

Université de Montréal

**L'agence en oncologie de l'Ontario : actifs
organisationnels et professionnels à l'amélioration des
soins et des services**

par

Isabelle Brault

Département d'Administration de la Santé

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D)
en santé publique
option gestion des services de santé

Février 2012

© Isabelle Brault, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

L'agence en oncologie de l'Ontario : actifs organisationnels et professionnels à
l'amélioration des soins et des services

présentée par :
Isabelle Brault

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Claude Sicotte, président-rapporteur
Jean-Louis Denis, directeur de recherche
Régis Blais, membre du jury
Robert Geneau, examinateur externe
Pierre Verrier, représentant du doyen de la FES

Résumé

Cette thèse s'intéresse à l'amélioration des soins et des services de santé et touche aux relations entre 3 grands thèmes de l'analyse des organisations de santé : la gouvernance, le changement et les pratiques professionnelles. En nous appuyant sur l'analyse organisationnelle contemporaine, nous visons à mieux comprendre l'interface entre l'organisation et les pratiques cliniques. D'une part, nous souhaitons mieux comprendre comment l'organisation structure et potentialise les pratiques des acteurs. D'autre part, dans une perspective d'acteurs stratégiques, nous souhaitons mieux comprendre le rôle des pratiques des professionnels dans l'actualisation de leur profession et dans la transformation et l'évolution des organisations. Notre étude se fonde sur l'hypothèse qu'une synergie accrue entre l'organisation et les pratiques des professionnels favorisent l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé.

En 2004, le gouvernement ontarien entreprend une importante réforme des soins et services dans le domaine du cancer et revoit les rôles et mandats du Cancer Care Ontario, l'organisation responsable du développement des orientations stratégiques et du financement des services en cancer dans la province. Cette réforme appelle de nombreux changements organisationnels et cliniques et vise à améliorer la qualité des soins et des services dans le domaine de l'oncologie. C'est dans le cadre de cette réforme que nous avons analysé l'implantation d'un système de soins et de services pour améliorer la performance et la qualité et analysé le rôle des pratiques professionnelles, spécifiquement les pratiques infirmières, dans la transformation de ce système.

La stratégie de recherche utilisée correspond à l'étude approfondie d'un cas correspondant à l'agence de soins et de services en oncologie en Ontario, le Cancer Care Ontario, et des pratiques professionnelles infirmières évoluant dans ce modèle. Le choix délibéré de ce cas repose sur les modalités organisationnelles spécifiques à l'Ontario en termes de soins en oncologie. La collecte de données repose sur 3 sources principales : les

entrevues semi-structurées (n=25), l'analyse d'une abondante documentation et les observations non participatives. La thèse s'articule autour de trois articles.

Le premier article vise à définir le concept de gouvernance clinique. Nous présentons l'origine du concept et définissons ses principales composantes. Concept aux frontières floues, la gouvernance clinique est axée sur le développement d'initiatives cliniques et organisationnelles visant à améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité des patients. L'analyse de la littérature scientifique démontre la prédominance d'une vision statique de la gouvernance clinique et d'un contrôle accentué des pratiques professionnelles dans l'atteinte de l'efficacité et de l'excellence dans les soins et les services. Notre article offre une conception plus dynamique de la gouvernance clinique qui tient compte de la synergie entre le contexte organisationnel et les pratiques des professionnels et soulève les enjeux liés à son implantation.

Le second article s'intéresse à l'ensemble des leviers mobilisés pour institutionnaliser les principes d'amélioration continue de la qualité dans les systèmes de santé. Nous avons analysé le rôle et la portée des leviers dans l'évolution du système de soins en oncologie en Ontario et dans la transformation des pratiques cliniques. Nos données empiriques révèlent 3 phases et de nombreuses étapes dans la transformation du système. Les acteurs en position d'autorité ont mobilisé un ensemble de leviers pour introduire des changements. Notre étude révèle que la transformation du Cancer Care Ontario est le reflet d'un changement radical de type évolutif où chacune des phases est une période charnière dans la transformation du système et l'implantation d'initiatives de qualité.

Le troisième article pose un regard sur un levier spécifique de transformation, celui de la communauté de pratique, afin de mieux comprendre le rôle joué par les pratiques professionnelles dans la transformation de l'organisation des soins et ultimement dans le positionnement stratégique de la profession infirmière. Nous avons analysé les pratiques infirmières au sein de la communauté de pratique (CDP) des infirmières en pratique

avancée en oncologie. En nous appuyant sur la théorie de la stratégie en tant que pratique sociale, nos résultats indiquent que l'investissement de la profession dans des domaines stratégiques augmente les capacités des infirmières à transformer leurs pratiques et à transformer l'organisation. Nos résultats soulignent le rôle déterminant du contexte dans le développement de capacités stratégiques chez les professionnels. Enfin, nos résultats révèlent 3 stratégies émergentes des pratiques des infirmières : une stratégie de développement de la pratique infirmière en oncologie, une stratégie d'institutionnalisation des politiques de la CDP dans le système en oncologie et une stratégie de positionnement de la profession infirmière.

Les résultats de notre étude démontrent que l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé est située. L'implantation de transformations dans l'ensemble d'un système, tel que celui du cancer en Ontario, est tributaire d'une part, des capacités d'action des acteurs en position d'autorité qui mobilisent un ensemble de leviers pour introduire des changements et d'autre part, de la capacité des acteurs à la base de l'organisation à s'approprier les leviers pour développer un projet professionnel, améliorer leurs pratiques professionnelles et transformer le système de soins.

Mots-clés : Gouvernance clinique, changement de pratiques, organisation, pratiques professionnelles, services en oncologie, infirmières

Abstract

This thesis looks at the improvement of health and social services and touches upon the three major themes in the analysis of healthcare organizations: governance, change and professional practice. Based on contemporary organizational analysis, our aim is to better understand the interface between the organization and clinical practices. On the one hand, we wish to better understand how an organization structures and potentiates actors' practices. On the other hand, from the perspective of strategic actors, we wish to better understand how professional practices contribute to the actualization of their professions and to the transformation and evolution of organizations. Our study is based on the hypothesis that a heightened synergy between the organization and professional practices stimulates improvement in the quality of healthcare and services.

In 2004, the Ontario government undertook a major healthcare system reform in the cancer field and reviewed the roles and mandates of Cancer Care Ontario, the organization responsible for developing strategic orientations and for the funding of cancer services in the province. This reform called for many organizational changes and transformations in clinical practices, with the aim of improving the quality of cancer care and services. It was in the context of this reform that we analyzed the implementation of a system of care and services to improve performance and quality, as well as the role of professional practices, specifically nursing practices, in transforming this system.

The research strategy we used was an in-depth case study, the case being the Ontario system of cancer care and services and the nursing professional practices that developed within this model. We deliberately selected this case based on organizational modalities that are specific to Ontario with regard to oncology. For data collection we used three main sources: semi-structured interviews (N = 25), analysis of an abundance of documentation, and non-participative observations. The thesis is organized around three articles.

The first article aims to define the concept of clinical governance. We present the origin of the concept and define its principal components. A concept whose delineation is somewhat vague, clinical governance focuses on the development of clinical and organizational initiatives aimed at improving the quality of healthcare services and patient safety. Analysis of the scientific literature revealed the predominance of a static view of clinical governance and an emphasis on controlling professional practices to achieve clinical performance and organizational excellence. This article offers a more dynamic conception of clinical governance that takes into account the synergy between organizational context and professional practices and raises a number of issues related to its implementation.

The second article examines the various levers mobilized to institutionalize the principles of continuous quality improvement in healthcare systems. We analyzed the role and the scope of levers in the evolution of Ontario's cancer care system and in the transformation of clinical practices. Our empirical data showed three phases and many steps in the system's transformation in which actors in positions of authority mobilized levers to introduce changes. Our study revealed that the transformation of Cancer Care Ontario reflected a radical evolutionary change, each phase of which was a pivotal period in the evolution and implementation of a system to improve the quality of oncology care and services and enabled levers to be mobilized at all levels of the system.

The third article examines one specific lever for transformation, that of the community of practice, to better understand the role of professional practices in transforming the organization of care and ultimately in the strategic positioning of the nursing profession. We analyzed nursing practices in the practice community of oncology advanced practice nurses (APNs). Basing ourselves on the conceptual framework of strategy as social practice, our results indicated that the profession's investment in strategic areas increased nurses' capacities to transform both their practices and the organization. Our results also underscored the determinant role of context in the development of strategic capacities among professionals. Finally, our results revealed three emergent strategies in

nurses' practice: a development strategy for oncology nursing practice, a strategy for institutionalizing APN policies within the oncology system, and a strategy for positioning the nursing profession.

The results of our study showed that healthcare quality improvement is situated. Transforming an entire system, such as Ontario's cancer care system, depends, on one hand, on the capacity for action of actors in positions of authority who mobilize a variety of levers to introduce change; and on the other hand, on the actors at the organization's base adopting levers in their own clinical practices to develop a professional plan and, at the same time, transform the system in which they are evolving.

Keywords : clinical governance, changes in practice, organization, cancer services, professional practices, nurses

Table des matières

Remerciements	xv
Chapitre 1 Introduction	17
1.1 Problématique de recherche	17
1.2 Objectif général de la recherche.....	20
1.3 Contexte de l'étude	21
Chapitre 2 État des connaissances.....	26
2.1 L'organisation des soins et services dans le domaine de l'oncologie.....	26
2.2 La gouvernance clinique	30
2.2.1 Les leviers de gouvernance clinique	37
2.3 L'activité stratégique des professionnels	42
Chapitre 3 Cadres de référence	47
Chapitre 4 Méthodologie	54
4.1 Stratégie de recherche et devis retenu.....	54
4.2 Sélection du cas à l'étude.....	55
4.3 Sources de données	56
4.4 Analyse des données	62
4.5 La crédibilité des résultats (validité interne).....	62
4.6 Transférabilité (validité externe).....	63
Chapitre 5 Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé (Article 1).....	65
Abrégé.....	66
Introduction et problématique.....	68
Enjeux associés à la gouvernance clinique	72
Qu'entend-on par gouvernance et qu'est-ce que la clinique?	74
Discussion : repenser la gouvernance clinique	78

Conclusion	81
Références	83
Chapitre 6 La réforme des services en oncologie en Ontario : les leviers de gouvernance clinique en soutien aux changements (Article 2)	85
Abrégé	85
Introduction	86
Les leviers de gouvernance clinique	90
Modèle conceptuel de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique	95
Méthodologie	97
Contexte de l'étude	99
Résultats	100
Discussion : la mobilisation des leviers de gouvernance clinique dans le système de soins en oncologie de l'Ontario	119
Conclusion	128
Références	130
Chapitre 7 La pratique de l'activité stratégique en milieu professionnel : le cas des pratiques infirmières en oncologie de l'Ontario (Article 3)	135
Abrégé	135
Introduction et problématique	136
Cadre théorique : La stratégie en tant que pratique sociale	139
Méthodologie	143
Analyse des données	144
Résultats	146
Discussion	168
Conclusion	172
Références	174
Chapitre 8 Discussion	178
Chapitre 9 Conclusion	188

Bibliographie complète	189
Annexe 1 : Formulaires de consentement aux entrevues semi-structurées et à l'observation non participante	I
Annexe 2 : Guide d'entrevues semi-structurées.....	XIV
Annexe 3 : Cancer Care Reform in Ontario: Using Clinical Governance Levers to Support Change	XX

Liste des tableaux

Tableau 1 Contenu des 3 articles	53
Tableau 2 Sources de données dans l'analyse du niveau stratégique et opérationnel .	57
Tableau 3 Liste des documents consultés.....	60
Tableau 4 Comités et réunions observés.....	61
Tableau 5 Domaines d'investissements stratégiques (Praxis).....	151
Tableau 6 Règlements de la communauté de pratique des infirmières en pratique avancée.....	152
Tableau 7 Intranet de la Communauté de pratique - CDP Webex.....	155
Tableau 8 Les groupes de travail de la CDP.....	156
Tableau 9 Les objectifs du programme de mentorat.....	157

Liste des figures

Figure 1 Composantes de la gouvernance clinique, inspirées de Scally & Donaldson (1998) & Starey (2003).	32
Figure 2 Modèle conceptuel pour la mobilisation des leviers de gouvernance clinique	49
Figure 3 Cadre théorique de la stratégie en tant que pratique sociale (Jarzabkowski et al. 2007)	50
Figure 4 Composantes de la gouvernance clinique	70
Figure 5 Modèle renouvelé de gouvernance clinique	80
Figure 6 Modèle conceptuel de la mobilisation des leviers de gouvernance clinique ..	97
Figure 7 Les phases de la transformation du système de soins en oncologie	100
Figure 8 Modèle de prestation des soins et services en oncologie en Ontario	107
Figure 9 Cadre conceptuel pour l'analyse de la stratégie en tant que pratique sociale (Jarzabkowski et al. 2007)	141
Figure 10 Modèle de prestation des soins et services en oncologie en Ontario	148

À mes très chers parents

Remerciements

Mes remerciements les plus sincères vont à mon directeur de recherche, le professeur Jean-Louis Denis pour son soutien constant durant ce long parcours doctoral. Merci pour les réflexions intellectuelles, la disponibilité et les nombreuses révisions.

Cette aventure doctorale n'aurait pas été possible sans le soutien financier du Centre de formation, d'expertise et de recherche en administration des services infirmiers (FERASI), de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé (AETMIS maintenant INESSS) et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Merci à toute l'équipe de l'AETMIS pour l'accueil lors de ma résidence de recherche et merci de m'avoir guidée dans les processus de recherche et d'évaluation.

Merci au Cancer Care Ontario et plus particulièrement à M. Terry Sullivan pour l'accès grand ouvert à cette plus qu'intéressante organisation. Merci à toutes les personnes qui ont participé à cette recherche et qui ont partagé avec générosité leurs savoirs et expériences face aux questions posées dans cette étude.

Merci à mes nombreux collègues de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour leur soutien et l'apprentissage de la vie académique.

Merci à mes amis et collègues du doctorat Mylaine Breton, Frédéric Gilbert et Roxane Borgès Da Silva. Qu'aurait été ce parcours sans vous? Merci d'avoir partagé soupers, journées à la Grande Bibliothèque de Montréal et discussions animées.

À ma famille, Papa, Maman, Alain, Marilyn et Gabrielle, merci pour votre appui et vos encouragements. Merci à mon amie France Guérin pour ton écoute et ta pétillante énergie.

Merci à Stéphane Turcot pour ton soutien et tes encouragements. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue dans les derniers kilomètres de ce long sprint.

Merci aussi au fabuleux monde du cyclisme qui m'a servi à la fois d'exutoire et de ressourcement durant mon parcours doctoral. Merci à tous ceux que j'ai rencontrés *via* ce sport et avec qui j'ai roulé des milliers de kilomètres sur les routes du Québec et des États-Unis.

Chapitre 1 Introduction

1.1 Problématique de recherche

Les États modernes tentent délibérément de réformer les services de santé selon des critères d'efficacité et d'efficience (Saltman & Figueras, 1998). Au Canada, l'amélioration de la qualité et la recherche de la performance dans les soins et services de santé a fait l'objet de nombreuses commissions d'étude sur les systèmes de santé (CESSS, 2000; Fyke, 2001; Kirby, 2002; Romanow, 2002). Au Royaume-Uni, les travaux sur la gouvernance clinique rallient l'ensemble des approches sur la qualité des soins et proposent une vision intégrée et globale de la qualité dans le domaine de la santé (Halligan & Donaldson, 2001). Certains auteurs affirment que le premier pas vers l'atteinte d'un haut niveau de performance dans un système de santé est de reconnaître la qualité comme une propriété du système et non seulement comme une caractéristique des individus (Baker et al., 2008). De plus en plus, l'obligation de rendre compte est au cœur des initiatives de qualité (Buetow & Roland, 1999) et confère aux organisations et aux professionnels une responsabilité conjointe dans l'atteinte des principes d'excellence et d'efficience dans les soins et les services (Wallace, Freeman, Latham, Walshe, & Spurgeon, 2001). Plusieurs auteurs évoquent la nécessité d'implanter un ensemble de caractéristiques organisationnelles pour optimiser la qualité des soins et des services de santé (Baker et al., 2008; Berwick, 2002; Scally & Donaldson, 1998). D'autres soulignent l'importance d'agir au niveau des pratiques cliniques pour améliorer les soins (Contandriopoulos, Denis, Touati, & Rodriguez, 2001).

