions. *Nursing Praxis in New Zealand*, 34(2), 27-37.
- Hyde, C., Dunn, K.M., Higginbottom, A. et Chew-Graham, C.A. (2016). Process and impact of patient involvement in a systematic review of shared decision making in primary care consultations. *Health Expectations*, 20, 298-308. doi: 10.1111/hex.12458
- Ingwell-Spolan, C. (2018). Chief nursing officers' views on meeting the needs of the professional nurse: how this can affect patient outcomes? *Healthcare*, 6(56), 1-10. doi: 10.3390/healthcare6020056
- Institut national de santé publique du Québec. (2021). *Plan stratégique 2019-2022*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2592_plan_strategique_2019_2022.pdf
- Isobe, T., Kunie, K., Takemura, Y., Takehara, K., Ichikawa, N. et Ikeda, M. (2020). Frontline nurse managers' visions for their units: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 28, 1053-1061. doi: 10.1111/jonm.13050
- Jangland, E., et Gunningberg, L. (2017). Improving patient participation in a challenging context: a 2-year evaluation study of an implementation project. *Journal of Nursing Management*, 25, 266-275. doi: 10.1111/jonm.12459
- Jansen, T-L. et Hanssen, I. (2016). Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 388-394. doi: 10.1111/scs.12358
- Jeans, M.E. et Rowat, K.M. (2005). *Leadership Objectif C: Compétences attendues des infirmières gestionnaires*. Canadian Nurse Association.

- Jebb, P. (2015). The patient champion. *Nursing Standard*, 29(19), 63. doi: 10.7748/ns.29.19.63.s49
- Jirasevijinda, T. (2017). Inside commentary: perspectives by our editorial board members
Trickling up: a call for training on patient engagement and shared decision-making across the educational continuum. *Journal of Communication in Healthcare*, 10(2), 67-69. doi: 10.1080/17538068.2017.1343998
- Johnson, K.E., Mroz, T.M., Abraham, M., Gray, M.F., Minniti, M., Nickel, W., Reid, R., Sweeney, J., Frosch, D.L., Ness, D.L. et Hsu, C. (2016). Promoting patient and family partnerships in ambulatory care improvement: A narrative review and focus group findings. *Advances in Therapy*, 33, 1417-1439. doi: 10.1007/s12325-016-0364-z
- Joseph, M.L. (2015). Organizational culture and climate for promoting innovativeness. *Journal of Nursing Administration*, 45(3), 172-178. doi: 10.1097/NNA.0000000000000178
- Jouet, E., Flora, L. et Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : note de synthèse. *Pratique de formation : analyses*, (58/59), 13-94.
- Jouet E. et Las Vergnas, O. (2011). Les savoirs des malades peuvent-ils être regardés comme des savoirs amateurs ? *Alliage*, octobre 2011(69), 136-150.
- Kallas, K.D. (2014). Profile of an excellent nurse manager – Identifying and developing health care team leaders. *Nursing Administration Quarterly*, 38(3), 261-268. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000032
- Kang, C-M., Chiu, H-T., Hu, Y-C., Chen, H-L., Lee, P-H. et Chang, W-Y. (2012). Comparisons of self-ratings on managerial competencies, research capability, time management, executive power, workload and work stress among nurse administrators. *Journal of Nursing Management*, 20, 938-947. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01383.x
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M-P., Del Grande, C., Ghadiri, D.P., Fernandez, N., Jouet, E., Las Vergnas, O. et Lebel, P. (2015). The Patient-as-partner approach in health care: A conceptual framework for a necessary transition. *Academic Medicine*, 90(4), 437-441. doi: 10.1097/ACM.0000000000000603
- Kaufman, J. (2008). Patients as partners. *Nursing Management*, 39, 45-48.
- Kent, T. W. (2005). Leading and managing: It takes two to tango. *Management Decision*, 43(7/8), 1010-1017. doi: 10.1108/0025174051061000
- Kim, S-J. et Park, M. (2015). Leadership, knowledge sharing and creativity: The key factors of nurses' innovative behaviours. *Journal of Nursing administration*, 45(12), 615-621. doi:10.1097/NNA.0000000000000274

- Kline, C.C., Park, S.E., Godolphin, W.J. et Towle, A. (2020). Professional identity formation: A role for patients as mentors. *Academic Medecine*, 95(10), 1578-1586. doi: 10.1097/ACM.0000000000003561
- Lalleman, P.C.B., Smid, G.A.C., Dikken, J., Lagerway, M.D. et Schuurmans, M.J. (2017). Nurse middle managers contributions to patient-centred care: A ‘managerial work’ analysis. *Nursing Inquiry*, 24(e12193), 1-12. doi: doi.org/10.1111/nin.12193
- Lavoie-Tremblay, M., O’Connor, P., Harripaul, A., Biron, A., Ritchie, J., Lavigne, G.L., Baillargeon, S., Ringer, J., MacGibbon.B., Taylor-Ducharme, S. et Sourdif, J. (2014a). The effect of transforming care at the bedside initiative on healthcare teams’ work environments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 16-25. doi: 10.1111/wvn.12015
- Lavoie-Tremblay, M., O’Connor, P., Harripaul, A., Biron, A., Ritchie, J., MacGibbon, B. et Cyr, G. (2014b). The perceptions of health care team members about engaging patients in care redesign. *American Journal of Nursing*, 114(7), 38-46. doi: 10.1097/01.NAJ.0000451676.58823.ab
- Lavoie-Tremblay, M., O’Connor, P., Lavigne, G.L., Briand, A., Biron, A., Baillargeon, S., MacGibbon, B., Ringer, J. et Cyr, G. (2015). Effective strategies to spread redesigning care processes among healthcare teams. *The Journal of Nursing Scholarship*, 47(4), 328-337. doi: 10.1111/jnu.12141
- Lawson, C. (2020). Strengthening new nurse manager leadership skills through a transition-to-practice program. *Journal of Nursing Administration*, 50(12), 618-622. doi: 0.1097/NNA.0000000000000947
- Layani, G., Vachon, B., Duhoux, A., Lussier, M-T., Gil, J., Brault, I., Vanier, M-C., Rodrigues, I., Motulsky, A., Kaczorowski, J., David, P-M. et Battaglini, A. (2022). Structuring and organizing interprofessional healthcare in partnership with patients with diabetes: The Interprofessional Management and Education in Diabetes care (INMED) pathway. *Journal of Interprofessional Care*, 1-4. doi: 10.1080/13561820.2022.2051452
- Lefebvre, H., Brault, I., Roy, O., Levert, M-J., Lecocq, D., Larivière, M., Proulx, M. (2018). Partenariat entre patients, leaders en soins infirmiers et chercheurs: résultats d’une stratégie web de transfert des connaissances pour planifier le congé d’hôpital et faciliter les transitions au cours des soins oncologiques. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 28(2), 102-117. doi : 10.5737/23688076282102109
- L’Espérance, A., O’Brien, N., Grégoire, A., Abelson, J., Canfield, C., Del Grande, C., Dogba, M.J., Fancott, C., Lévasseur, M.A., Loignon, C., Majnemer, A., Pomey, M-P., Rasiah, J., Salsberg, J., Santana, M., Tremblay, M-C., Urquhart, R. et Boivin, A. (2021). Developing a Canadian evaluation framework for patient and public engagement in research: study protocol. *Research Involvement and Engagement*, 7(10), 1-12. doi: 10.1186/s40900-021-00255-4

- Lindblom, S., Flink, M., Elf, M. Laska, A.C., von Koch, L. et Ytterberg, C. (2021). The manifestation of participation within a co-design process involving patients, significant others and health-care professionals. *Health Expectations*, 24, 905-916. doi: 10.1111/hex.13233
- Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Légis Québec. (2015). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/o-7.2>
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L.L., Sheridan, S.E., Donaldson, L. et Pittet, D. (2010). Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinical Proceedings*, 85(1), 53-62. doi: 10.4065/mcp.2009.0248
- Luo, W-Y., Shen, N-P., Lou, J-H., He, P-P. et Sun, J-W. (2015). Exploring competencies: a qualitative study of Chinese nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 24, E87-E94. doi: 10.1111/jonm.12295
- Ma, H., Chihava, T.N., Fu, J., Zhang, S., Lei, L., Tan, J., Lin, L. et Luo, Y. (2020). Competencies of military nurse managers: A scoping review and unifying framework. *Journal of Nursing Management*, 28, 1166-1176. doi: 10.1111/jonm.13068
- Maurer, M., Dardess, P., Carman, K.L., Frazier, K. et Smeeding, L. (2012). *Guide to patient and family engagement: Environmental scan report*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://psnet.ahrq.gov/issue/guide-patient-and-family-engagement-environmental-scan-report>
- McCance, T., McCormack, B. et Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), Manuscrit 1. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man01
- McCormack, L., Thomas, V., Lewis, M.A. et Rudd, R. (2017). Improving low health literacy and patient engagement: A social ecological approach. *Patient Education and Counseling*, 100, 8-13. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.007
- McGuire, E. et Kennerly, S.M. (2006). Nurse managers as transformational and transactional leaders. *Nursing Economics*, 24(4), 179-185.
- Mercier, C. et Labarre, K. (2004). *La gouverne des soins infirmiers dans le cadre d'une organisation de services intégrés*. Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. <https://www.oiiq.org/>
- Miles, M.B., Huberman, A.M. et Saldana, J. (2020). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. (4e éd). Sage publications.

- Ministère de la Santé de l'Ontario. (2021). *Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario*. <https://www.ontario.ca/fr/page/declaration-de-valeurs-des-patients-families-personnes-soignantes-pour-lontario>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021, 12 juillet). *Ressources humaines – Chef d'unité*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-ressources-humaines/>
- Mizuno Tironi, N., Bernardino, E., do Carmo Lourenço Haddad, M., Nimtz, M.A., Gomez Torres, D. et Peres, A.M. (2017). Assignments and competencies of nursing managers: descriptive exploratory research. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(1), 130-139.
- Nilsen, E.S., Johansen, M., Oliver, S. et Oxman, A.D. (2010). Methodological considerations involved in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons
- O'Connor, M. (2017). On-boarding the middle manager. *Nursing Administration Quarterly*, 41(4), 360-367. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000250
- O'Connor, M. (2018). Advocacy – Perspectives of future nurse administrators. *Nursing Administration Quarterly*, 42(2), 136-142. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000283
- O'Connor, P., Di Carlo, M. et Rouleau, J-L. (2018). The leadership and organizational context required to support patient partnerships. *Healthcare Quarterly*, 21(special issue), 31-37. doi: 10.12927/hcq.2018.25641
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021a). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*. https://www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021 – Tableaux de données*. <https://www.oiiq.org/l-ordre/qui-sommes-nous-/portrait-detaille-de-l-effectif-infirmier-au-quebec>
- Oroviogioicoechea, C. (1996). The clinical nurse manager: A literature review. *Journal Of Advanced Nursing*, 24, 1273-1280. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb01035.x
- Paukkonen, L., Kankkunen, P., Kreuter, M. et Pietila, A-M. (2018). Participation in primary healthcare – using a finnish version of the patient participation in rehabilitation questionnaire. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1423-1437.
- Pétre, B., Louis, G., Voz, B., Berkesse, A. et Flora, L. (2020). Patient partenaire : de la pratique à la recherche. *Santé publique*, 32(4), 371-374. doi: 10.3917/spub.204.0371