Dans cette thèse, nous posons l'hypothèse que l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé repose sur l'intégration des perspectives organisationnelles et cliniques des organisations et qu'elle nécessite un ensemble de transformations. D'une part, le contexte doit présenter des caractéristiques pouvant instrumenter la pratique des professionnels et d'autre part, les professionnels doivent s'investir dans le renouvellement de l'organisation pour favoriser l'amélioration des soins et des services.

Plusieurs auteurs affirment que l'introduction de changement dans les organisations de santé est souvent difficile (Champagne, 2002; Contandriopoulos, 2003; Denis, 2002). Ces difficultés peuvent s'expliquer par la nature même des organisations de santé. Dans ces organisations professionnelles (Mintzberg, 1989), dites aussi pluralistes (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Denis, Lamothe, & Langley, 2006), l'autonomie des acteurs, le pouvoir diffus entre les différents groupes et les objectifs divergents poursuivis par ces derniers favorisent l'inertie. Pour introduire des changements dans les organisations de santé, certains auteurs ont proposé d'utiliser des leviers (Denis et al., 2006), des instruments ou des outils de gouvernance (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Salamon, 2002). La mobilisation de ces leviers favorise la transformation du contexte organisationnel qui peut potentialiser l'agir des professionnels. D'autres auteurs accordent un potentiel de transformations organisationnelles associées aux pratiques des acteurs sociaux (Feldman, 2000; Feldman, 2004; Feldman & Pentland, 2003; Samra-Fredericks, 2003; Wilson & Jarzabkowski, 2004). Certains soulignent que les pratiques des acteurs permettent de maintenir et de modifier les pratiques considérées légitimes dans un champ d'exercice et les frontières entre les individus et les groupes (Zietsma & Lawrence, 2010).

En Ontario, plusieurs initiatives ont été implantées dans le but d'institutionnaliser des pratiques d'amélioration continue de la qualité des soins et des services dans le domaine de l'oncologie. Ces initiatives visent à faire face à plusieurs enjeux : à l'incidence du cancer qui augmente, à répondre aux problèmes de coordination et d'intégration des soins et services, au manque d'intégration de lignes directrices dans les pratiques cliniques et aux difficultés d'accès aux soins pour les patients en attente de chirurgie ou de radiothérapie (Ministry of Health of Ontario, 1994). Les initiatives proposées sont nombreuses et comprennent la restructuration des services, la transformation des mandats de l'agence en oncologie (le Cancer Care Ontario), la création du Conseil de la qualité des soins en oncologie, l'implantation du *Cancer Quality Index* et la mesure de la performance, l'implantation du Plan en cancer de l'Ontario, le développement d'un cycle d'amélioration de la performance, l'implantation d'un programme de soins fondés sur les évidences

scientifiques, l'adoption d'une stratégie de réduction des temps d'attente par le Conseil de la qualité des soins en oncologie (Schwartz, Evans, Sullivan, & Angus, 2004), etc. Ces nombreuses initiatives organisationnelles et professionnelles d'amélioration de la qualité et de la performance des services en oncologie ont produit plusieurs bénéfices tels que la réduction des temps d'attente : entre 2004 et 2006, le temps d'attente moyen pour la radiothérapie est passé de 6 semaines à 4,1 semaines (Cancer Care Ontario, 2011), l'augmentation des taux de survie de plusieurs types de cancers (Cancer Care Ontario, 2009) et l'amélioration de la performance par une meilleure intégration des services (Dobrow et al., 2009).

De nombreux travaux ont souligné la complexité de l'organisation des services en oncologie qui doit couvrir un large spectre d'interventions allant de la prévention du cancer aux soins palliatifs (Organisation mondiale de la Santé, 2002; Société canadienne du cancer, 2006). Dans la trajectoire de soins du patient, les professionnels sont appelés à intervenir tout au long de ce continuum de soins. Certains auteurs ont souligné le rôle central joué par les infirmières dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer (Department of Health, 1995, 2000; Ferrell, Virani, Smith, & Juarez, 2003; Fitch & Mings, 2003) et dans la continuité des soins par le développement de partenariats avec les équipes de soins à tous les niveaux des services (Department of Health, 2000).

Le système de soins en oncologie s'avère pour nous un cas révélateur d'efforts délibérés d'institutionnalisation de processus organisationnels et professionnels d'amélioration de la qualité et de la performance dont nous pouvons tirer des leçons pour le Québec et la gestion des systèmes de santé. Dans le cadre de cette étude, nous avons analysé le rôle de l'agence provinciale responsable du système de soins et de services en oncologie dans la province canadienne de l'Ontario dans l'implantation d'initiatives de qualité et le rôle des professionnels dans l'évolution de ce système et dans la transformation des pratiques professionnelles. C'est dans cette perspective globale d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé que s'inscrit cette thèse.

1.2 Objectif général de la recherche

L'objectif général de cette thèse est de mieux comprendre les caractéristiques organisationnelles et professionnelles associées à l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé. Pour ce faire, nous souhaitons mieux comprendre :

- L'interface entre l'organisation et les pratiques cliniques
- Le rôle de différents leviers d'action dans l'implantation de processus d'amélioration de la qualité des soins et des services
- Le rôle des pratiques professionnelles dans le développement des professions et dans la transformation de l'organisation

De façon plus précise, cette thèse vise à comprendre le phénomène complexe de l'interaction entre deux logiques distinctes et souvent opposées présentes dans les systèmes de santé : la logique de gestion et la logique professionnelle. Dans la prochaine section, nous décrivons le contexte dans lequel s'inscrit cette étude.

1.3 Contexte de l'étude

L'Ontario compte plus de 65 ans d'innovation dans le domaine de l'oncologie. Les premières initiatives d'amélioration des soins et services remontent à 1943 par l'adoption par le gouvernement ontarien de la loi en cancer qui détermine les règles d'organisation et de fonctionnement (L.R.O 1990 Chapitre C.1) et par la création de l'*Ontario Cancer Treatment and Research Foundation*. L'Ontario connaît une première crise en matière des soins en oncologie au début des années 1990 et rend public le rapport *Life to Gain : A Cancer Strategy for Ontario*. Ce rapport publié en 1994 souligne les problèmes de coordination des soins et d'intégration des services, le manque de lignes directrices pour la pratique clinique et les difficultés d'accès aux soins pour les patients en attente de chirurgie ou de radiothérapie (Ministry of Health of Ontario, 1994). En 1997, le Cancer Care Ontario est créé pour résoudre ces problématiques et favoriser une meilleure intégration des services en oncologie. La création du Cancer Care Ontario vient remplacer le *Cancer Treatment and Research Foundation* et devient l'agence provinciale de soins en oncologie. Le Cancer Care Ontario agit à titre de conseiller principal auprès du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée en matière de soins pour le domaine de l'oncologie. Les règlements de la Loi sur le cancer régissent le Cancer Care Ontario qui est imputable au Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

En 2001, en réponse à une 2e crise reliée au temps d'attente pour les chirurgies et les traitements contre le cancer en Ontario, le gouvernement ontarien commande la mise en place d'un comité ministériel pour se pencher sur cette problématique et examiner le rôle et les mandats du Cancer Care Ontario. Le rapport du comité recommande d'entreprendre une importante restructuration et de créer le Conseil de la qualité des soins en oncologie en Ontario (Sullivan, Dobrow, Thompson, & Hudson, 2004). Le gouvernement ontarien entreprend cette restructuration et modifie substantiellement les rôles et les mandats de l'agence provinciale en oncologie, le Cancer Care Ontario. Auparavant dispensateur de soins et de services via les centres régionaux en oncologie, le Cancer Care Ontario détient,

depuis 2004, le pouvoir et la responsabilité d'acheter des services auprès des organisations dispensant des soins (Sullivan et al., 2004). Avec cette réforme, le Cancer Care Ontario devient responsable de la planification et du développement des orientations stratégiques et gestionnaire de la performance du système en oncologie. Il doit informer le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario sur tout ce qui traite de l'oncologie dans la province. Le Cancer Care Ontario devient la seule organisation de ce type au Canada. Dans son processus de restructuration, le Cancer Care Ontario a adopté la vision suivante : « Travailler ensemble pour créer le meilleur système en oncologie au monde » et sa mission est « améliorer la performance du système en oncologie par la qualité, l'imputabilité et l'innovation dans tous les services reliés à l'oncologie ». Ces énoncés deviennent le moteur de la réorganisation du Cancer Care Ontario et de son positionnement dans le système de santé de la province. Ces changements introduisent une nouvelle philosophie de gestion de la performance qui s'appuie sur les bases déjà existantes des soins fondés sur les évidences scientifiques (Greenberg, Angus, Sullivan, & Brown, 2005). Ainsi, l'ensemble des actions du Cancer Care Ontario vise à construire un système performant de soins et de services en oncologie où la recherche est au cœur des interventions (Greenberg et al., 2005). Parmi les nombreuses transformations du système en oncologie, le Cancer Care Ontario doit procéder à l'intégration des centres en oncologie dans les hôpitaux régionaux auxquels ils sont affiliés. Cette intégration implique le déplacement de ressources humaines, matérielles et financières du CCO vers les hôpitaux régionaux et vise l'implantation d'un programme régional intégré de soins en oncologie pour les 14 régions de la province. Le Cancer Care Ontario termine le processus d'intégration des centres en cancer au sein des hôpitaux régionaux en 2004.

La gestion de la performance et de la qualité du système est sous la responsabilité du Conseil de la qualité des soins en oncologie en Ontario. Cet organisme est responsable du développement des indicateurs de la performance du système. Créé suite aux recommandations du comité ministériel (Hudson, 2001), le Conseil de la qualité a aussi pour mandat de faire rapport publiquement sur la qualité et la performance des services en

cancer dans la province (Sullivan, Dobrow, Thompson, Hudson 2004). Le développement des indicateurs de performance s'effectue selon le plan stratégique du Cancer Care Ontario et les 5 grandes orientations stratégiques du système en oncologie. Ces orientations sont l'accessibilité, la mesure des interventions, les évidences scientifiques, l'efficience et la productivité du système. Les indicateurs de performance sont définis conjointement par le CCO et le Conseil de la qualité des soins en oncologie. En 2005, le CCO annonce la création d'un système de gestion de la performance, le Cancer Quality Index (Sullivan, Thompson, & Angus, 2005). Ce système permet de mesurer les progrès réalisés dans chacune des régions de la province en fonction des indicateurs et devient le précurseur d'un cycle de gestion de la performance qui s'appuie sur les données recueillies dans les différentes sphères stratégiques (Sullivan et al., 2005). En plus de l'introduction du Cancer Quality Index, l'Ontario devient la première juridiction Nord-Américaine à introduire un système électronique qui permet de comptabiliser les pathologies en cancer en temps réel soit directement de l'hôpital au registre oncologique central. Ce registre comptabilise l'incidence des différents types de cancer, la mortalité et les services offerts aux patients (Sullivan et al., 2005).

Le budget de fonctionnement du Cancer Care Ontario provient du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi que du Ministère de la Promotion de la Santé. L'allocation des ressources financières vers les régions s'effectue *via* un processus de contractualisation. En s'appuyant sur les indicateurs de performance et l'atteinte de résultats explicites en termes de performance et de qualité des services, le Cancer Care Ontario contractualise avec les hôpitaux régionaux et les centres en oncologie pour les services offerts. La contractualisation permet d'allouer les budgets en fonction de critères de qualité fondés sur les évidences scientifiques. Les hôpitaux signataires s'engagent à fournir les services selon les critères de qualité préétablis. Chaque trimestre, le Cancer Care Ontario procède à l'évaluation de la performance des centres en oncologie et des programmes intégrés régionaux.

En 2006, le gouvernement ontarien procède à la régionalisation des services de santé par l'implantation des Réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario. Les réseaux locaux sont des entités conçues pour planifier, intégrer et financer les services de santé locaux incluant les hôpitaux, les centres de santé communautaires, les soins à domicile, les établissements de soins de longue durée, etc. Ainsi, l'Ontario adopte une structure régionale de 14 réseaux locaux et amène le Cancer Care Ontario à restructurer ces programmes régionaux intégrés en fonction de ces 14 réseaux.

Le Cancer Care Ontario compte plus de 300 employés et l'équipe de direction se compose d'une trentaine de membres : 1 président-directeur général, 9 vice-présidents, 14 vice-présidents régionaux et 12 directeurs cliniques (Cancer Care Ontario, 2006). Les vice-présidents détiennent une expertise spécifique en planification stratégique, communications, finances, programme clinique spécifique, etc. Les 14 vice-présidents régionaux sont responsables de l'implantation du programme régional intégré en oncologie. Ils sont imputables auprès du Cancer Care Ontario et de l'hôpital régional de leur territoire. Les directeurs cliniques s'assurent de l'implantation des programmes régionaux selon leur spécialité clinique (soins infirmiers, chirurgie, radiothérapie, soins palliatifs, éducation aux patients, imagerie, etc.). Pour chacune des régions, un directeur clinique est nommé pour assurer l'implantation des programmes cliniques régionaux.

Le Cancer Care Ontario a implanté divers comités pour s'assurer de l'intégration de la perspective régionale dans la planification provinciale. Le « Conseil provincial de leaders régionaux » rassemble les vice-présidents régionaux pour discuter des enjeux régionaux dans l'implantation des programmes intégrés régionaux en oncologie, des contrats entre les établissements et de l'atteinte des cibles de performance. Le « Conseil clinique » rassemble les directeurs cliniques provinciaux et évalue la qualité et la sécurité des soins des pratiques professionnelles. Ce Conseil est responsable du développement des guides de pratiques cliniques, de l'établissement de normes de soins en termes de qualité et de sécurité des soins, etc. (Cancer Care Ontario, 2003). Ce conseil intègre les perspectives cliniques des professionnels.

En somme, le Cancer Care Ontario a subi de nombreuses transformations depuis les dernières années. Ces transformations ont renouvelé les capacités d'action de cette organisation. Ces nouvelles capacités lui ont permis de mobiliser différents types de leviers et différents groupes professionnels, dont celui des infirmières, pour institutionnaliser des pratiques et des processus pour améliorer la qualité et la performance du système de soins et de services en oncologie. Dans cette transformation, la profession infirmière joue un rôle structurant dans l'offre de soins. C'est dans ce contexte de transformation que nous analyserons le rôle des leviers dans la transformation du système et le rôle des pratiques des acteurs dans l'évolution de l'organisation pour accroître la performance du système de soins et de services en oncologie.

Chapitre 2 État des connaissances

L'état des connaissances comporte 3 sections. La première section aborde les enjeux associés à l'organisation des services en oncologie et les modalités organisationnelles adoptées au Canada et dans certains pays industrialisés pour implanter une offre de soins et de services performants. La deuxième section présente les travaux sur la gouvernance clinique qui proposent une approche globale et intégrée en gestion de l'excellence et l'efficacité dans les systèmes de soins. Cette section aborde les processus organisationnels et professionnels favorables à l'amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que les leviers à mobiliser pour faciliter l'introduction des changements dans les organisations de santé. La troisième section porte sur la pratique de l'activité stratégique des professionnels. Les travaux présentés évoquent l'importance des interactions entre les pratiques des professionnels et le contexte organisationnel dans l'émergence de stratégies favorables à la qualité des soins et des services dans le domaine de la santé.

2.1 L'organisation des soins et services dans le domaine de l'oncologie

Dans cette étude, le terme «cancer ou oncologie» est utilisé de façon générique pour désigner plus d'une centaine de maladies différentes, parmi lesquelles des tumeurs malignes en divers sièges (sein, col de l'utérus, prostate, estomac, colon et rectum, poumon, bouche, etc.), des leucémies et des lymphomes (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Toutes ces formes ont en commun une défaillance des mécanismes réglant la croissance, la prolifération normale et la mort des cellules (Organisation mondiale de la Santé, 2002). De nombreuses incertitudes existent quant au pronostic du cancer et son évolution (Société canadienne du cancer, 2006). Pour son traitement, le cancer nécessite une technologie de pointe, de nombreux médicaments, l'utilisation de guides de pratiques cliniques et l'action

concertée d'intervenants aux expertises variées et interdépendantes œuvrant dans de nombreux établissements de santé.

Le cancer est la première cause de décès au Canada (Comité directeur de la Société canadienne du cancer, 2011). Lors de son traitement, les patients atteints de cancer sont confrontés à des problèmes d'accessibilité, de coordination et de fragmentation des soins et services (Société canadienne du cancer, 2006). Pour contrer ces problèmes, la littérature propose d'organiser les services selon un continuum de soins intégrant la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement, le soutien aux personnes atteintes (incluant la réadaptation) et les soins palliatifs (Institute of Medicine, 1999; Organisation mondiale de la Santé, 2002; Société canadienne du cancer, 2006). Les patients atteints de cancer sont mieux gérés à l'intérieur des systèmes de soins interdisciplinaires, intégrés dans le continuum de soins et respectant les normes de rendement et de qualité (Société canadienne du cancer, 2006). Les réseaux de soins intégrés sont l'une des solutions avancées pour répondre aux problèmes d'accessibilité et de fragmentation des soins, de duplication des services et favoriser l'intégration des services (Contandriopoulos et al., 2001; Denis, Lamothe, Langley, & Valette, 1999; Leatt, Pink, & Guerriere, 2000; Shortell, Gillies, & Anderson, 2000).

Pour améliorer la qualité des soins et des services, l'organisation des services de lutte contre le cancer cherche à s'orienter vers une plus grande intégration des soins aux patients et une participation plus active de l'organisation dans le développement des initiatives de qualité. Dans ce domaine de soins, la réorganisation des services émerge en partie d'initiatives professionnelles autonomes afin d'augmenter la qualité des soins (Organisation mondiale de la Santé, 2002; Société canadienne du cancer, 2006) ou provient d'initiatives imposées par les gouvernements (Department of Health, 1995; Direction générale de la santé, 2003; Hudson, 2001).

Dans les années 2000, en réponse aux problématiques d'accessibilité et de qualité dans les soins et services en oncologie, plusieurs pays industrialisés, dont la France, le

Royaume-Uni et le Canada ont implanté de nouvelles modalités organisationnelles pour améliorer les soins et services aux patients. La France, en réponse à la publication du rapport « *Cancer. Un plan de mobilisation national* » crée l'Institut National du cancer pour répondre au plus haut taux de mortalité en Europe (AETMIS, 2008). En Angleterre, suite à la publication du rapport *A Policy Framework for Commissioning Cancer Services*, le gouvernement commande une restructuration majeure des services. L'Angleterre privilégie l'implantation de réseaux en oncologie selon les types de cancer et crée un poste de directeur national des soins en oncologie afin de développer un programme national de soins en cancer pour l'Angleterre (AETMIS, 2008).

Au Canada, les modalités organisationnelles varient selon les provinces canadiennes. En 2003, le Québec crée la direction de lutte contre le cancer du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette direction assure la coordination nationale en cancer et assure l'implantation des programmes régionaux en oncologie et le déploiement d'équipes suprarégionales, régionales et locales en oncologie dans les régions (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005). En 1994, la Nouvelle-Écosse crée *Cancer Care Nova Scotia* qui est l'organisation responsable du développement d'une approche globale des soins et services en cancer. Tout comme la direction de lutte contre le cancer du Québec, *Cancer Care Nova Scotia* est une organisation ministérielle. En Colombie-Britannique, la *BC Cancer Agency* est l'agence provinciale de soins et services en oncologie. Elle a le mandat d'assurer la gestion et le développement des programmes de lutte contre le cancer pour l'ensemble de la province. Cette agence assure la dispensation des services *via* des centres en cancer dans la province. En Ontario, le Cancer Care Ontario agit à titre d'agence provinciale en cancer et est responsable des orientations stratégiques et de la gestion de la performance du système. Cancer Care Ontario est la plus grande agence provinciale au Canada dans la lutte contre le cancer (Sullivan et al., 2005). Elle est la seule agence de ce type au Canada, assurant la gestion de la performance et de la qualité des soins et des services sans être opérateur et dispensateur de services.

Les résultats d'une étude comparative internationale entre l'Australie, le Canada, le Danemark, la Norvège et le Royaume-Uni démontrent que le Canada se classe aux premiers rangs dans les meilleurs taux de survie après cancer (Coleman et al., 2011). Selon cette étude, les Canadiens ont un meilleur taux de survie pour les cancers du poumon, du sein, colorectal et ovarien que le Royaume-Uni, le Danemark et la Norvège. Selon Terry Sullivan, les provinces canadiennes qui participent à cette étude (Alberta, Ontario, Colombie-Britannique, Manitoba) ont développé l'organisation des soins et des services aux patients selon une approche par système pour prodiguer les meilleurs soins au monde (Partenariat canadien contre le cancer, 2010).

L'organisation des services dans le domaine du cancer est complexe et comporte plusieurs enjeux : les soins doivent couvrir un large continuum (de la prévention du cancer aux soins palliatifs), de nombreux professionnels et organisations doivent collaborer dans la trajectoire de soins des patients. L'étude de Coleman (2011) semble démontrer qu'une approche globale favorise l'atteinte de meilleurs taux de survie par cancer au Canada. L'Ontario a adopté une approche globale et intégrée de gestion de la performance et de la qualité pour l'ensemble du système de soins en oncologie dans la province. L'approche ontarienne vise à institutionnaliser des processus cliniques et organisationnels d'amélioration de la qualité des soins et des services.

Dans la prochaine section, pour explorer l'implantation d'initiatives organisationnelles et professionnelles d'amélioration de la qualité, nous présentons le concept de gouvernance clinique qui aborde directement la question des processus qui peuvent contribuer à l'amélioration des soins et des services. Développé au Royaume-Uni, ce concept rallie l'ensemble des approches d'amélioration de la qualité des soins et propose une vision intégrée et globale de la qualité dans le domaine de la santé (Halligan & Donaldson, 2001).

2.2 La gouvernance clinique

Dans cette section, pour répondre aux enjeux soulevés dans l'organisation des services et favoriser l'amélioration de la qualité des soins et des services dans le domaine de l'oncologie, nous présentons une introduction au concept de gouvernance clinique, son historique, une description des principales composantes et soulevons les enjeux relié à son implantation¹. Nous présentons ensuite les leviers de gouvernance clinique, identifiés comme des moyens pour implanter les principes associés à la gouvernance clinique dans les organisations de santé.

Historique

En 1997, suite à de nombreux échecs dans la prestation des services de santé, le gouvernement de l'Angleterre entreprend une réforme des services de santé axée sur deux critères principaux : l'efficience et l'excellence. Pour atteindre ces critères, l'une des initiatives d'amélioration de la qualité introduite dans le livre Blanc, *The New NHS: Modern, Dependable*, est le concept de gouvernance clinique. Par définition, la gouvernance clinique est un cadre par lequel les organisations du National Health Service (NHS) sont tenues responsables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services, de la sauvegarde de hautes normes de qualité, et ce, en créant un environnement propice au développement de l'excellence clinique (Department of Health, 1998).

C'est par législation en 1998, dans le deuxième livre blanc du gouvernement anglais, *A First Class Service: Quality in the NHS*, que la volonté d'implanter la gouvernance clinique se manifeste pour l'ensemble des services de santé. Ce concept devient le pilier central dans l'atteinte de la qualité dans les services cliniques pour les

¹ Le contenu de cette première partie a fait l'objet d'une publication. Brault I. avec la collaboration de Denis A. Roy (2006), Partie 1 : *Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et enjeux d'implantation / Introduction to clinical governance : background, components and implementation issues*, et Partie 2 : *Implantation de la gouvernance clinique : initiatives au Royaume-Uni, aux États-Unis, au Canada et au Québec* Infolettre Vol. 3, Num. 1 p 2-6.

patients. Ainsi, la gouvernance clinique est un ensemble de moyens par lequel les organisations assurent la qualité des soins en rendant responsables les différents acteurs impliqués dans la création, le maintien et la surveillance de normes se rapportant aux meilleures pratiques cliniques. Deux notions sont au centre de ce concept : la qualité et l'obligation de rendre compte. Dans la perspective de la gouvernance clinique, la qualité des services est une responsabilité conjointe des organisations et des professionnels (Wallace et al., 2001). Cette notion d'obligation de rendre compte offre un rôle accru aux cliniciens dans les initiatives d'amélioration de la qualité (Buetow & Roland, 1999).

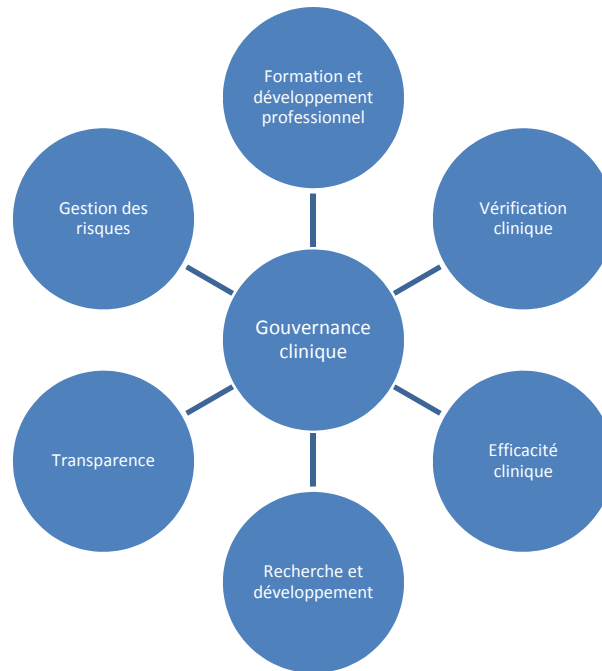
Les composantes de la gouvernance clinique

La perspective de la gouvernance clinique adopte une approche systémique des problèmes puisqu'elle intègre de façon cohérente de nombreuses initiatives d'amélioration continue de la qualité reliées à chacune des six composantes qui forment ce concept et décrites ci-dessous. La gouvernance clinique se compose des éléments suivants : (inspiré de Scally & Donaldson (1998) et Starey (2003)) :

1. Formation et développement professionnel
2. Vérification clinique
3. Efficacité clinique
4. Gestion des risques
5. Recherche et développement
6. Transparence

La figure 1 représente les composantes de la gouvernance clinique.

Figure 1 Composantes de la gouvernance clinique, inspirées de Scally & Donaldson (1998) & Starey (2003).



Formation et développement professionnel

Selon la perspective de la gouvernance clinique, la formation des professionnels en exercice est un enjeu central à l'amélioration des processus cliniques. La complexité et les changements rapides des innovations cliniques et technologiques dans le domaine de la santé rendent rapidement désuète la formation initiale des professionnels et autres intervenants du réseau de la santé. La formation continue s'avère essentielle au maintien des qualifications, au développement de l'expertise des professionnels et aux interventions de qualité.

Vérification (audit) clinique

La vérification clinique réfère à la révision des pratiques cliniques selon des critères de performance et des normes de qualité. La vérification clinique est un processus par lequel les professionnels se questionnent, modifient et redéfinissent leurs pratiques cliniques afin d'améliorer la qualité de soins offerts.

Efficacité clinique

L'efficacité clinique est une mesure qui permet de connaître le degré d'efficacité et la valeur d'une intervention dans le cadre d'une démarche de vérification clinique. Selon l'efficacité et la pertinence d'une intervention, les pratiques cliniques qui y sont associées sont révisées. L'efficacité clinique est déterminée et promue via le développement de guide de pratiques cliniques et de protocoles de soins. En Angleterre, l'institut national d'excellence clinique (*National Institute for Clinical Excellence (NICE)*) développe les guides de pratique et les protocoles cliniques servant à la démarche de vérification clinique.

La gestion des risques

Selon une perspective de gouvernance clinique, la gestion des risques est définie comme une activité qui touche les patients, les professionnels et les organisations dans la qualité de la pratique. La gestion des risques pour les patients s'appuie sur la régulation des professions et du système de santé afin d'offrir des services sécuritaires pour les patients. La gestion des risques pour les professionnels et les équipes de soins vise à offrir un environnement de travail sécuritaire, à s'assurer d'une protection immunitaire efficace contre les maladies infectieuses et à développer des pratiques cliniques répondant aux critères de qualité. Sur le plan de la gestion des risques, les organisations doivent s'assurer d'embaucher des professionnels qualifiés, d'adopter des politiques en faveur d'un environnement de travail sécuritaire et de permettre le développement de l'expertise des équipes de soins.

Recherche et développement scientifique

La recherche et le développement scientifique font partie intégrante des initiatives d'amélioration continue de la qualité. Elle est une composante indispensable du processus de vérification clinique. Les pratiques professionnelles devraient se modifier à la lumière des données probantes. La diffusion et l'implantation des résultats de recherche contribuent à développer des pratiques cliniques de qualité.

Transparence

La transparence des initiatives d'amélioration de la qualité implantées dans le cadre de la gouvernance clinique est garante de leur efficacité. Tout en respectant la confidentialité des patients et des professionnels, ces initiatives peuvent être rendues publiques. La transparence dans les processus est une partie essentielle de l'assurance de la qualité des services rendus.

Dimensions organisationnelles et enjeux d'implantation de la gouvernance clinique

Diverses initiatives peuvent être prises pour mettre en opération les principes associés à la gouvernance clinique : le développement d'une culture organisationnelle propice à la qualité et à la sécurité des soins, un leadership clinique fort et des équipes cliniques compétentes (Sally & Donaldson, 1998). L'implantation d'un programme global d'amélioration continue de la qualité et l'établissement de lignes claires de responsabilités et d'obligation de rendre compte sont aussi essentiels à sa mise en œuvre (Vanu Som, 2004).

L'adoption des principes de la gouvernance clinique se fait tout d'abord par l'adoption d'une culture organisationnelle axée sur la qualité des services. L'un des défis de la gouvernance clinique est de transformer la culture de prestation des services vers une culture axée sur la qualité de services (Halligan & Donaldson, 2001). Ce type de culture permet la création d'un environnement ouvert et participatif pour les professionnels et les patients et permet le partage des pratiques cliniques efficaces. La qualité est une

préoccupation de tous et doit être une priorité pour tous : organisations et professionnels. Une culture organisationnelle axée sur la qualité reconnaît la recherche comme moteur du changement professionnel et de l'amélioration des pratiques et valorise les pratiques fondées sur les données probantes. Valoriser une culture de qualité favorise une culture d'évaluation afin de modifier les interventions et offrir des services de qualité.

L'un des principes clés de la gouvernance clinique est qu'elle est une initiative provenant de la base en misant sur les intervenants directement impliqués dans les soins aux patients (Wright, Smith, & Jackson, 1999). Un leadership fort est essentiel pour intégrer de nouveaux processus cliniques et implanter des changements durables (Wallace et al., 2001). Les professionnels doivent être impliqués pour initier le changement de pratique et pérenniser ce changement (Ham, Kipping, & McLeod, 2003). Changer la culture organisationnelle vers une culture axée sur la qualité et la sécurité des soins ne peut se faire sans l'émergence d'un leadership fort. La transformation des processus cliniques en vue d'améliorer la performance (Ham et al., 2003) doit miser sur le développement de la collaboration à l'intérieur des équipes cliniques.

L'implantation de la gouvernance clinique est un projet ambitieux (Halligan & Donaldson, 2001) et confronte les gestionnaires et les professionnels au changement. L'approche de la gouvernance clinique suppose qu'on crée une synergie entre chacune des composantes et l'enjeu principal réside dans la coordination de l'ensemble des composantes. Des stratégies de changement doivent être adoptées pour favoriser la transformation des pratiques cliniques en faveur de l'amélioration de la qualité des soins. L'un des grands défis est d'apprendre, non seulement comment changer les pratiques cliniques mais comment l'organisation peut encourager et développer une culture qui mobilise les composantes de la gouvernance clinique pour contribuer à l'émergence d'une capacité continue et accrue d'apprentissage (Wallace et al., 2001).

Implantation de la gouvernance clinique

L'implantation de la gouvernance clinique est un processus complexe et les stratégies d'implantation d'une bonne gouvernance clinique sont souvent peu comprises ou peu accessibles aux praticiens (Goodman, 1998). Cette perspective demeure largement normative et les preuves en faveur d'une telle approche restent à construire. De nombreuses initiatives d'amélioration de la qualité des soins et services sont associées à la gouvernance clinique. Dans cette section, nous nous attardons à quelques-unes de ces initiatives développées au Royaume-Uni, aux États-Unis, au Canada et au Québec pour implanter certaines des composantes associées à la gouvernance clinique.