- Pizzo, E., Doyle, C., Matthews, R. et Barlow, J. (2014). Patient and public involvement: how much do we spend and what are the benefits? *Health Expectations*, 18, 1918-1926. doi: 10.1111/hex.12204
- Pomey, M-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M-C., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, E. (2015a). Le « Montreal model »: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique*, 27(1), 41-50.
- Pomey, M-P., Ghadiri, D.P., Karazivan, P., Fernandez, N. et Clavel, N. (2015b). Patients as partners: A qualitative study of patients' engagement in their health care. *Plos one*, 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0122499
- Pomey, M-P., Hihat, H., Khalifa, M., Lebel, P. et Néron, A. (2015c). Patient partnership in quality improvement of healthcare services: Patients' inputs and challenges faced. *Patient Experience Journal*, 2(1), 29-42. doi: 10.35680/2372-0247.1064
- Pomey, M-P. et Lebel, P. (2016). Patient engagement: The Quebec path. *Healthcare Papers*, 16(2), 78-83.
- Pomey, M-P., Clavel, N., Aho-Glele, U., Ferré, N. et Fernandez-McAuley, P. (2018). How patients view their contribution as partners in the enhancement of patient safety in clinical care. *Patient Experience Journal*, 5(1), 35-49. doi: 10.35680/2372-0247.1235
- Pomey, M-P., Clavel, N., Normandin, L., Del Grande, C., Ghadiri, D.P., Fernandez-McAuley, I., Boivin, A., Flora, L., Janvier, A., Karazivan, P., Pelletier, J-F., Fernandez, N., Paquette, J. et Dumez, V. (2021a). Assessing and promoting partnership between patients and health-care professionals: Co-construction of the CADICEE tool for patients and their relatives. *Health Expectations*, 24, 1233-1244. doi: 10.1111/hex.13253
- Pomey, M-P., de Guise, M., Desforges, M., Bouchard, K., Vialaron, C., Normandin, L., Iliescu-Nelea, M., Fortin, I., Ganache, I., Régis, C., Rosberger, Z., Charpentier, D., Bélanger, L., Dorval, M., Ghadiri, D.P., Lavoie-Tremblay, M., Boivin, A., Pelletier, J.F. Fernandez, N. et Danino, A.M. (2021b). The patient advisor, an organizational resource as a lever for an enhanced oncology patient experience (PAROLE-onco): A longitudinal multiple case study protocol. *BMC Health Services Research*, 21(10), 1-12. doi: 10.1186/s12913-020-06009-4
- Qualité des services de santé Ontario. (2016a). *Engaging with patients: stories and successes from the 2015/2016 quality improvement plans*. <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/qi/qip/engaging-with-patients-en.pdf>
- Qualité des services de santé Ontario. (2016b). *Faire participer les patients et les personnes soignantes à l'amélioration de la qualité. Guide à l'intention des fournisseurs de soins de santé*. <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/qi/qip/patient-engagement-guide-1611-fr.pdf>

- Qualité des services de santé Ontario. (2022a). *Ressources destinées aux fournisseurs de soins de santé*. <https://www.hqontario.ca/Partenariat-patients/Ressources-et-outils-de-partenariat-avec-les-patients/Ressources-destinées-aux-fournisseurs-de-soins-de-santé>
- Qualité des services de santé Ontario. (2022b). *Ressources destinées aux patients, aux personnes soignantes et aux familles*. <https://www.hqontario.ca/Partenariat-patients/Ressources-et-outils-de-partenariat-avec-les-patients/Ressources-destinées-aux-patients-aux-personnes-soignantes-et-aux-familles>
- Raynault, A., Lebel, P., Brault, I., Vanier, M-C. et Flora, L. (2021). How interprofessional teams of students mobilized collaborative practice competencies and the patient partnership approach in a hybrid IPE course. *Journal of Interprofessional Care*, 35(4), 574-585. doi: 10.1080/13561820.2020.1783217
- Richards, T., Montori, VM., Godlee, F., Lapsley, P. et Paul, D. (2013). Let the patient revolution begin. *BMJ*, 346, 1-2. doi: 10.1136/bmj.f2614
- Rooke, T. et Oudshoorn, A. (2020). Patient engagement in the nonclinical setting: A concept analysis. *Nursing Forum*, 55, 497-504. doi: 10.1111/nuf.12455
- Ross Baker, G., Fancott, C., Judd, M. et O'Connor, P. (2016). Expanding patient engagement in quality improvement and health system redesign: Three Canadian case studies. *Health Care Management Forum*, 29(5), 176-182. doi: 10.1177/0840470416645601
- Rowland, P., McMillan, S., McGillicuddy, P. et Richards, J. (2017). What is "the patient perspective" in patient engagement programs? Implicit logics and parallels to feminist theories. *Health*, 21(1), 76-92. doi: 10.1177/1363459316644494
- Rowland, P., Anderson, M., Kumagai, A.K., McMillan, S., Sandhu, V.K. et Langlois, S. (2019). Patient involvement in health professionals' education: A meta-narrative review. *Advances in Health Sciences Education*, 24, 595-617. doi: 10.1007/s10459-018-9857-7
- Rowland, P., MacKinnon, K.R. et McNaughton, N. (2020). Patient involvement in medical education: To what problem is engagement the solution? *Medical Education*, 55, 37-44. doi: 10.1111/medu.14200
- Rowland, P., Fancott, C. et Abelson, J. (2021). Metaphors of organizations in patient involvement programs: connections and contradictions. *Journal of Health Organization and Management*, 35(2), 177-194. doi: 10.1108/JHOM-07-2020-0292
- Rowland, P. et Archibald, D. (2021). Patient involvement in CPD: Provocations and possibilities. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 41(4), 235-237. doi: 10.1097/CEH.0000000000000412
- Roy, D. A., Litvak, E. et Paccaud, F. (2010). *Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*. Les éditions du point.

- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D. et Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 132-147. doi: 10.1080/13561820500082677
- Santé Ontario. (2021, 6 mai). Réseau des conseillers des patients et des familles. <https://www.ontariohealth.ca/fr/notre-equipe/representants-des-patients-et-des-familles/reseau-des-conseillers-des-patients-et-des-familles>
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (5e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Scholtes, B., Breinbauer, M., Rinnenburger, M., Voyen, M., Nguyen-Thi, P.L., Ziegler, O., Germain, L., Bohme, P., Baumann, M., Le Bihan, E., Replinger, J-J., Splitz, E., Voz, B., Ortiz-Halabi, I., Dardenne, N., Donneau, A-F., Guillaume, M., Bragard, I. et Pétré, B. (2020). Hospital practices for the implementation of patient partnership in a multi-national european region. *European Journal of Public Health*, 31(1), 73-79. doi: 10.1093/eurpub/ckaa153
- Seale, B. (2016). *Patients as partners – Building collaborative relationships among professionals, patients, carers and communities*. The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Patients_as_partners.pdf
- Sellgren, S.F., Ekvall, G. et Tomson, G. (2008). Leadership behaviour of nurse managers in relation to job satisfaction and work climate. *Journal of nursing management*, 16, 578-587. doi: 10.1111/j.1365-2934.2007.00837.x
- Seshamani, M., Nahum, A. et Descomo, J. (2021). How to effectively engage patients and families in quality improvement: A deep, transparent partnership. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(3), 1-3. doi: 10.1093/intqhc/mzab112
- Sharma, A.E., Huang, B., Knox, M., Willard-Grace, R. et Potter, M.B. (2018). Patient engagement in community health center leadership: How does it happen? *Journal of Community Health*, 43, 1069-1074. doi: 10.1007/s10900-018-0523-z
- Silva, A.A., Facey, K., Bryan, S. et Galato, D. (2021). A framework for action to improve patient and public involvement in health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 38(e8), 1-9. doi: 10.1017/S0266462321000647
- Small, D.C. et Small, R.M. (2011). Patients first! Engaging the hearts and minds of nurses with a patient-centered practice model. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2). doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man02
- Sofolahan-Oladeinde, Y., Newhouse, R.P., Lavallée, D.C., Huang, J.C. et Mullins, C.D. (2017). Early assessment of the 10-steps patient engagement framework for patient-centred

- outcomes research studies: the first three steps. *Family Practice*, 34(3), 272-277. doi: 10.1093/fampra/cmz013
- Souliotis, K. (2016). Patient participation in contemporary health care: promoting a versatile patient role. *Health Expectations*, 19, 175-178. doi: 10.1111/hex.12456
- Spurgeon, P. et Cragg, R. (2007). Is it management or leadership? *Clinician in Management*, 15(3/4), 123-125.
- Stefancyk, A., Hancock, B. et Meadows, M.T. (2013). The nurse manager – Change agent, change coach? *Nursing Administration Quarterly*, 37(1), 13-17. doi: 10.1097/NAQ.0b013e31827514f4
- Stott, K. (2008). Listen to the patient. *Nursing Standard*, 22(20), 61.
- Sveinsdottir, H., Blondal, K., Jonsdottir, H.H. et Bragadottir, H. (2018). The content of nurse unit managers' work: a descriptive study using daily activity diaries. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 32, 861-870. doi: 10.1111/scs.12517
- Tambuyzer, E., Pieters, G. et Van Audenhove, C. (2011). Patient involvement in mental health: one size does not fit all. *Health Expectations*, 17, 138-150. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x
- Tobiano, G., Mashall, A., Bucknall, T. et Chaboyer, W. (2015). Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1107-1120. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010
- Towle, A. et Godolphin W. (2013). Patients as educators: Interprofessional learning for patient-centred care. *Medical Teacher*, 35(3), 219-225. doi: 10.3109/0142159X.2012.737966
- Vanier, M-C., Therriault, P-Y., Lebel, P., Nolin, F., Lefebvre, H., Brault, I, Drouin, E. et Fernandez, N. (2013). Innovating in teaching collaborative practice with a large student cohort at Université de Montréal. *Journal of Allied Health*, 42(4), e97-e106.
- Velji, K., Tyrrell, C., Rice, M., Marshall, A. et Riahi, S. (2017). Patient partnership: One organization's journey. *Nursing Leadership*, 30(3), 93-103. doi: 10.12927/cjnl.2018.25381
- Westcott, L. (2016). How coaching can play a key role in the development of nurse managers. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2669-2677. doi: 10.1111/jocn.13315
- Westfall, J.M. et Zittleman, L.K. (2017). Quandaries in patient and community engagement in research. *Family Practice*, 34(3), 253-255. doi: 10.1093/fampra/cmz047