Au Royaume-Uni, la rhétorique développée autour de la gouvernance clinique peut rendre difficile son application pratique (Goodman, 1998). Elle demeure un concept vague et bénéficierait d'être associée à des problèmes réels et à des solutions concrètes. Une gouvernance clinique efficace repose sur divers éléments dont la compréhension du contexte spécifique des soins (Rosen, 2000), le développement d'une responsabilité collective (Allen, 2000), une organisation des services favorable à l'implantation de la gouvernance clinique (Braithwaite & Travaglia, 2008), la participation des professionnels dans les processus d'amélioration de la qualité (Pringle, 2000) et l'utilisation du savoir dans l'amélioration des pratiques cliniques (McColl A & Roland, 2000). Dans les équipes de soins, ce sont les médecins et les infirmières qui détiennent le leadership nécessaire à l'implantation des principes de gouvernance clinique (Braithwaite & Travaglia, 2008; Huntington, Gilliam, & Rosen, 2000)

L'implication des professionnels et autres intervenants de la santé est essentielle à l'implantation de la gouvernance clinique. Leur participation active dans ce processus assure le développement professionnel et l'identification des besoins de formation nécessaire au développement de nouvelles pratiques et assure l'optimisation de la qualité des soins offerts. L'implication des professionnels à toutes les étapes du processus incite la mise en place des changements et la pérennisation de ceux-ci. La qualité des soins est une

responsabilité de tous et l'établissement d'un sentiment de responsabilité collective envers la qualité des soins est essentiel. Il faut définir qui est responsable, envers qui ils le sont et quelles sont leurs responsabilités (Allen, 2000).

Afin de faciliter et favoriser la mise en opération des principes associés à la gouvernance clinique, le Royaume-Uni utilise les incitations financières comme moyen d'influencer son implantation. Ces incitations visent les pratiques qui favorisent l'atteinte de buts et de résultats cliniques précis et le développement d'infrastructures spécifiques à l'amélioration de la qualité tel que l'installation de systèmes d'information (Allen, 2000).

L'expérience des soins de santé primaires au Royaume-Uni démontre que le discours sur la gouvernance clinique demeure normatif. Cette perspective créée en 1997 et constituée par la loi en 1998 reste encore, selon les écrits des années 2000, une perspective conceptuelle. La transition opérationnelle est laborieuse puisqu'elle implique de nombreuses composantes.

La gouvernance clinique offre une perspective globale d'amélioration continue de la qualité et vise l'implantation de nombreux changements tant au niveau organisationnel que dans les pratiques cliniques des professionnels. Dans la prochaine section, nous abordons les leviers de gouvernance clinique utilisés pour faciliter l'introduction de changements dans les organisations de santé.

2.2.1 Les leviers de gouvernance clinique²

Dans cette thèse, nous définissons les leviers de gouvernance clinique comme les moyens qu'utilisent les acteurs en position d'autorité pour produire des changements dans les relations entre les acteurs impliqués dans l'offre de soins et dans les pratiques des ces derniers (inspiré de De Bruijn & Ten Heuvelhof (1997), Denis et al. (2006), Salamon (2002), Schneider & Ingram (1990)). Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins, l'utilisation de ces moyens visent d'une part, à faciliter

² Note : Les éléments de cette section sont repris à l'article deux, pages 90-94

l'implantation d'un contexte organisationnel potentialisant les pratiques professionnelles et d'autre part, à agir directement sur les pratiques professionnelles pour assurer une meilleure qualité des soins. Les leviers de gouvernance clinique peuvent donc limiter ou faciliter les activités des professionnels dans l'atteinte de la performance et de la qualité. Cette section vise à décrire les différents types de leviers rencontrés dans les écrits scientifiques, à présenter certaines dimensions de leur classification, à offrir des exemples de représentations des leviers dans le système de santé et à considérer les limites qui leur sont associées.

De nombreux écrits scientifiques sur le changement et la gouvernance des organisations publiques préconisent l'utilisation de leviers, d'instruments ou d'outils pour introduire des changements (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Denis et al., 2006; Gilbert, Brault, Breton, & Denis, 2007; Salamon, 2002; Schneider & Ingram, 1990). Les instruments et les outils de gouvernance ainsi que les leviers de changements sont des termes différents pour discuter d'une même réalité : les moyens utilisés pour introduire des changements dans les organisations publiques.

Les instruments et les outils de gouvernance ainsi que les leviers de changement peuvent se regrouper en 4 grands types : les leviers légaux, les leviers structurels, les leviers d'échange et de communication et les leviers économiques. Les instruments légaux sont constitués des lois et des prohibitions (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). La mobilisation de ce type d'instrument agit directement sur les organisations et nécessite une autorité formelle et un pouvoir hiérarchique (Gilbert et al., 2007). Les leviers structurels visent la modification délibérée des frontières formelles des organisations (Denis et al., 2006). Les changements structurels créent de nouveaux espaces d'échange et de collaboration entre les acteurs et incite à l'utilisation des autres types de leviers (Denis et al., 2006). Les leviers structurels et légaux donnent un signal clair et puissant aux acteurs pour favoriser un changement (Denis et al., 2006) et visent à transformer de façon radicale (Greenwood & Hinings, 1996) l'organisation en modifiant de façon fondamentale la trajectoire et les buts poursuivis par l'établissement de nouvelles frontières organisationnelles. Les nouvelles

formes organisationnelles telles que les réseaux de services intégrés ou les groupes de médecine familiale sont des exemples de représentations concrètes des leviers structurels tandis que l'ensemble des lois modifiant la dispensation des soins de santé telles que les politiques de santé et les fusions d'établissements sont des exemples de leviers légaux.

Les leviers d'échange et de communication favorisent le transfert d'informations (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997) et visent à provoquer le changement par la délibération et les conversations entre les acteurs (Denis et al., 2006). Selon ces auteurs, ce type de levier agit de façon non-intrusive sur le comportement des acteurs et permet aux groupes aux intérêts divergents de se prononcer et de participer aux transformations de l'organisation. Ces leviers poursuivent principalement des fonctions de persuasion et d'influence. Les échanges de points de vue, les discussions et les dialogues favorisent le partage des représentations que possèdent les acteurs. Ces leviers peuvent permettre l'appropriation d'une problématique par les acteurs et sa traduction en actions concrètes dans sa résolution. Ils s'intéressent davantage aux questions d'apprentissage que peuvent retirer les acteurs de l'utilisation des leviers d'échange et de communication. Leur utilisation provoquent des changements de nature convergente (Greenwood & Hinings, 1996) avec les buts de l'organisation. La planification des orientations stratégiques, le développement de protocoles de soins, les tables de concertation, la participation à des projets spéciaux, les communautés de pratiques, l'intégration des équipes professionnelles aux développements de nouveaux programmes de soins comptent parmi les leviers d'échange et de communication.

Les leviers économiques réfèrent aux incitations financières accordés à l'implantation de projets spéciaux ou aux transformations dans les modes de rémunération (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). L'injection d'argent conditionnelle à l'atteinte de résultats cliniques spécifiques peut avoir un potentiel de transformation important. L'exemple du «pay-for-performance» au Royaume-Uni illustre ce fait. Dans ce pays, une rémunération supplémentaire de certains actes médicaux est liée à l'atteinte de critères de qualité dans les soins de santé (Roland, 2004). Les leviers économiques comprennent

l'ensemble des incitations financières qui visent à modifier les modalités de financement entre les différents paliers gouvernementaux, à créer de nouveaux projets et à attirer les acteurs à y participer et à exiger des résultats en termes de qualité des soins en regard d'interventions de soins spécifiques.

Salamon (2002) soulève des enjeux dans la classification des outils de gouvernance. Selon cet auteur, une multitude de dimensions pourraient être comparées et contrastées entre les outils. Ils n'apparaissent que rarement dans leur forme pure, ce qui rend difficile leur classification. Malgré ce fait, Salamon (2002) propose 4 dimensions pour comparer les outils de gouvernance entre eux: le degré de coercition, la dimension directe des outils, le degré d'automatisme et la transparence. Chacune de ces dimensions est associée à différents degrés allant de faible à élevé.

En s'appuyant sur les travaux de Salamon (2002) un outil à caractère coercitif vise à contraindre le comportement des individus. Selon cet auteur, un haut degré de coercition rend l'outil hautement efficace, mais ces outils sont plus difficiles à gérer puisqu'ils remettent en question de nombreuses décisions prises par les entités des réseaux. La dimension directe des outils réfère à la capacité d'une organisation ou d'une entité à autoriser, financer ou inaugurer par elle-même une activité publique (Salamon, 2002). L'organisation est autonome dans la production et le financement de ses services. Le degré d'automatisme d'un outil renvoie à son utilisation via une structure administrative existante ou à la création d'une nouvelle structure pour sa mobilisation (Salamon, 2002). Un outil comportant un degré élevé d'automatisme se mobilise dans les frontières existantes des organisations. La dernière dimension concerne la visibilité ou la transparence de l'outil. Salamon (2002) évoque qu'un outil transparent informe les utilisateurs des résultats et des ressources nécessaires à l'atteinte de ces résultats.

Le choix des types de leviers à mobiliser repose sur 4 principaux éléments : 1) le type d'acteurs à cibler dans le changement (Salamon, 2002), 2) les objectifs à atteindre, 3) les caractéristiques spécifiques au contexte qui peuvent faciliter ou contraindre l'activité de

gouvernance (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997) et, 4) le niveau ciblé par le changement (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). Selon Bruijn et Ten Heuvelhof (1997), les instruments utilisés au niveau opérationnel visent à changer les comportements des acteurs tandis que les instruments utilisés au niveau institutionnel visent à transformer les relations entre les acteurs.

Certaines limites dans la capacité à produire des changements sont associées aux différents types de leviers. Les acteurs ciblés par le changement, l'environnement à transformer et la capacité des individus à mobiliser les leviers agissent sur leurs capacités à produire de réelles transformations. Certains acteurs répondront qu'à un seul type d'instruments puisqu'ils détiennent l'expertise et le savoir nécessaire à la manipulation de ce type d'instrument (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). De plus, un environnement composé de structures organisationnelles hiérarchiques impose des exigences spécifiques dans la mobilisation des instruments et diffère des structures par réseaux. Selon Salamon (2002), chaque outil ou instrument de gouvernance détient son propre mécanisme de fonctionnement et ses propres règles ce qui exige de la part des gestionnaires et des professionnels qui les utilisent de développer des compétences spécifiques à l'activation et à la mobilisation des différents leviers. Toutefois, le succès des instruments ne doit pas dépendre uniquement de l'atteinte des objectifs fixés au départ (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997) mais aussi des apprentissages faits par les acteurs par leur utilisation.

Dans une perspective de gouvernance clinique, les leviers décrits ci-haut doivent tenter de produire une synergie entre les composantes clés nécessaires à l'implantation des principes de qualité des soins et de la sécurité des patients. Certains auteurs affirment que pour produire de véritables changements, les leviers doivent être mobilisés de façon simultanée et agir à de multiples niveaux (Denis et al., 2006). La gouvernance clinique nécessite de poser un regard systémique en matière de qualité des soins et de proposer des changements à plusieurs niveaux (McSherry & Pearce, 2002). La littérature propose de s'attarder aux caractéristiques des contextes de mobilisation des leviers de gouvernance clinique et leur utilisation doit répondre aux exigences de la nouvelle gouvernance. La

nouvelle gouvernance repose sur une gestion publique davantage axée sur les réseaux et sur l'implication des acteurs publics et privés dans l'offre des services (Salamon, 2002). Dans ce contexte, les moyens d'action vers le changement doivent reposer davantage sur leur pouvoir de négociation, de persuasion, de coercition et d'implication (Salamon, 2002) et répondre aux particularités de la gestion des réseaux publics : la pluriformité (qui implique un nombre élevé d'acteurs), l'autonomie des acteurs, l'interdépendance des acteurs et les variations entre les réseaux (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). Dans les organisations de santé, les moyens d'action vers le changement visent à influencer les forces d'inertie associées à l'autonomie individuelle des différents acteurs, au pouvoir diffus et aux objectifs divergents poursuivis par ces acteurs (Denis et al., 2006). La spécificité des leviers de gouvernance clinique réside donc dans leur capacité à agir dans un contexte particulier, celui de soins de santé et à produire une synergie entre les diverses composantes associées à la qualité des soins et à la sécurité des patients dans les milieux de soins.

En résumé, la littérature démontre que l'amélioration continue de la qualité des soins et des services de santé implique un ensemble de transformations organisationnelles et professionnelles. L'implantation de changement semble être facilitée par la mobilisation de leviers qui agissent à la fois sur le contexte organisationnel et sur les pratiques des professionnels. Dans la prochaine section, nous abordons la perspective des professionnels et du rôle des pratiques dans le développement de stratégies pouvant transformer les professions et changer les organisations.

2.3 L'activité stratégique des professionnels³

Des développements récents dans le domaine de la stratégie organisationnelle amènent les théoriciens de la stratégie à s'intéresser aux pratiques impliquées dans les processus de formation de la stratégie (Johnson, Melin, & Whittington, 2003) et aux contextes d'où elles émergent (Wilson & Jarzabkowski, 2004). Les individus, par leurs

³ Note: Les éléments de cette recension des écrits sont repris dans l'article trois, pages 140-143.

actions et interactions dans leurs pratiques, contribuent à mettre en œuvre des stratégies innovantes qui peuvent façonner l'organisation dans laquelle ils évoluent (Denis, Langley, & Rouleau, 2007; Jarzabkowski, 2004; Whittington, 1996; Whittington, 2004).

Les travaux sur la stratégie en tant que pratique sociale, couramment nommée la *strategy-as-practice*, se sont développés au milieu des années 1990 suite à un manque d'information sur l'activité stratégique dans les organisations et sur sa pratique au quotidien (Jarzabkowski, 2004; Whittington, 1996). Selon cette perspective, la stratégie n'est pas détenue par l'organisation mais elle résulte de l'activité de ses membres (Jarzabkowski, Balogun, & Seild, 2007). En s'appuyant sur les travaux de Mintzberg (1998), cette approche s'inscrit parmi les écoles de nature descriptive et cherche à comprendre les processus de formation des stratégies à partir de l'analyse fine des comportements des acteurs lorsqu'ils tentent d'influencer les stratégies organisationnelles. L'enjeu principal de la perspective de la stratégie en tant que pratique sociale est de comprendre comment les acteurs agissent et interagissent dans le développement des stratégies organisationnelles (Whittington, 1996). L'analyse est axée sur les pratiques des acteurs sociaux dans le quotidien de l'organisation. Ces pratiques, sans être des initiatives formelles et délibérées de formulation de la stratégie, contribuent à leur mise en œuvre (Denis et al., 2007; Jarzabkowski, 2004; Whittington, 1996; Whittington, 2004). Cette perspective centrée sur les pratiques met l'accent sur le caractère routinier de la vie organisationnelle (Denis et al., 2007) et peut ainsi nous informer sur l'émergence du changement à partir des routines qui sont à la base des activités d'une organisation. L'intérêt central des travaux sur la stratégie en tant que pratique sociale porte sur l'identification des stratèges et de leurs actions dans le développement de la stratégie au sein de leur contexte organisationnel et institutionnel (Jarzabkowski, Balogun, & Seild, 2007; Johnson, Langley, Melin, & Whittington, 2007; Whittington, 1996).

La pratique de l'activité stratégique nommée «strategizing» s'intéresse aux processus et aux pratiques des acteurs qui constituent les activités quotidiennes de la vie organisationnelle (Johnson et al., 2003). Selon Mintzberg (1998), ce type de stratégie est

perçu comme un processus émergent non délibérément voué à un changement ou à une stratégie intentionnée. Cet auteur explique que les stratégies émergentes ne sont pas implicites ou intentionnelles, elles sont le résultat de la convergence des actions des individus (Mintzberg, 1994). Certains auteurs évoquent que la pratique de l'activité stratégique est située dans des contextes d'action spécifique et qu'elle s'opérationnalise à différents niveaux au sein d'une organisation (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007). D'autres auteurs expliquent que les stratèges peuvent se retrouver aux différents niveaux de l'organisation et qu'ils incluent plusieurs personnes influentes d'une organisation (Jarzabkowski & Whittington, 2008).

Les travaux consacrés à la stratégie en tant que pratique sociale favorisent l'étude empirique des pratiques par l'analyse des discours, des notes de réunions et de l'observation des contextes (Whittington, 1996; Wilson & Jarzabkowski, 2004). Dans l'étude conduite par Samra-Fredericks (2003) et qui analyse le changement stratégique à travers les discours des stratèges, le langage est considéré comme une forme d'action stratégique. Les recherches empiriques sur la stratégie en tant que pratique sociale sont longues et laborieuses. Elles nécessitent la retranscription des discours prononcés lors des réunions stratégiques, la retranscription des mémos et de tous documents permettant de relater l'évolution des stratégies par les pratiques quotidiennes des acteurs (Samra-Fredericks, 2003).

Certains auteurs soulèvent la difficulté de lier l'étude des micro-pratiques aux contextes macroscopiques dans lesquels évoluent les pratiques comme enjeu méthodologique principal de cette approche (Johnson et al., 2003). Cet enjeu réside dans le fait que les pratiques interagissent avec une multitude de facteurs situés à des niveaux intermédiaires avant leur interaction avec le niveau macroscopique (Wilson & Jarzabkowski, 2004). Jarzabkowski et al. (2007) évoquent que la pratique de l'activité stratégique est une activité située donc réalisée dans un contexte social spécifique. La transférabilité des résultats de recherche à d'autres contextes s'applique davantage à des généralisations théoriques qu'empiriques.