Yaghobian, M., Navipour, H. et Vanaki, Z. (2020). Competencies of charge nurses: a systematic review and thematic synthesis. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(7), 1225-1231. doi: 10.5455/JPMA.38686

Zarubi, K.L., Reiley, P. et McCarter, B. (2008). Putting patients and families at the center of care. *The Journal Of Nursing Administration*, 38(6), 275-281. doi: 10.1097/01.NNA.0000312789.95717.81

Annexe A : Représentation des titres de participants en fonction de la structure organisationnelle du centre hospitalier

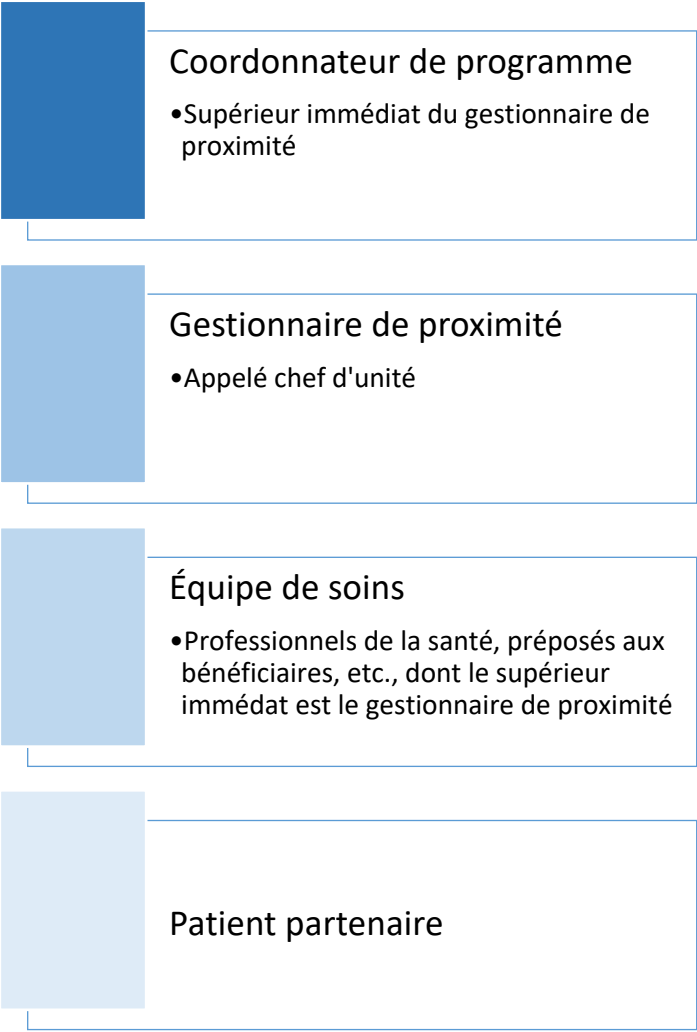


Figure 2. Représentation des titres de participants en fonction de la structure organisationnelle du centre hospitalier