Selon Whittington (2004), la reconnaissance du contexte s'avère essentielle à la compréhension du développement de la stratégie. D'autres auteurs affirment que les contextes sont composés de règles et de procédures d'action qui mettent des ressources à la disposition des acteurs (Bourdieu, 1980; Giddens, 1984). En offrant certaines ressources (matérielles, financières, informationnelles, etc.) plutôt que d'autres, les contextes peuvent restreindre ou accroître la capacité d'action des acteurs et par le fait même, leur capacité à participer à l'activité stratégique. Les acteurs peuvent s'approprier ces ressources pour agir stratégiquement et renouveler leurs pratiques (Bourdieu, 1980). En ce sens, plusieurs auteurs évoquent l'importance des contextes d'action dans lesquels se situent les pratiques puisqu'ils agissent en tant que structures sociales qui déterminent en partie les pratiques des acteurs (Bourdieu, 1980; Giddens, 1984). Contandriopoulos et al. (2000) spécifient que la trajectoire d'évolution des systèmes d'action est construite par les stratégies des acteurs qui y interagissent. Les stratégies dépendent donc des modalités d'organisation du contexte dans lequel les acteurs évoluent, du développement technologique, des connaissances scientifiques et de la conjoncture économique (Contandriopoulos et al., 2000). Il existe donc une influence à la fois des pratiques et des contextes : les pratiques contribuent à la construction du contexte social et le contexte social influence l'émergence et le développement des pratiques des acteurs sociaux (Giddens, 1984; Orlikowski, 2000).

En résumé, nous définissons la stratégie comme une pratique sociale, construite par les actions, les interactions et les négociations entre une multitude d'acteurs et qui émerge des pratiques des acteurs (Jarzabkowski, 2005). La stratégie est vue comme un processus émergent (Mintzberg et al., 1998) et la pratique de l'activité stratégique (le strategizing) est une activité située (Jarzabkowski, Balogun, & Seild, 2007). Cette perspective offre un potentiel pour mieux comprendre les processus de formation de la stratégie en milieu professionnel et identifier les pratiques à la base de l'activité stratégique. Globalement, elle nous permettra de mieux comprendre l'émergence de changements en milieux professionnels.

Conclusion de la revue de littérature

À la lumière de l'état des connaissances, nous constatons que les soins et services en oncologie nécessitent la concertation de nombreux professionnels et organisations. La complexité des enjeux dans ce domaine engendre l'émergence d'une approche intégrée et globale dans la gestion de la performance et de la qualité des systèmes de soins en oncologie. Les travaux sur la gouvernance clinique ont souligné que l'amélioration de la l'excellence et de l'efficience des systèmes de soins est favorisé par l'implantation d'un ensemble d'initiatives professionnelles et organisationnelles afin de créer un contexte qui potentialise l'agir des professionnels et où les professionnels sont incités à participer au renouvellement de l'organisation. Pour faciliter l'implantation de ces transformations, plusieurs auteurs ont proposé de mobiliser des leviers de gouvernance clinique. Ces leviers sont des moyens pour introduire des changements favorables à l'amélioration de la qualité des soins. Les leviers de gouvernance clinique sont mobilisés par les acteurs en position d'autorité pour agir sur le contexte de soins et sur les pratiques des professionnels. Dans une perspective d'acteurs stratégiques, les professionnels peuvent s'appropriier les leviers et développer des stratégies qui influencent le développement des pratiques professionnelles et transforment l'organisation pour favoriser l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Chapitre 3 Cadres de référence

Dans cette section, nous présentons les deux cadres de référence qui ont guidé notre recherche empirique. Le premier est un cadre conceptuel de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique et le second est le cadre théorique de la stratégie en tant que pratique sociale. L'objectif général de cette thèse est de mieux comprendre les caractéristiques organisationnelles et professionnelles de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé. Les travaux sur la gouvernance clinique nous ont permis de mieux comprendre l'interface entre l'organisation et les pratiques cliniques et les enjeux liés à l'implantation d'un ensemble d'initiatives de qualité dans les organisations de santé. Nous avons ensuite abordé la notion des instruments et leviers à mobiliser pour faciliter l'introduction de changement. Cette perspective nous permet de comprendre comment les acteurs en position d'autorité, spécifiquement le CCO dans notre recherche, mobilisent les leviers pour transformer le contexte organisationnel et favoriser l'implication des acteurs professionnels dans les transformations. Dans un premier temps, nous présentons le cadre conceptuel de la mobilisation des leviers de gouvernance clinique qui a émergé de l'état des connaissances.

Modèle conceptuel de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique

Dans le cadre de cette recherche et en nous appuyant sur les travaux de Denis, Lamothe & Langle (2006), Salamon (2002) et De Bruijn & Ten Heuvelhof (1997), nous utiliserons le terme «leviers de gouvernance clinique» pour référer aux différents leviers, outils ou instruments utilisés pour produire du changement. Les leviers de gouvernance clinique sont définis comme des moyens d'action pour transformer les pratiques des acteurs ou les relations entre ces derniers en vue d'atteindre les principes d'excellence et d'efficience dans les soins et services de santé. La spécificité des leviers de gouvernance clinique réside dans son utilisation dans un environnement particulier, celui des soins de santé. En plus de viser des transformations dans les relations ou dans les pratiques des

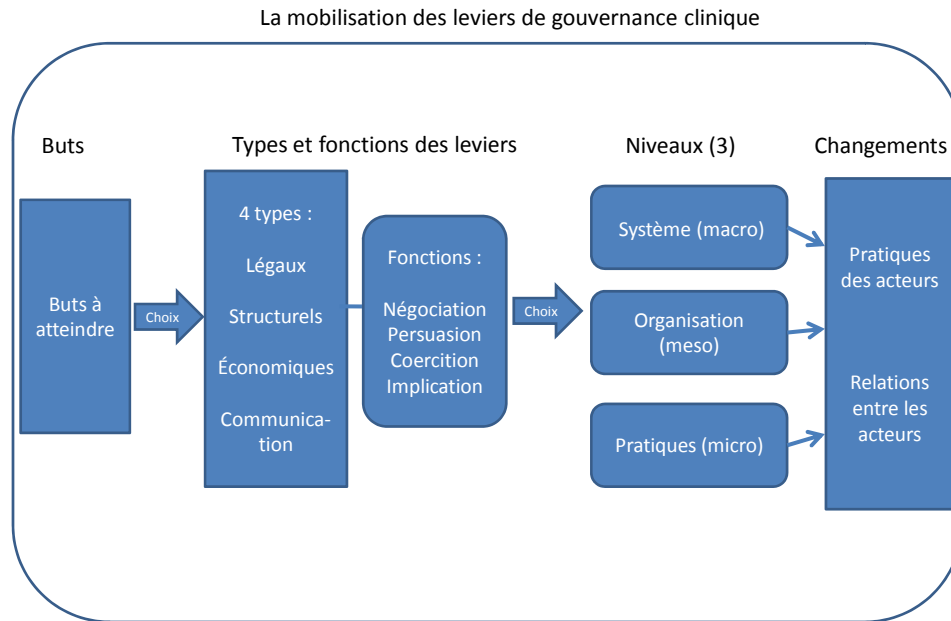
acteurs, l'utilisation des leviers de gouvernance clinique vise à créer des espaces de dialogue entre le monde organisationnel et celui des professionnels afin de potentialiser l'agir professionnel nécessitant le monde organisationnel pour s'exercer.

L'utilisation des leviers de gouvernance clinique s'effectue dans le cadre d'un processus de changement délibéré. Tout en sachant que les leviers sont limités dans la production des changements, nous retenons dans les travaux des auteurs précédemment cités dans l'état des connaissances (chapitre 2) que le choix du type de leviers de gouvernance clinique (légaux, structurels, d'échanges et de communications, économiques,) repose essentiellement sur les buts à atteindre, les acteurs ciblés par le changement, les caractéristiques de l'environnement ainsi que le niveau visé par le changement. Comme le soulignent de Bruijn et Ten Heuvelhof (1997), les instruments agissent différemment selon le niveau organisationnel ciblé par le changement. Les leviers peuvent agir au niveau macroscopique du système de soins, au niveau de l'organisation (mésoscopique) ou au niveau microscopique dans les pratiques des acteurs. L'utilisation des leviers de gouvernance clinique vise à créer une synergie entre les différents niveaux de soins. La portée des leviers peut se limiter qu'à un seul niveau ou en atteindre plus d'un à la fois. L'atteinte du niveau des pratiques professionnelles nécessite parfois l'utilisation de plus d'un levier.

Les leviers de gouvernance clinique seront classés selon les caractéristiques évoquées par Salamon (2002) : leur pouvoir de négociation, de persuasion, de coercition et d'implication. Selon nous, ces rôles associés aux leviers de gouvernance clinique répondent mieux aux caractéristiques des milieux pluralistes comme les organisations de santé.

Le choix des instruments est déterminant puisque selon l'instrument utilisé, les processus et les résultats seront affectés. Ultiment, l'utilisation des leviers favorise les changements dans les pratiques des acteurs ou dans les relations entre les différents acteurs. La figure 2 représente le modèle conceptuel de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique.

Figure 2 Modèle conceptuel pour la mobilisation des leviers de gouvernance clinique

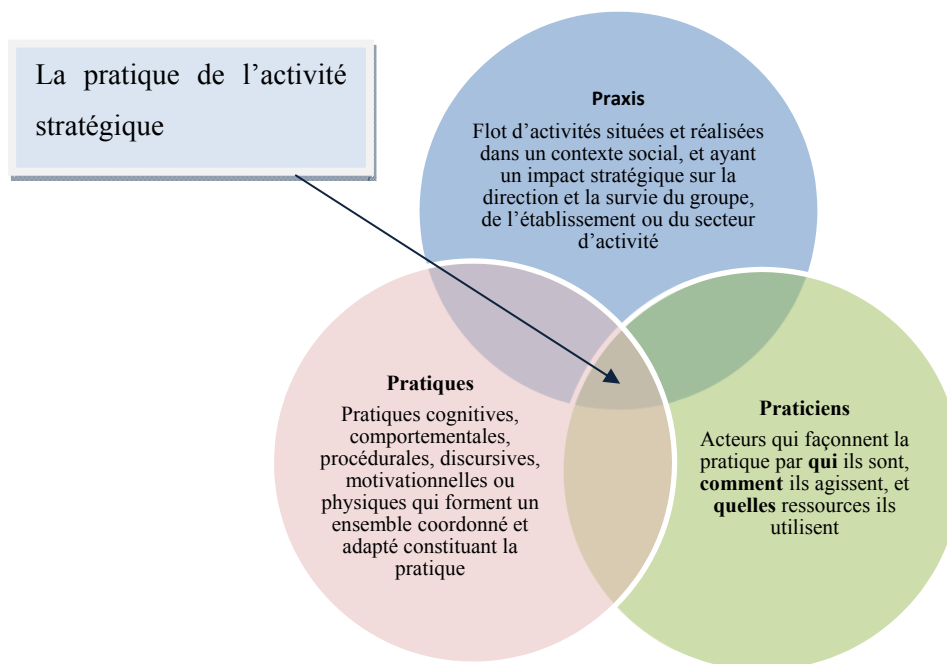


Cadre théorique de la stratégie en tant que pratique sociale

Cette thèse s'intéresse aussi au rôle des pratiques professionnelles dans le développement de la stratégie. Cette perspective a permis de poser un regard sur les acteurs professionnels dans l'émergence de transformations. Les travaux sur la stratégie en tant que pratique sociale mobilisent un ensemble d'écrits théoriques et empiriques empruntés à la sociologie pour mieux comprendre, définir et analyser les pratiques et les contextes dans lesquels elles se matérialisent. Plusieurs théoriciens des pratiques (Bourdieu, Foucault, De Certeau, Giddens, Vygotski et Turner) ont apporté des contributions significatives à la compréhension de l'activité humaine, de l'organisation, de la reproduction et de la transformation de la vie sociale à partir de l'analyse des pratiques. En s'appuyant sur les travaux de ces théoriciens de la pratique, l'activité stratégique s'analyse par les concepts de praxis, de pratiques et de praticiens de la stratégie (Jarzabkowski & Whittington, 2008).

Pour analyser les pratiques professionnelles, nous avons utilisé le cadre théorique de la stratégie en tant que pratique sociale de Jarzabowski, Balogun & Seidl (2007). Selon ces auteurs, l'activité stratégique se compose et émerge de l'interaction entre la praxis, les pratiques et les praticiens de la stratégie. Ces concepts sont définis plus loin. La figure 3 présente le cadre théorique pour l'analyse de la stratégie en tant que pratique sociale (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007).

Figure 3 Cadre théorique de la stratégie en tant que pratique sociale (Jarzabkowski et al. 2007)



La praxis

Selon la philosophie marxiste, la praxis concerne l'ensemble des activités humaines par lesquelles l'homme transforme la nature et le monde. Par opposition à la connaissance ou à la théorie, la praxis est l'action vers un résultat donné, vers un idéal et implique la transformation, le changement. La praxis de la stratégie se définit comme un flux d'activités qui influencent l'orientation du groupe, de l'organisation ou de l'industrie (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007). Elle vise à résoudre des contradictions ou des problématiques rencontrées dans la pratique. La praxis évoque les domaines de transformation dans lesquels les stratèges s'investissent. La praxis n'est pas immuable, elle se redéfinit par l'interaction avec le contexte social (Whittington, 2006). La praxis est dynamique et elle prend une forme différente selon le niveau organisationnel où se situent les acteurs (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007). Concrètement, elle inclut toutes les activités stratégiques observables impliquées dans la formulation et l'implantation de la stratégie : la présentation d'un plan stratégique, les réunions de développement des orientations stratégiques, les discours stratégiques, etc. (Whittington, 2006). Ces activités visent la transformation des normes établies dans l'organisation.

Les pratiques

Contrairement à la praxis, les pratiques sont des patterns réguliers d'activités non délibérées, non intentionnelles (Rasche & Chia, 2008). Elles réfèrent aux comportements routiniers des individus qui incluent les traditions, les normes et les procédures pour agir (Whittington, 2006). Elles comprennent plusieurs éléments inter reliées : des routines cognitives et physiques, la mobilisation d'un savoir et l'utilisation d'outils et de ressources nécessaires à la pratique (Reckwitz, 2002). Selon cet auteur, les pratiques englobent les savoirs et les façons de faire spécifiques d'une pratique. Chez les infirmières, les pratiques se composent d'un savoir spécifique à la profession.

Les praticiens de la stratégie

Les praticiens de la stratégie sont les acteurs de la stratégie, ceux qui pratiquent l'activité stratégique par qui ils sont, comment ils agissent, et quelles ressources ils utilisent (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007). Les praticiens de la stratégie développent et exécutent de façon délibérée ou non, les stratégies (Whittington, 2006).

En résumé, les 2 cadres utilisés dans cette recherche visent à structurer l'analyse empirique. Le modèle d'utilisation des leviers de gouvernance clinique permet de décrire les différentes phases de la réforme des soins en oncologie et de décrire les types de leviers utilisés dans l'implantation des transformations. Le cadre de la stratégie en tant que pratique sociale, quant à lui, permet d'observer les pratiques des professionnels dans le développement de la stratégie.

La méthodologie de recherche est abordée au chapitre suivant. Ensuite, la thèse est structurée autour de 3 articles. Le tableau 1 présente le contenu des 3 articles, les objectifs poursuivis et le type de données mobilisées.

Tableau 1 Contenu des 3 articles

Articles	Titre	Objectifs de recherche	Types de données
Article 1	Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé	Comprendre les interactions entre deux logiques distinctes et souvent opposées présentes dans une organisation de santé, la logique organisationnelle (ou administrative) et la logique professionnelle (ou clinique).	Recension des écrits scientifiques / analyse de concept
Article 2	La réforme des services en oncologie en Ontario : les leviers de gouvernance clinique en soutien aux changements	Analyser le rôle des leviers de gouvernance clinique dans l'implantation de processus d'amélioration de la qualité des soins et des services	Recension des écrits scientifiques Analyse documentaire Entrevues avec informateurs clés Observation non participante
Article 3	La pratique de l'activité stratégique en milieu professionnel : le cas des pratiques infirmières en oncologie de l'Ontario	Comprendre le rôle des pratiques professionnelles dans le développement des professions et dans la transformation de l'organisation	Analyse documentaire Entrevues avec informateurs clés Observation non participante

Chapitre 4 Méthodologie

Notre étude vise à mieux comprendre les caractéristiques organisationnelles et professionnelles de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé. Nous souhaitons mieux comprendre l'interface entre l'organisation du Cancer Care Ontario et les pratiques professionnelles. Cette recherche nous amène à procéder à l'analyse approfondie du cas à l'étude. Dans ce chapitre, nous présentons la méthodologie de recherche, la stratégie de recherche utilisée et le devis retenu, la sélection du cas à l'étude, les processus de collecte de données, les méthodes d'analyse des données et la validité interne et externe de l'étude.

4.1 Stratégie de recherche et devis retenu

Pour répondre à l'objectif général de cette thèse, une stratégie de recherche de type qualitatif a été retenue. Les méthodes qualitatives permettent l'analyse des dynamiques entre divers phénomènes et offrent une compréhension approfondie du contexte à l'étude (Patton, 2002; Stake, 1995; Yin, 2003). Ces méthodes ont la capacité de saisir des phénomènes dynamiques ou processuels dans leur contexte réel (Langley, 1999; Sylverman, 2005). Ce type de stratégie est approprié à notre étude puisque nous cherchons à mieux comprendre le phénomène complexe de l'interface entre l'organisation et les pratiques cliniques.

Le devis retenu est l'étude de cas avec niveaux d'analyse imbriqués (Yin, 2003). L'étude de cas se définit comme l'investigation empirique d'un phénomène qui peut difficilement être isolé ou dissocié de son contexte (Yin, 2003). Selon cet auteur, les études de cas peuvent être unique ou multiple et inclure plusieurs niveaux d'analyse (Yin, 2003). De plus, l'étude de cas est parfaitement adaptée lorsque le chercheur tente d'approfondir sa compréhension d'un phénomène particulier (Contandriopoulos, Denis, & Boyle, 1990; Stake, 1995; Yin, 2003). Ce type de devis permet de construire un portrait plus probant de

la réalité (Contandriopoulos et al., 1990). Dans cette recherche, le cas constitue l'agence provinciale en oncologie dans la province canadienne de l'Ontario (le Cancer Care Ontario) où nous analyserons la perspective des acteurs organisationnels et des acteurs professionnels dans l'amélioration de la qualité des soins en oncologie dans la province.

Le recours à deux niveaux d'analyse imbriqués soit le niveau stratégique et le niveau opérationnel a permis de mettre à contribution différents niveaux d'explication et d'obtenir un portrait plus probant de la réalité du système de soins en oncologie de la province et des pratiques infirmières. Dans cette étude, l'analyse de cas à deux niveaux, stratégique et opérationnel, vise à mieux comprendre le contexte organisationnel et le développement de l'activité stratégique dans les organisations de santé. Le niveau stratégique correspond à celui de la prise de décision stratégique et concerne les organisations et acteurs situés en position d'influence : l'Agence en cancer en Ontario (Cancer Care Ontario). Le niveau opérationnel est celui de la clinique: de la production et des organisations qui dispensent les soins.

4.2 Sélection du cas à l'étude

Notre étude repose sur l'étude approfondie d'un cas constitué du système de soins et de services dans le domaine de l'oncologie dans la province canadienne de l'Ontario. L'échantillonnage délibéré (Patton, 2002) de ce cas unique repose sur la structure spécifique d'organisation des services en oncologie dans la province canadienne de l'Ontario, sur les travaux développés dans la province sur le système de soins en oncologie. Ce cas est révélateur d'un effort délibéré d'améliorer la qualité des soins et les services dans le domaine de l'oncologie. Ce cas possède un programme effectif de lutte contre le cancer, possède une agence centrale responsable des orientations stratégiques dans le domaine de l'oncologie dans la province et les infirmières jouent un rôle central dans la structuration de l'offre de soins et de services en oncologie. De plus, le système de soins en oncologie de l'Ontario est l'un des plus avancés au Canada dans l'offre de services de lutte contre le cancer. L'étude de cas unique peut représenter une contribution significative au

développement du savoir et à la construction des théories (Yin, 2003). L'échantillonnage raisonné comporte certains avantages :

« The logic and power of purposeful sampling derive from the emphasis on in-depth understanding. This leads to selecting *information-rich cases* for study in-depth. Information-rich cases are those from which one can learn a great deal about issues of central importance to the purpose on the research ...» (Patton, 2002, p. 46)

Le choix de ce cas unique s'avérait aussi révélateur des pratiques infirmières que nous souhaitions observer. La province de l'Ontario est la première à avoir implanté une communauté de pratique pour les infirmières en pratique avancée au Canada. La structure de la communauté de pratique, sa maturité, son positionnement dans le domaine de l'oncologie, la fréquence des réunions et les travaux développés par cette communauté comptent parmi les autres éléments qui ont influencé le choix de cette communauté pour analyser les pratiques des infirmières. Ce lieu était idéal pour observer les pratiques impliquées dans le développement de l'activité stratégique.

4.3 Sources de données

Les études de cas combinent des sources de données multiples telles que les archives, les entrevues, les questionnaires et les observations (Eisenhardt, 1989). Dans notre étude pour les articles deux et trois, les données proviennent de trois sources principales : les entrevues semi-structurées, l'analyse de la documentation et l'observation non participative. Ces diverses sources de données visent à décrire en profondeur le phénomène à l'étude (Fortin, 2010). Le tableau 2 résume les différentes sources de données associées à chacun des niveaux d'analyse. La collecte de donnée s'est déroulée de 2006 à 2008. Quant à l'article 1, il repose sur une recension des écrits sur le concept de gouvernance clinique.

Tableau 2 Sources de données dans l'analyse du niveau stratégique et opérationnel

Sources de données	Niveau stratégique	Niveau opérationnel
Entrevues	Président d'Agence Leaders provincial Membres de l'équipe de direction Membres du conseil clinique Responsables des programmes régionaux en oncologie	Gestionnaires et leaders cliniques en oncologie Professionnelles infirmières
Documentation	Documents internes : comptes-rendus de réunions stratégiques, rapport annuel, document de vision stratégique, programme de lutte au cancer, rapports gouvernementaux Documents externes Articles scientifiques publiés sur l'organisation des services en cancer	Documents internes Modèles de pratiques infirmières, documents de prise de position Documents externes Articles scientifiques publiés sur les pratiques professionnelles infirmières en oncologie
Observation	Observation des réunions de direction stratégique au niveau provincial et régional	Observation des réunions de la communauté de pratique des infirmières en pratique avancée

Entrevues

L'entrevue est l'une des méthodes essentielles pour colliger l'information dans les études de cas (Yin, 2003). Dans notre recherche, nous avons procédé à des entrevues auprès d'informateurs clés dans le domaine de l'oncologie impliqués à toutes les étapes et à tous les niveaux dans le programme de lutte contre le cancer (président d'agence et directeur des services en oncologie, responsables des programmes régionaux, leaders cliniques, professionnels infirmières et autres). Le but de l'entrevue est de permettre au chercheur de connaître la perspective du participant sur le sujet à l'étude (Patton, 2002). Patton (2002)

mentionne que la qualité des informations recueillies dans le cadre des entrevues dépend de l'intervieweur. Ainsi, nous avons étudié les techniques d'entrevues avant de rencontrer les informateurs clés. Les techniques d'entrevue comprennent le développement du type de questions à poser, l'utilisation de sondes lors de l'entrevue et l'écoute active (Glesne, 2006). Le choix du type d'entrevue varie selon les caractéristiques des sujets, le temps disponible, le nombre de personnes à rencontrer, etc. (Daunais, 1992). Nous avons opté pour l'entrevue de type semi-directif qui permet de recueillir les perceptions des informateurs clés sur le sujet à l'étude et d'utiliser efficacement le temps disponible pour l'entrevue. Dans les études de cas, l'utilisation d'un guide d'entrevue est idéal (Patton, 2002). Le guide, composé de questions ouvertes standardisées, permet de comparer les réponses des interviewés aux questions qui leur sont posées (Patton, 2002). Différents types de questions ont été élaborés qui ont permis de recueillir des précisions sur le système de soins en oncologie, de saisir la complexité de l'environnement des services de lutte contre le cancer ainsi que les opinions et les perceptions des acteurs face au système de soins en oncologie et aux pratiques infirmières. Les entrevues nous ont permis de recueillir des informations sur les différents concepts à l'étude et nous avons procédé à des entrevues jusqu'à l'atteinte de la saturation des données. La saturation des données fait référence à la redondance dans les propos recueillis (Patton 2002).

Vingt-cinq entrevues d'une durée de 60 à 90 minutes ont été effectuées. Le formulaire de consentement aux entrevues se retrouve à l'annexe 1 et le contenu des guides d'entrevue se retrouve à l'annexe 2. Les entrevues ont permis de rejoindre les informateurs clés dans 8 types d'organisations différentes imputables auprès du Cancer Care Ontario sur la prestation des services en cancer. Ces organisations se situaient dans la région de Toronto ou dans une région en périphérie de Toronto. La sélection des participants pour les entrevues a été effectuée comme suit : le président de l'agence en oncologie de l'Ontario nous a remis une liste de noms de candidats potentiels susceptibles de nous informer sur l'organisation des services et sur les pratiques infirmières. Cet échantillonnage délibéré vise à localiser les personnes les plus susceptibles de fournir des données riches en information

en lien avec le problème étudié (Patton, 2002). Nous avons procédé à une sélection au sein de cette liste en fonction du niveau d'analyse recherché et avons ensuite utilisé la stratégie de sélection « boule de neige » qui consiste à demander aux personnes interviewées le nom de candidats potentiels à interviewer qui pourraient nous informer sur notre sujet d'étude (Glesne, 2006).

Au début de l'entrevue, nous avons informé l'interviewé sur les éléments suivants : (adapté de Daunais (1992) et Patton (2002)) :

- Sa contribution à la recherche en tant qu'interviewé
- Le but et les différents thèmes traités en cours d'entretien
- Les objectifs de l'étude
- La confidentialité des propos
- Le consentement à l'enregistrement de l'entretien
- La durée de l'entretien
- Lui demander s'il a des questions avant de débiter

Ces informations préalables permettent une meilleure collaboration du sujet à l'entrevue (Daunais, 1992). Avant de débiter l'entrevue, les participants étaient appelés à signer le formulaire de consentement à la recherche et nous avons procédé à l'enregistrement avec la permission des participants. Par la suite, chaque entrevue a été retranscrite intégralement. À la lecture des entrevues, nous avons identifié des codes ou catégories d'analyse afin de développer des regroupements par catégorie et procéder à l'analyse en fonction des grandes catégories développées (Corbin & Strauss, 2008). Les codes et catégories développés correspondaient aux grands thèmes organisationnels et professionnels couverts lors des entrevues avec les informateurs clés : la gouverne du système de soins en oncologie, l'idéologie, la structure organisationnelle, les pratiques professionnelles infirmières, etc.

Documents

Nos données comprennent l'analyse d'une abondante documentation qui pouvait nous informer sur l'évolution du système de soins en oncologie et sur les initiatives d'amélioration de la qualité des soins et des services implantées. La documentation a permis de recueillir des informations pertinentes reliées au système de soins en oncologie de la province et aux pratiques professionnelles infirmières. Les documents retenus pour notre étude devaient nous aider à mieux comprendre le contexte du système de soins en oncologie, ses différentes composantes, les règles de fonctionnement et les pratiques des professionnels dans ce système de soins. Le site Internet du Cancer Care Ontario nous a permis de recueillir plusieurs documents tels que les rapports gouvernementaux, les rapports annuels, l'organigramme du CCO, les documents de prise de position, les publications, etc. Le tableau 3 offre une liste sommaire des documents consultés.

Tableau 3 Liste des documents consultés

Rapports annuels et organigramme du CCO
Ontario Cancer Plan 2005-2008
Rapport sur le cancer 2020
Document de la retraite du CCO novembre 2006 : Building a Patient-Centred Cancer System Across Every LHIN : Progress, Pitfalls and Promise
Compte-rendu du comité «Audit & Finance Committee» septembre et novembre 2006, février et avril 2007, juin 2007
Compte-rendu du comité «Cancer System Planning, Performance & Research Committee» novembre 2006, juin 2007
Compte-rendu des réunions de la communauté de pratique des infirmières en pratique avancée en oncologie (février 2007 à décembre 2008)
Performance review summary report
Nombreuses présentations power point des informateurs clés

Acte de colloque du «1st International Cancer Control Congress» tenu à Vancouver du 23-25 octobre 2005
Consultation des documents du site Internet de l'AIIAO (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario) Lignes directrices, Infolettres «Shaping the future of Nursing» et le «Registered Nurse Journal» de l'AIIO
Consultation du site Internet du CCO et autres sites Internet relatifs au cancer

Observation non participante

Finally, nos données incluent l'observation non participante de réunions stratégiques et cliniques. En recherche qualitative, l'observation comporte plusieurs avantages : elle permet une meilleure compréhension du contexte dans lequel les individus interagissent, d'observer les interactions entre les acteurs et découvrir des routines qui pourraient échapper aux personnes présente dans ce contexte (Patton, 2002). De façon globale, l'observation permet de mieux comprendre le phénomène à l'étude. Le tableau 4 présente les comités et réunions observés. Ces réunions nous ont permis d'observer les dynamiques d'interaction entre les acteurs et les processus de prise de décisions. Par opposition à l'observation participante, l'observation non-participante permet de conserver la neutralité du chercheur (Glesne, 2006). Au total, 22 réunions ont été observées. Le formulaire de consentement aux observations se retrouve à l'annexe 1.

Tableau 4 Comités et réunions observés

Comités stratégiques (4)	Comités cliniques (18)
Audit & Finance Committee	<i>Oncology Advanced Practice Nurses Community of Practice meetings</i>
Cancer System Planning, Performance & Research Committee	

4.4 Analyse des données

Différentes stratégies d'analyse de données ont été adoptées dans cette recherche afin d'extraire une richesse d'informations dans les données recueillies. Tout d'abord, nous avons eu recours à la triangulation des diverses sources de données pour maximiser la validité interne de l'étude (Patton, 2002). La triangulation a été effectuée à partir de nos trois sources de données: les entrevues, la documentation écrite et l'observation non participante. La confrontation des données à partir de différentes sources renforce les résultats de l'étude (Yin, 2003).

Ensuite, pour extraire le sens des données recueillies, nous avons utilisé une stratégie d'analyse narrative (Langley, 1999). Cette stratégie permet de relater l'histoire et de décrire finement les faits et phénomènes entourant l'amélioration de la qualité des soins et des services dans le domaine de l'oncologie. Dans l'article 2, nous avons utilisé la stratégie narrative pour décrire l'ensemble du processus de transformation du système de soins en oncologie et identifier les phases et les étapes de la réforme. La stratégie narrative a aussi été utilisée dans l'article 3 pour décrire les stratégies développées par les infirmières de la communauté de pratique.

4.5 La crédibilité des résultats (validité interne)

Notre recherche est de type descriptif et exploratoire. Ce type d'étude ne cherche pas à établir de liens de causalité entre différents facteurs (Yin, 2003). Nous cherchons plutôt à mieux comprendre les principes à la base de l'amélioration de la qualité dans un système de soins spécifique, celui de l'oncologie. Contrairement aux recherches quantitatives où la validité des recherches repose sur la construction des instruments de mesure, en recherche qualitative, le chercheur est lui-même l'instrument. La crédibilité de la recherche dépend donc de la rigueur, des habiletés et des compétences du chercheur qui conduit l'étude (Patton, 2002). En tant qu'instrument de recherche, la clarification des biais du chercheur augmente la validité de la recherche (Glesne, 2006). Le chercheur doit se

questionner à propos de sa propre subjectivité face au sujet de la recherche (Lincoln & Guba, 1985). Aussi, pour assurer la validité interne de l'étude, Creswell (2007) propose de décrire de façon détaillée le contexte de l'étude et de procéder à la triangulation des données. Comme souligné plus tôt, nous avons procédé à la triangulation de nos diverses sources de données. La triangulation des données consiste à s'appuyer sur des sources multiples de données afin d'assurer une meilleure qualité des résultats. Elle est un moyen d'assurer la validité interne d'une recherche (Patton, 2002). Le recours à plusieurs sources de données telles que les données documentaires, les données d'entrevue et d'observation et l'utilisation de diverses stratégies d'analyse des données (stratégie narrative, stratégie graphique) permet d'accéder à une information riche et variée et assure ainsi une meilleure qualité des résultats. L'analyse documentaire combinée à l'analyse des entrevues et aux informations amassées lors des séances d'observation a permis de confirmer et de valider les informations recueillies et de parfaire l'information provenant de ces sources prises individuellement. Afin d'augmenter la précision des données recueillies, les entrevues semi-structurées ont été enregistrées et retranscrites en respectant, dans la mesure du possible, la règle des 24 heures (Glesne, 2006). Cette règle commande la transcription des données dans les 24 heures suivant la cueillette afin d'augmenter la précision de la transcription. Pour augmenter la validité interne de l'étude, Creswell (2007) propose de prolonger les périodes de collecte de données et d'observation afin de bien maîtriser la culture du contexte étudié. Dans notre étude, la collecte de donnée s'est échelonnée sur une période de 24 mois.