Annexe B : Schéma de l'échantillon initialement souhaité

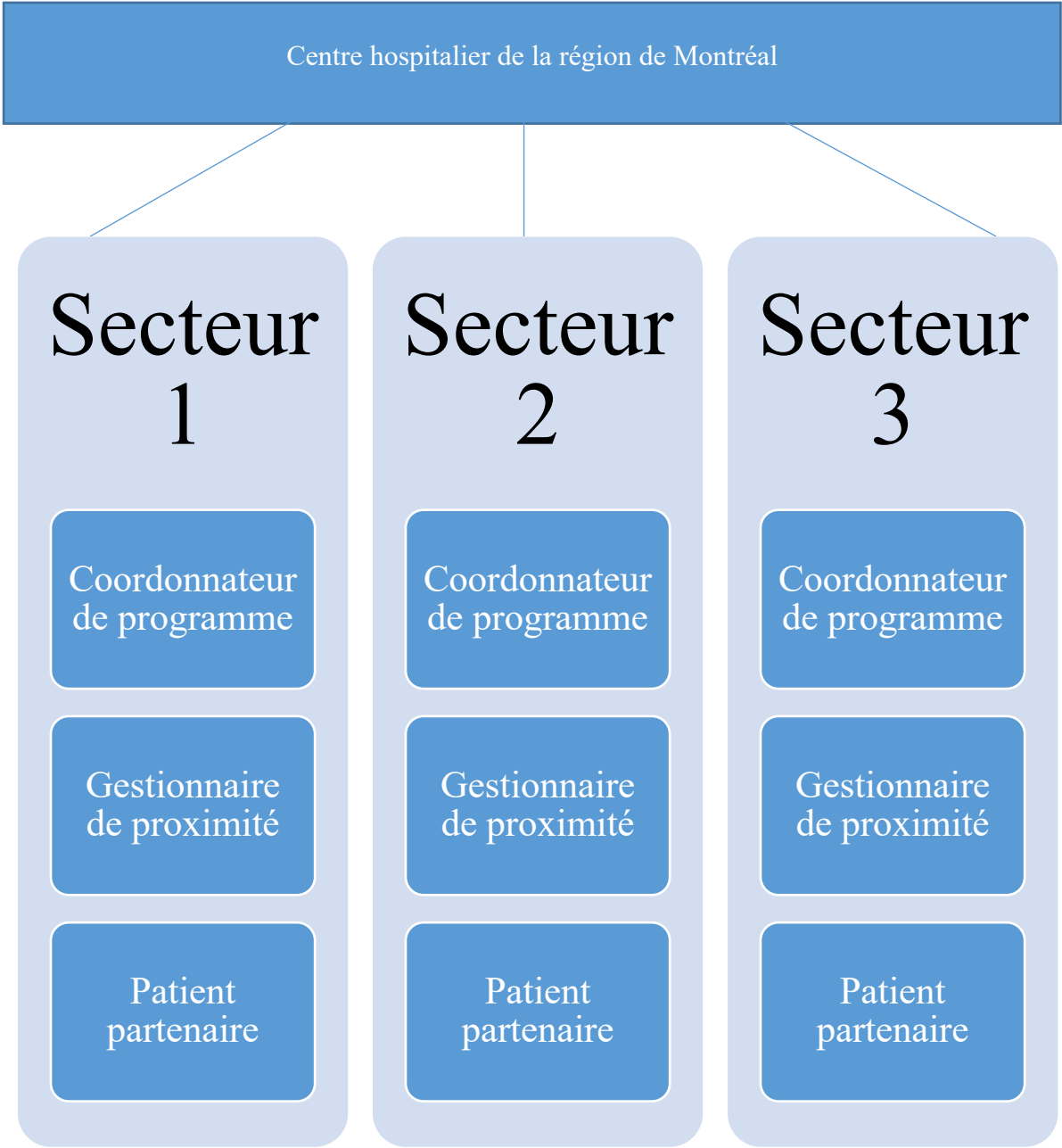


Figure 3. Schéma de l'échantillon initialement souhaité

Annexe C : Guide d'entrevues avec les patients

Guide d'entrevue semi-dirigée

Patients

Ouverture de l'entrevue :

(Rappeler au participant que la durée de l'entrevue sera d'environ 60 minutes, qu'elle sera enregistrée sur bande audio, que les principaux thèmes abordés seront le patient partenaire et le gestionnaire de proximité, s'assurer que le patient consent toujours à sa participation à l'étude et réitérer le droit de se retirer en tout temps)

1. Si vous vous rappelez de votre dernière réunion en tant que patient partenaire, j'aimerais que vous me nommiez des exemples concrets de la place que vous occupiez dans l'équipe de soins.

Thème 1 : Patient partenaire

2. Pour vous, qu'est-ce qu'un patient partenaire ?

3. Parlez-moi de vos expériences de partenariat avec un gestionnaire?

- Si besoin de clarification : avec quel type de gestionnaire vos expériences se sont-elles déroulées?

4. Selon vous, quels sont les bénéfices à vous impliquer comme patient partenaire?

- Selon la réponse fournie : bénéfices pour vous, pour les soins et pour l'organisation des soins

5. Selon vous, quels sont les désavantages à vous impliquer comme patient partenaire ?

6. Qu'est-ce qui pourraient freiner votre implication à titre de patient partenaire?

Avant de poursuivre avec les prochaines questions, expliquer aux participants que le gestionnaire de proximité dans les prochaines questions réfère à une infirmière-chef, un chef d'unité.

7. Quels sont les éléments qui, selon vous, facilitent la mise en place du partenariat entre le gestionnaire de proximité (infirmière-chef) et le patient ?

- Au niveau personnel et professionnel (micro)
- Au niveau de l'unité (méso)
- Au niveau de l'organisation (macro)

8. Quels sont les éléments qui, selon vous, rendent difficile la mise en place du partenariat entre le gestionnaire de proximité (infirmière-chef) et le patient?

- Au niveau personnel et professionnel (micro)
- Au niveau de l'unité (méso)
- Au niveau de l'organisation (macro)

9. En tant que patient, comment percevez-vous votre rôle dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ?

Thème 2 : Gestionnaire de proximité

10. Comment croyez-vous que les gestionnaires de proximité (infirmières-chef) perçoivent le patient partenaire dans leur pratique?

11. Selon vous, parmi les compétences du référentiel de pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016b), lesquelles sont les plus utiles à la pratique de partenariat avec le patient des gestionnaires de proximité (infirmières-chef) ?

12. Selon vous, mis à part les compétences présentes dans le référentiel, quelles compétences et habiletés les gestionnaires devraient-ils développer pour faciliter l'implantation du patient partenaire ?

- Selon vous, quelles sont les compétences que les patients devraient eux aussi développer pour faciliter l'exercice de leur rôle de partenaire ?

13. Selon vous, quels sont les facteurs qui influencent la clarté des rôles et des responsabilités des gestionnaires de proximité dans le partenariat avec le patient?

14. Selon vous, quelles seraient les ressources ou le soutien nécessaire au gestionnaire de proximité (infirmière-chef) pour faciliter l'intégration du patient dans l'organisation ?

15. Quelles seraient vos recommandations pour faciliter la mise en place d'un partenariat entre les gestionnaires de proximité (infirmières-chef) et les patients ?

Fermeture de l'entrevue :

18. Je crois avoir abordé tous les sujets pertinents à mon projet de recherche sur le patient partenaire au niveau organisationnel. Toutefois, avant de clore l'entrevue, j'aimerais savoir si vous souhaitez aborder d'autres thèmes dont nous n'avons pas discuté aujourd'hui, mais qui vous apparaissent importants par rapport au sujet.