4.6 Transférabilité (validité externe)

La validité externe concerne la généralisation des résultats (Yin, 2003). Elle est dépendante des caractéristiques qui permettent d'étendre les résultats à d'autres populations, d'autres contextes, d'autres périodes (Contandriopoulos et al., 1990). La validité externe permet de généraliser les résultats provenant d'une recherche à une population plus grande ou à des contextes plus larges. Selon Yin (2003), deux types de généralisation sont

possibles; la généralisation statistique et la généralisation analytique. Dans le cadre des études de cas unique, la validité externe vise la généralisation analytique du contexte de l'étude. Toutefois, comme le soulignent Lincoln & Guba (1985), la capacité des résultats à être transférés doit être défendue par le chercheur qui désire utiliser les résultats dans un autre contexte. Le chercheur doit juger de l'applicabilité des résultats à d'autres contextes (Lincoln & Guba, 1985). Dans notre étude, nous avons fourni un maximum d'informations sur le contexte et une description détaillée du cas afin de maximiser la généralisation des résultats. De plus, nous avons rendu la démarche méthodologique explicite afin de faciliter la reproduction de la recherche.

Chapitre 5 Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé (Article 1)

Brault, I¹, Roy, D.A², Denis JL³

Au moment du dépôt de la thèse, cet article avait été publié dans la revue « Pratiques et Organisation des Soins », volume 39 no 3 / juillet-septembre 2008. Reproduit avec la permission des co-auteurs et des éditeurs de la revue.

Introducing clinical governance : history, components and renewed conceptualization for improving the quality and performance of healthcare organizations

¹ Chargée d'enseignement à la faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, candidate au PhD (santé publique), Université de Montréal et Centre FERASI (Formation, Expertise et Recherche en Administration des Services Infirmiers).

² Médecin, directeur de la gestion de l'information et des connaissances, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Québec.

³ Professeur titulaire au département d'administration de la santé, Université de Montréal, titulaire de la Chaire Gouverne et Transformation des Organisation de Santé (GETOS), directeur du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS) et chercheur du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de première ligne (GRÉAS1).

Abrégé

La recherche de l'efficience et de l'excellence dans le domaine de la santé amène les organisations et les professionnels à travailler conjointement à l'amélioration des processus cliniques. La gouvernance clinique se veut un lieu d'action collective, de mobilisation de relations et de savoirs entre les acteurs impliqués dans l'organisation et la dispensation des soins et des services de santé. Elle est un espace où s'exerce l'autorité des différents acteurs en vue d'améliorer la qualité des soins et des services de santé. Elle vise à rapprocher la perspective organisationnelle et la perspective professionnelle par le développement et l'implantation d'initiatives visant les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles. Pour atteindre un impact significatif en matière d'amélioration de la qualité des soins, Ferlie et Shortell (2001) suggèrent de créer un alignement entre les différents niveaux de soins : l'individu, l'équipe, l'organisation et le système. Les principes de la gouvernance clinique tentent de produire cette synergie en impliquant les professionnels dans le renouvellement de l'organisation et en impliquant l'organisation dans l'instrumentation et la régulation des pratiques des professionnels en agissant aux différents niveaux de soins.

L'objectif de cet article est de présenter les origines du concept de gouvernance clinique, de décrire ses composantes et de proposer des assises théoriques afin de mieux comprendre les dynamiques de changement qui sont associées à la gouvernance clinique et faciliter son implantation. Nous débutons par présenter les composantes de la gouvernance clinique à partir du courant britannique fondateur et soulevons les enjeux qui lui sont associés. Nous abordons ensuite la notion de gouvernance développée par Hatchuel (Hatchuel, 2000) et présentons les caractéristiques de l'organisation qui peuvent soutenir l'engagement des professionnels envers les principes de qualité. En nous appuyant sur cette littérature, nous terminons par proposer une modélisation renouvelée de la gouvernance clinique qui permet à notre avis, de concilier l'organisationnel et la clinique et de potentialiser les capacités d'action de chacun.

Mots clés : gouvernance clinique ; système de santé ; changement de pratiques, connaissances, attitudes, pratiques.

Summary

Striving for efficiency and excellence in health care has led organisations and professionals to work together to improve clinical processes. Clinical governance is about collective action, teaming up and sharing knowledge between those involved in organizing and administering health care and services. The different stakeholders exert their authority through it with a view to improving the quality of health care and services. It seeks to combine organisational and professional aspects through the development and implementation of initiatives on the best clinical and organisational practices. Clinical governance is about collective action, teaming up and sharing knowledge between those involved in organising and administering health care and services. To make a significant impact on the improvement of healthcare quality, Ferlie *et al* (Milbank Q 2001.79:281) [1] suggest bringing the different levels of health care (individual, team, organisation and system) into line. The principles of clinical governance endeavour to produce this synergy by involving professionals in the modernisation of the organisation and by involving the organisation in the implementation and regulation of professional practices with action at different levels of health care. The purpose of this article is to explain where the concept of clinical governance came from, describe its components and suggest theoretical foundations for a clearer insight into the types of change that come with clinical governance and to facilitate its setup. We will start by presenting the components of clinical governance on the basis of the founding British movement and by highlighting the challenges involved. We will then talk about the notion of governance developed by Hatchuel [2] and present the characteristics of an organisational model that can assist the commitment of professionals to quality principles. On the basis of this literature, we will end by proposing a renewed modelling of clinical governance which, in our opinion, will bring together the

organisational and clinical aspects and maximise the potential of everyone's capacity for action.

Keywords : clinical governance, health system, changing practices, health knowledge, attitudes, practice.

Introduction et problématique

À la fin des années 1990, l'Angleterre entreprend une réforme des services de santé axée sur deux critères principaux : l'efficacité et l'excellence. Au cœur de cette réforme se trouve le concept de gouvernance clinique. Le gouvernement britannique définit la gouvernance clinique comme un cadre par lequel les organisations du National Health Services (NHS) sont tenues responsables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services, de la sauvegarde de hautes normes de qualité et ce, en créant un environnement propice au développement de l'excellence clinique (Department of Health, 1998). La gouvernance clinique est un ensemble de moyens par lequel les organisations et les professionnels assurent la qualité des soins en rendant responsables les différents acteurs impliqués dans la création, le maintien et la surveillance de normes se rapportant aux meilleures pratiques cliniques (Department of Health, 1998). Elle rallie l'ensemble des approches d'amélioration de la qualité des soins et services et propose une vision intégrée et globale de la qualité dans le domaine de la santé (Halligan & Donaldson, 2001). Deux notions sont au centre de ce concept : la qualité et l'obligation de rendre compte. C'est par législation en 1998 que la volonté d'implanter la gouvernance clinique se manifeste pour l'ensemble des services de santé en Angleterre (Department of Health, 1998). Toutefois, diverses raisons ont rendu difficile l'implantation de la gouvernance clinique dans les milieux de pratiques. Le discours rhétorique associé au concept n'explicitait pas les étapes ni les priorités d'implantation (Goodman, 1998). Le concept est vague (Goodman, 1998) et ses frontières sont difficiles à cerner (Rosen, 2000). Cette

perspective demeure largement normative et les stratégies d'implantation sont souvent incomprises et peu accessibles aux praticiens (Goodman, 1998). De plus, peu d'attention a été portée sur les leviers organisationnels à mobiliser pour faciliter son implantation.

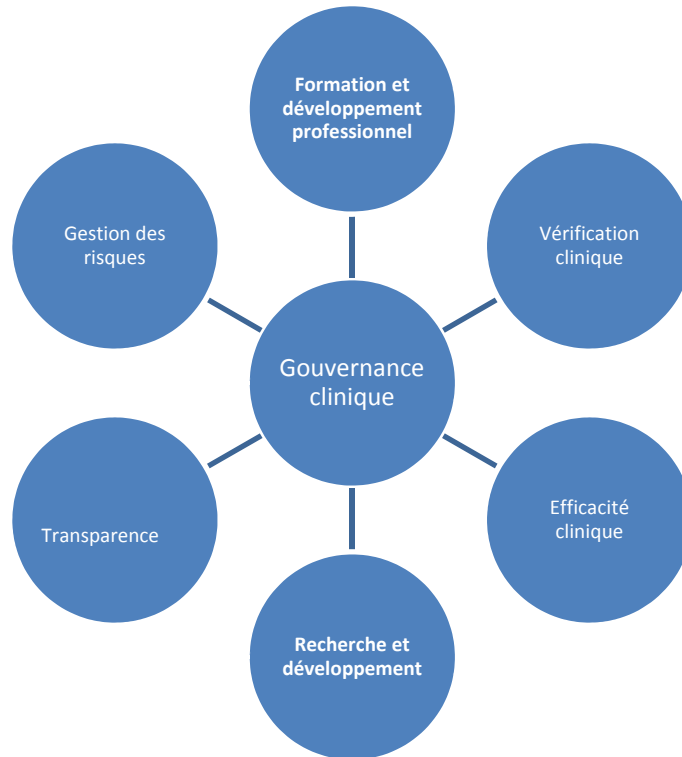
L'objectif de cet article est de présenter et décrire les composantes de la gouvernance clinique et d'offrir des assises théoriques permettant de mieux comprendre ses dynamiques d'implantation. Notre contribution vise à faciliter l'implantation et l'opérationnalisation de la gouvernance clinique dans les milieux de soins et à proposer un modèle renouvelé de gouvernance clinique qui considère davantage les processus de changements associé à son implantation.

L'article s'articule comme suit : à partir du courant de littérature britannique sur la gouvernance clinique, nous décrivons ses composantes et relevons les enjeux de gouvernance clinique. Ensuite, nous abordons les travaux sur la gouvernance développés par Hatchuel (2000) et présentons les caractéristiques de l'organisation qui peuvent appuyer l'engagement des professionnels face à la gouvernance clinique. Ces travaux offrent des pistes de réflexion face aux enjeux soulevés et appuient le développement d'un modèle renouvelé de gouvernance clinique qui permet à notre avis, de répondre à ces enjeux.

Les composantes de la gouvernance clinique

Cette section vise à décrire brièvement, à partir des travaux de Starey (2003) et Scally et Donaldson (1998), les diverses composantes associées à la gouvernance clinique. Dans la littérature britannique, elle inclut les éléments suivants : la recherche et le développement scientifique, la vérification (audit) clinique, l'efficacité clinique, la formation et le développement professionnel, la gestion des risques et la transparence. Ces composantes visent à inclure un ensemble d'éléments permettant aux acteurs d'être imputables des soins et services rendus aux diverses clientèles. La figure 4 présente les composantes de la gouvernance clinique, inspiré des travaux de Starey (2003) et de Scally et Donaldson (1998).

Figure 4 Composantes de la gouvernance clinique



Recherche et développement scientifique

La recherche et le développement scientifique font partie intégrante des initiatives d'amélioration continue de la qualité. La diffusion et l'implantation des résultats de recherche peuvent contribuer à développer de nouvelles pratiques cliniques et à modifier les pratiques existantes afin d'optimiser la qualité des soins. Cette composante est indispensable au processus de vérification clinique.

Vérification (audit) clinique

L'un des principes fondamentaux de la gouvernance clinique est l'évaluation des pratiques cliniques. La vérification clinique réfère à la révision des pratiques cliniques

selon des critères de performance et des normes de qualité. La vérification clinique est un processus par lequel les professionnels se questionnent, modifient et redéfinissent leurs pratiques cliniques afin d'améliorer la qualité de soins offerts.

Efficacité clinique

L'efficacité clinique est une mesure qui permet de connaître le degré d'efficacité d'une intervention dans le cadre d'une démarche de vérification clinique. Selon l'efficacité et la pertinence d'une intervention, les pratiques cliniques qui y sont associées sont révisées. L'efficacité clinique est déterminée et promue via le développement de guides de pratiques cliniques et de protocoles de soins. En Angleterre, l'Institut National d'Excellence Clinique (National Institute for Clinical Excellence (NICE)) développe les guides de pratique et les protocoles de soins servant à la démarche de vérification clinique.

Formation et développement professionnel

Selon la perspective de la gouvernance clinique, la formation des professionnels en exercice est un enjeu central à l'amélioration des processus cliniques. La complexité et les changements rapides des innovations cliniques et technologiques dans le domaine de la santé rendent rapidement désuète la formation initiale des professionnels et autres intervenants du réseau de la santé. La formation continue s'avère essentielle au maintien des qualifications, au développement de l'expertise des professionnels et aux interventions de qualité.

La gestion des risques

La gestion des risques est définie comme une activité qui touche les patients, les professionnels et les organisations dans la qualité de la pratique. La gestion des risques pour les patients s'appuie sur la régulation des professions et du système de santé afin d'offrir des services sécuritaires pour les patients. Pour les professionnels et les équipes de soins, la gestion des risques vise à offrir un environnement de travail sécuritaire, à

s'assurer d'une protection immunitaire efficace contre les maladies infectieuses et à développer des pratiques cliniques répondant aux critères de qualité. Quant aux organisations, l'embauche de professionnels qualifiés, l'adoption de politiques en faveur d'un environnement de travail sécuritaire et le développement de l'expertise des équipes de soins est à privilégier.

Transparence

Dans une perspective de gouvernance clinique, la transparence des initiatives d'amélioration de la qualité implantées est garante de leur efficacité. Tout en respectant la confidentialité des patients et des professionnels, ces initiatives peuvent être rendues publiques. La transparence dans les processus est une partie essentielle de l'assurance de la qualité des services rendus.

Enjeux associés à la gouvernance clinique

Certains auteurs (Scally & Donaldson, 1998; Starey, 2003) soulèvent que le défi principal de la gouvernance clinique réside dans la création d'une synergie entre chacune des composantes décrites ci-haut. Présentées individuellement, ces composantes offrent une vision plutôt statique de la gouvernance clinique et semblent vouloir accroître le contrôle des pratiques cliniques. Elles proposent une approche assez traditionnelle de l'amélioration de la qualité et paraît témoigner d'une ambition forte de réguler la pratique professionnelle. Dans ce modèle de gouvernance clinique (figure 1), la dynamique nécessaire entre chacune des composantes pour améliorer la qualité des soins et services est peu visible et exploitée.

D'autres auteurs (Halligan & Donaldson, 2001) soulèvent les difficultés d'implantation associées à la gouvernance clinique. Le projet est ambitieux (Halligan & Donaldson, 2001) et les stratégies de mise en œuvre sont peu accessibles ou incomprises des professionnels cliniques (Goodman, 1998). Selon Goodman (Goodman, 1998), le concept de gouvernance clinique reflète un énoncé de mission plutôt qu'une définition concrète et tangible des actions à entreprendre pour améliorer la qualité des soins et des

services de santé. Dans une perspective de gouvernance clinique, la qualité des services est une responsabilité conjointe des organisations et des professionnels (Wallace, Freeman, Latham, Walshe, & Spurgeon, 2001) et l'obligation de rendre compte offre un rôle accru aux cliniciens dans les initiatives d'amélioration de la qualité (Buetow & Roland, 1999). L'intégration de ces nouveaux processus cliniques optimisant la qualité nécessite un leadership clinique fort (Wallace et al., 2001).

Le modèle actuel des composantes de la gouvernance clinique n'illustre pas le leadership clinique et organisationnel nécessaire à l'implantation de changements durables dans la qualité des soins et des services. Les travaux développés par les britanniques portent peu sur le caractère dynamique à développer au sein d'une organisation pour accroître la qualité des soins et des services. Peu d'attention a été portée sur les leviers organisationnels à mobiliser pour faciliter l'implantation de la gouvernance clinique et potentialiser le rôle des professionnels.

Nous posons l'hypothèse que la gouvernance clinique agit de manière bidirectionnelle : elle est en appui aux professionnels dans le développement de l'organisation et elle favorise la mise en place d'un contexte organisationnel favorisant leur performance. Nous supposons que l'organisation peut offrir aux professionnels des incitations permettant de provoquer et de soutenir l'engagement des professionnels vers les principes d'imputabilité et de qualité. Dans cette optique, la gouvernance clinique vise une forte synergie entre les perspectives cliniques et managériales d'une organisation vers l'amélioration de la qualité des soins.