Annexe D : Guide d'entrevues avec les gestionnaires

Guide d'entrevue semi-dirigée

Gestionnaires

Ouverture de l'entrevue :

(Rappeler au participant que la durée de l'entrevue sera d'environ 60 minutes, qu'elle sera enregistrée sur bande audio, que les principaux thèmes abordés seront le patient partenaire et le gestionnaire de proximité, s'assurer que le gestionnaire consent toujours à sa participation à l'étude et réitérer le droit de se retirer en tout temps)

1. Si je vous demandais de vous rappeler votre dernière semaine au travail, j'aimerais que vous me parliez de la place du patient dans votre pratique.

Thème 1 : Patient partenaire

2. Selon vous, qu'est-ce qu'un patient partenaire ?

3. Parlez-moi de la façon dont les patients agissent à titre de partenaires dans votre équipe de soins (sens élargi)?

4. Parlez-moi de vos expériences de partenariat avec un patient dans le cadre de vos fonctions de gestionnaire de proximité?

5. Selon vous, quels sont les bénéfices à impliquer le patient partenaire dans votre pratique?

6. Selon vous, quels sont les désavantages à établir un partenariat avec le patient?

7. Quels seraient les facilitateurs à la mise en place du partenariat entre le gestionnaire de proximité (infirmière-chef) et le patient dans votre département?

- Au niveau personnel et professionnel (micro)
- Au niveau de l'unité (méso)

- Au niveau de l'organisation (macro)

8. Quelles seraient les barrières à la mise en place du partenariat entre le gestionnaire de proximité (infirmière-chef) et le patient dans votre département?

- Au niveau personnel et professionnel (micro)
- Au niveau de l'unité (méso)
- Au niveau de l'organisation (macro)

9. Selon vous, quels seraient les avantages pour l'amélioration des soins de santé d'impliquer un patient partenaire dans l'organisation?

Thème 2 : Gestionnaire de proximité

10. Comment croyez-vous que le patient partenaire se positionne dans les priorités organisationnelles de l'hôpital?

11. Comment croyez-vous que l'unicité de chaque gestionnaire peut influencer l'intégration du patient partenaire?

- Si silence : comment croyez-vous que vos valeurs, de vos traits de personnalité et vos expériences antérieures pourraient influencer le partenariat ?

12. Selon vous, parmi les compétences du référentiel de pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016b), lesquelles sont les plus utiles à la pratique de partenariat avec le patient des gestionnaires de proximité (infirmières-chef)?

13. Selon vous, mis à part les compétences présentes dans le référentiel, quelles compétences ou habiletés supplémentaires les gestionnaires devraient-ils développer pour les aider à intégrer le patient partenaire dans leur pratique?

14. Selon vous, quels sont les facteurs qui influencent la clarté de vos rôles et responsabilités dans le partenariat avec le patient?

15. Selon vous, quelles seraient les ressources nécessaires ou le soutien requis pour faciliter l'intégration du patient dans l'organisation?

- Qu'est-ce qui, selon vous, pourrait vous aider à utiliser votre plein potentiel dans l'intégration du patient partenaire dans votre pratique?

16. Quelles seraient vos recommandations pour faciliter la mise en place d'un partenariat entre les gestionnaires de proximité (infirmières-chef) et les patients ?

Fermeture de l'entrevue :

17. Je crois avoir abordé tous les sujets pertinents à mon projet de recherche sur le patient partenaire au niveau organisationnel. Toutefois, avant de clore l'entrevue, j'aimerais savoir si vous souhaitez aborder d'autres thèmes dont nous n'avons pas discuté aujourd'hui, mais qui vous apparaissent importants par rapport au sujet?

Annexe E : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche : Intégrer le patient partenaire dans l'administration des services infirmiers : Une étude exploratoire descriptive

Chercheur responsable du projet de recherche : Anika Dallaire, étudiante à la maîtrise en administration des services infirmiers, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Co-chercheur(s)/site(s) : Isabelle Brault, Ph.D., directrice de recherche, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Installation(s) ou site(s) :



INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le but de ce projet est de d'explorer les perceptions des chefs d'unité, des patients partenaires et des coordonnateurs de services par rapport au rôle du chef d'unité dans l'implantation du concept de patient partenaire. Le but de ce projet consiste aussi à explorer les éléments facilitant et restreignant le partenariat entre les chefs d'unité et les patients partenaires. Finalement, ce projet vise aussi à

explorer les compétences requises par les chefs d'unité pour faciliter l'implantation du partenariat avec le patient en administration des services infirmiers.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter neuf participants, hommes et femmes, âgés de plus de 18 ans.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche se déroulera à [REDACTED]

1. Durée et nombre de visites

Votre participation à ce projet de recherche consiste en une seule visite. Cette visite sera d'une durée de 60 minutes.

2. Nature de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consistera à être disponible à une reprise pour une entrevue d'environ 60 minutes. Cette entrevue aura lieu dans un endroit calme et neutre qui vous convient, selon vos disponibilités. Durant cette entrevue, les questions auxquelles vous aurez à répondre porteront sur votre expérience personnelle à titre de patient partenaire ou de gestionnaire et sur votre perception de l'implantation du patient partenaire au niveau de l'administration des services infirmiers dans le service auquel vous êtes affilié à l'hôpital [REDACTED]. Une semaine avant l'entrevue, une liste des thèmes abordés vous sera remise afin de faciliter votre réflexion. L'entrevue sera aussi enregistrée sur une bande audio, à l'aide d'un enregistreur numérique. Quelques jours après l'entrevue, un bref résumé de la synthèse de vos propos par l'étudiante-chercheuse vous sera aussi envoyé afin de valider sa compréhension.

AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Vous ne retirerez pas de bénéfices de votre participation à ce projet de recherche. Cependant, nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine et au développement de meilleurs traitements pour les patients.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Outre le temps de participation et de déplacement, vous pourriez également ressentir de la fatigue ou du stress en raison de l'effort de réflexion requis et de l'importance que vous accordez à ce projet.

Les risques associés à ces facteurs sont faibles puisque les patients ne seront pas en phase aiguë de leur maladie et le but de l'entrevue n'est pas de parler de leur expérience de santé. Aussi, le projet ne vise d'aucune façon l'évaluation du travail des gestionnaires. Cependant, comme ces risques (fatigue et stress) peuvent être présents, l'étudiante-chercheuse aura en main les coordonnées des trois services psychosociaux desservant le territoire du CIUSSS associé au centre hospitalier afin de mettre un service de soutien à votre disposition, en cas de besoin.

Étant donné le faible nombre de participants et la proximité des participants potentiels, des mécanismes de protection supplémentaires ont été mis en place afin de réduire les risques de reconnaissance croisée. Lors de la présentation des résultats, l'étudiante-chercheuse regroupera les propos de chaque type de participants, c'est-à-dire patients partenaires, gestionnaires de proximité et coordonnateurs de service, plutôt que les propos globaux d'une même triade. Ainsi, les relations ou les dynamiques spécifiques à une triade ne seront pas divulguées dans les résultats. De plus, l'étudiante-chercheuse s'assurera aussi de ne pas présenter les propos de chaque participant d'une même triade dans un ordre chronologique, soit dans la section patients partenaires, les propos du patient partenaire de la triade 1, dans la section du gestionnaire de proximité, les propos du gestionnaire de proximité de la triade 1 et dans la section coordonnateurs de service, les propos du coordonnateur de service de la triade 1 et ainsi de suite. Ainsi, cela évite la traçabilité des propos de chaque participant.

Aussi, dans ce projet, l'étude des relations entre les différents participants d'une triade est importante alors il est primordial que trois participants proviennent d'un même service. Cela fait donc en sorte qu'il est possible, si un seul gestionnaire de proximité collabore avec un patient partenaire, que le coordonnateur de service sache que c'est lui qui participera à la recherche. Le même raisonnement s'applique pour un gestionnaire de proximité qui collabore uniquement avec un seul patient partenaire. Ainsi, par déduction, il sera possible pour les participants d'une même triade de connaître l'identité des autres participants de cette triade. Les entrevues seront toutefois faites de façon individuelle et la confidentialité de leurs propos sera assurée par l'étudiante-chercheuse, et ce tout au long de l'étude. Finalement, les risques d'affecter les relations de travail et de soins seront presque nuls.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation

avec les équipes qui les dispensent.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [REDACTED], l'organisme subventionnaire ou le commanditaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre des renseignements personnels tels votre sexe, votre date de naissance, votre origine ethnique, votre fonction dans l'hôpital (patient, chef d'unité ou coordonnateur de services), le nombre d'années d'expérience à cette fonction et le secteur de services auquel vous êtes rattaché.

Les bandes audio enregistrées lors de l'entrevue seront aussi un type de données nécessaire à utiliser pour répondre aux objectifs du projet. Aussi, les observations de l'étudiante-chercheuse lors de l'entrevue pourront aussi être utilisées. Les données manuscrites ou non-informatisées seront conservées sous forme papier tandis que les transcriptions et autres données informatisées seront conservées sur un disque dur et seront aussi protégés par un mot de passe connu uniquement par l'étudiante-chercheuse et sa directrice de recherche. Le disque dur ainsi que toutes les données manuscrites ou non-informatisées seront conservées, en sécurité, dans un classeur métallique barré à clé et dont la clé sera conservée par l'étudiante-chercheuse et sa directrice de recherche. Ce classeur sera situé dans le bureau de la directrice de recherche de l'étudiante-chercheuse, à l'Université de Montréal.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiante-chercheuse responsable de ce projet de recherche et sa directrice de recherche. De plus, sept ans après la fin du projet de recherche, toutes les données de recherche seront détruites.

Les données de recherche codées pourront être transmises par l'étudiante-chercheuse à Madame Isabelle Brault (directrice de recherche). Cependant, le chercheur responsable et les personnes à qui il transmettra les données de recherche sont tenus de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada, et ce, quels que soient les pays.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins sept ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par l'établissement de santé ou par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [REDACTED]. Ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Par ailleurs, l'accès à certaines informations avant la fin de l'étude pourrait impliquer que vous soyez retiré du projet afin d'en préserver l'intégrité.

COMPENSATION

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec une personne de l'équipe de recherche au numéro suivant : [REDACTED]

En cas de détresse psychologique, veuillez contacter Info-social au 8-1-1 poste 2 ou les services psychosociaux du CIUSSS [REDACTED] en appelant le CLSC le plus près de chez vous ou rendez-vous aux urgences de l'hôpital le plus proche.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS [REDACTED] au [REDACTED], poste [REDACTED].

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS [REDACTED] a approuvé le projet et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au [REDACTED], poste [REDACTED].

Titre du projet de recherche : Intégrer le patient partenaire dans l'administration des services infirmiers : Une étude exploratoire descriptive

SIGNATURES

Signature du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant	Signature	Date
---------------------------------	-----------	------

Signature de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date
---	-----------	------

Engagement du chercheur responsable

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche	Date
---	------