Dans la prochaine section, pour mieux comprendre les dynamiques de la gouvernance clinique, nous nous attardons d'abord aux définitions des termes de gouvernance et de clinique. Ensuite, nous présentons les travaux sur la gouvernance développé par Hatchuel (Hatchuel, 2000) et présentons les caractéristiques de l'organisation qui peuvent favoriser la performance des professionnels et instrumenter leurs pratiques. Une meilleure compréhension de ces notions permet, à notre avis, de créer une

synergie accrue entre l'organisation et les pratiques et d'améliorer la qualité des soins et des services de santé. Ces notions soutiennent également le développement d'un modèle renouvelé de gouvernance clinique qui considère davantage les processus d'implantation des changements.

Qu'entend-on par gouvernance et qu'est-ce que la clinique?

Par gouvernance, nous entendons la conduite d'une action collective délibérée et systématique à partir d'une position d'autorité (inspiré de Hatchuel (2000)). La gouvernance est une pratique qui, par diverses initiatives, tente d'influencer l'action collective. Elle s'exerce ici dans un domaine particulier, celui de la clinique et elle vise à coordonner le travail de professionnels autonomes en situation d'interdépendance dans l'exercice de leurs responsabilités cliniques.

Nous définissons la clinique ou les pratiques cliniques comme l'ensemble des processus de prise en charge de la clientèle (Contandriopoulos, Denis, Touati, & Rodriguez, 2001). Elle inclut la coordination et l'intégration des soins nécessaires au soulagement d'une personne souffrante (Contandriopoulos et al., 2001). Les pratiques cliniques ont pour assise l'exercice d'un professionnalisme de haut niveau caractérisé par l'exercice d'un jugement responsable et autonome et mobilisant de façon critique et compétente les connaissances scientifiques pour permettre aux personnes malades d'avoir accès au cours du temps à des traitements et des soins individualisés et de qualité. Les pratiques cliniques concernent l'ensemble des pratiques visant la prise en charge d'une personne malade en reconnaissant le caractère unique de chaque personne et en admettant qu'au cœur de la clinique il y a une incertitude inhérente qui nécessite le jugement professionnel.

Les travaux d'Hatchuel (2000) sur la gouvernance offrent un potentiel pour mieux comprendre la gouvernance clinique des organisations professionnelles. Cet auteur illustre la notion de gouvernance par l'analyse de l'action collective. Ici, l'action collective est restreinte à deux éléments : 1) à l'élaboration d'un réseau de relations interprété comme la

gouvernance et 2) à la mobilisation des savoirs qu'il nomme prospective. Hatchuel (2000) analyse 4 modes d'action collective qui mobilisent la gouvernance et la prospective. Il conclut qu'aucun de ces modes ne permet l'évolution conjointe des relations et des savoirs. Ces modes sont fondés soit sur une relation totalisante, soit sur des savoirs totalisants. Selon lui, l'unique façon de favoriser un enrichissement simultané des relations et des savoirs seraient de définir de nouveaux objets de gouvernement, de nouveaux modes d'action collective.

Hatchuel (2000) inclut dans la gouvernance la notion de conception et d'autorité. La conception rappelle que l'autorité est «réfléchie» et qu'elle inclut une perception du monde et d'autrui. La gouvernance est donc construite et conçue en impliquant les différents acteurs. Quant à l'autorité, elle est un opérateur de relations et elle s'acquiert par l'articulation des relations selon les positions multiples et variables de légitimité occupées par les acteurs au sein de l'organisation. Ceci confère un pouvoir et une autorité aux divers acteurs présents dans l'organisation professionnelle: les gestionnaires, les professionnels et autres intervenants du système clinique. Mintzberg (1979) explique le pouvoir des professionnels et des acteurs de la clinique de cette façon: les bureaucraties professionnelles s'appuient sur les compétences et l'expertise des professionnels dans la réalisation des différentes tâches. Les professionnels détiennent une exclusivité au niveau de certaines connaissances et habiletés, ce qui leur procurent une autonomie élevée dans le système et leur permet d'appliquer librement leurs connaissances scientifiques (Denis, Langley, & Rouleau, 2007). Comme le cite Mintzberg (1989): «le pouvoir de la bureaucratie professionnelle repose sur l'autorité de nature professionnelle, le pouvoir de la compétence». Cette autorité de gouvernance, détenue par les professionnels, est fondée sur l'expertise et la compétence professionnelle ce qui confère un pouvoir légitime au domaine de la clinique.

L'autorité de gouvernance peut aussi s'expliquer par les pratiques des acteurs. Des travaux récents dans le domaine de la stratégie organisationnelle soulignent que les individus, par leurs actions et interactions dans leurs pratiques, contribuent à mettre en

œuvre des stratégies (Denis et al., 2007; Jarzabkowski, 2004; Whittington, 1996; Whittington, 2004). La stratégie n'est plus qu'une caractéristique détenue par l'organisation, elle est le résultat des actions de ses membres (Jarzabkowski, Balogun, & Seild, 2007). Les stratèges se retrouvent non seulement au niveau macroscopique de l'organisation mais également au niveau microscopique. Ainsi, les professionnels peuvent être des stratèges dont les actions peuvent favoriser le renouvellement organisationnel favorable aux idéaux qu'ils poursuivent et à l'amélioration de la qualité des soins. Ils disposent d'un pouvoir provenant de la maîtrise d'une compétence ou d'une spécialisation (Crozier & Friedberg, 1977) qui leur permet d'influencer le développement et la mise en œuvre des stratégies (Mintzberg, Lampel, & Ahlstrand, 1998).

En s'appuyant sur les travaux de Denis et al. (Denis et al., 2007), d'Hatchuel (2000) de Mintzberg (1979), de Whittington (Whittington, 1996) et Jarzabkowski (Jarzabkowski, 2004) nous convenons que les professionnels détiennent une autorité dans la gouvernance des organisations professionnelles et qu'ils peuvent mettre en œuvre des stratégies pour transformer l'organisation et optimiser la qualité des soins. Cette autorité leur confère une imputabilité et une responsabilité face au développement et à l'implantation d'initiatives de qualité. Dans la section suivante, nous présentons les différentes caractéristiques de l'organisation qui peuvent représenter des leviers pour accroître l'engagement des acteurs en faveur de la qualité des soins et services.

Les caractéristiques de l'organisation

Notre hypothèse suppose que l'organisation détient un rôle spécifique dans le projet de gouvernance clinique. L'organisation réfère ici à l'environnement organisationnel nécessaire au déploiement des pratiques cliniques. Elle est caractérisée par l'agencement de divers attributs organisationnels (stratégie, structure, pouvoir, idéologie, etc.) qui sont en interaction (Miller, 1987; Mintzberg, 1979). L'environnement organisationnel est composé de trois sous-systèmes: le système collectif de représentations et de valeurs, le système de gouverne et le système clinique (Contandriopoulos et al., 2001). Ces systèmes sont des

lieux de mobilisation de relations d'échange et de savoirs. Le système de valeurs comprend les croyances, les valeurs et les schèmes interprétatifs permettant aux acteurs de communiquer entre eux et de coordonner leurs actions (Contandriopoulos et al., 2001). Le système de gouverne se compose des règles de gestion, de financement et d'information et le système clinique réfère à la prise en charge du patient et des règles de bonnes pratiques (Contandriopoulos et al., 2001).

L'organisation se caractérise aussi par différentes dimensions. Crozier et Friedberg (1977) accordent trois dimensions aux organisations : 1) le discours managérial, 2) les structures formelles ou apparentes et 3) les structures informelles profondes. Selon ces auteurs, ces dimensions se précisent comme suit : le discours managérial définit les valeurs, la mission et la philosophie de l'organisation. Les structures formelles ou apparentes concernent la matérialité de l'organisation : l'organigramme, la technologie, les procédures. Les structures informelles profondes résultent de l'interaction des acteurs entre eux et entre les autres dimensions de l'organisation. Chacune de ces dimensions se déploie différemment selon le type d'organisation.

Dans une perspective de gouvernance clinique, nous explorons la mise en place de structures formelles visant à optimiser la qualité et l'imputabilité soutenue par un discours managérial axé sur la qualité, l'efficacité et l'excellence. Selon Vanu Som (2004), l'établissement de liens de responsabilités clairs entre les différents prestataires de soins facilite la coordination d'initiatives d'amélioration de la qualité. Les structures informelles laissent place à l'émergence du leadership clinique et à la mobilisation de l'autorité de gouvernance détenue par les divers acteurs présents dans l'organisation. Scally et Donaldson (1998) évoquent qu'un leadership clinique fort est essentiel à l'atteinte des principes de la gouvernance clinique.

Le contexte organisationnel, par ses systèmes et ses dimensions, vise à soutenir le développement et l'évolution des pratiques cliniques vers l'optimisation de la qualité des soins et des services. L'organisation mobilise son discours managérial et ses structures

formelles et informelles pour potentialiser et instrumenter l'agir professionnel pour favoriser la performance clinique. Le développement d'une culture organisationnelle axée sur l'excellence et l'efficacité dans les soins et services de santé liée à l'implantation de structures organisationnelles formelles visent à soutenir les professionnels dans leur travail auprès des personnes malades. Les structures informelles de l'organisation laissent place à l'émergence du leadership clinique et à la coopération entre les différents acteurs.

Ainsi, les contextes organisationnels ont un impact sur l'agir stratégique des acteurs (Denis et al., 2007; Jarzabkowski, 2004; Whittington, 1996; Whittington, 2004). Ils sont composés de règles, de procédures d'action et mettent des ressources à la disposition des acteurs (Bourdieu, 1980; Giddens, 1984) et offrent des ressources que les acteurs peuvent s'approprier pour agir stratégiquement et renouveler leurs pratiques (Bourdieu, 1980). En offrant certaines ressources (matérielles, financières, informationnelles, etc.) plutôt que d'autres, les contextes organisationnels restreignent ou accroissent la capacité d'action des acteurs. En ce sens, plusieurs auteurs évoquent l'importance du contexte d'action dans lequel se situent les pratiques puisqu'ils agissent en tant que structures sociales qui déterminent en partie les pratiques des acteurs (Bourdieu, 1980; Giddens, 1984; Turner, 2001).

Nous avons vu que les professionnels détenaient une autorité de gouvernance dans les organisations professionnelles. De plus, les contextes organisationnels dans lesquels évoluent les pratiques cliniques agissent sur ces dernières en favorisant ou en restreignant leur capacité d'action. Ainsi, l'implication des professionnels dans le renouvellement des pratiques cliniques et la transformation de l'organisation est étroitement liée aux ressources offertes dans l'environnement organisationnel.

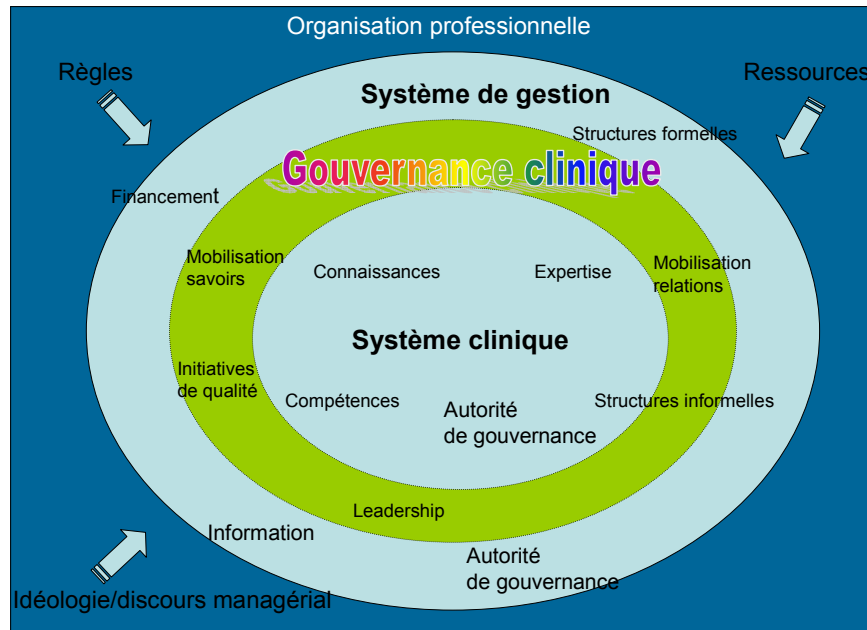
Discussion : repenser la gouvernance clinique

Pour offrir des assises théoriques à la gouvernance clinique, favoriser son implantation et repenser sa modélisation, nous nous sommes appuyés sur le courant

britannique de la gouvernance clinique, sur la notion de gouvernance développée par Hatchuel (2000) et sur les caractéristiques de l'organisation qui favorisent l'engagement des acteurs vers les principes de qualité des soins et des services. Cette littérature nous a permis de mieux comprendre les dynamiques entre l'organisation et les pratiques cliniques et de proposer une modélisation renouvelée de la gouvernance clinique. Cette modélisation permet, à notre avis, de répondre aux enjeux d'implantation et de synergie face à la gouvernance clinique en offrant une vision dynamique de la gouvernance clinique.

À la lumière de la littérature, nous redéfinissons la gouvernance clinique comme un espace situé entre le système de gestion et le système clinique d'une organisation. Cet espace est considéré comme un nouvel objet de gouvernement et un nouveau mode d'action collective. La gouvernance clinique est un lieu où se mobilisent conjointement les savoirs et les relations émergeant des acteurs du système de gestion et du système clinique et ce, de façon égalitaire et enrichissante pour tous les acteurs présents au sein de ces systèmes. La gouvernance clinique inclut l'ensemble des initiatives permettant d'optimiser la qualité des soins et des services de santé. L'autorité de gouvernance détenue par les professionnels du système clinique et par les gestionnaires du système de gestion est mise au bénéfice de l'amélioration de la qualité des soins. Cette autorité partagée renforce l'importance pour les professionnels de participer à la transformation de l'organisation qui soutient leur pratique. La figure 5 présente le modèle renouvelé de gouvernance clinique.

Figure 5 Modèle renouvelé de gouvernance clinique



Dans ce modèle renouvelé de gouvernance clinique, l'organisation professionnelle mobilise des ressources, des règles et une idéologie qui agit sur les systèmes en favorisant ou en restreignant le pouvoir d'action des acteurs présents. Au cœur de ce modèle se retrouve le système clinique, centre opérationnel de l'organisation professionnelle. Ce système est mobilisé par les compétences, l'expertise et les connaissances détenues par les professionnels. Les acteurs de ce système détiennent une autorité de gouvernance appuyée sur leur savoir et expertise. Le système de gestion est en appui au système clinique et vise à provoquer et à soutenir l'engagement des professionnels envers les objectifs de qualité et de performance véhiculés par l'organisation. Le système de gestion mobilise les structures formelles, l'information, le financement afin de permettre aux professionnels d'accroître leur performance clinique. Les structures informelles, autre dimension associée aux organisations selon Crozier et Friedberg (Crozier & Friedberg, 1977), laissent place à l'émergence du leadership clinique et organisationnel face aux initiatives de qualité. Quant

à la gouvernance clinique, elle est l'espace situé entre le système de gestion et le système clinique. Ce nouvel espace de mobilisation des savoirs et des relations inclut et laisse place à l'émergence d'initiatives managériales et cliniques favorisant la qualité des soins et services, l'excellence clinique et la performance du système. Elle vise à rapprocher le système clinique et le système de gestion vers l'atteinte de l'excellence. Tous les acteurs détiennent une autorité de gouvernance. Ceci favorise leur implication à l'implantation d'initiatives de qualité et leur confère une imputabilité et une responsabilité face aux initiatives mises en œuvre.

Conclusion

Le modèle renouvelé de gouvernance clinique tente de répondre aux enjeux d'implantation et de synergie soulevés dans l'approche britannique de la gouvernance clinique. La gouvernance clinique se veut un lieu d'action collective, de mobilisation de relations d'échange et de savoirs et de développement d'initiatives de qualité. Elle est un nouvel espace où s'exerce l'autorité des différents acteurs plutôt que d'autres formes d'ajustement informels pour coordonner l'action collective. La gouvernance clinique vise l'enrichissement mutuel au profit de l'excellence clinique et organisationnelle et ce, pour le mieux-être des patients nécessitant des soins de santé.

Adresse pour correspondance : Isabelle Brault, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal (Québec), Canada H3C 3J7.

Les auteurs tiennent à remercier M. André-Pierre Contandriopoulos, PhD, Dr. Marie-Pascale Pomey, PhD et Mme Mylaine Breton, candidate au PhD (santé publique) pour les commentaires reçus sur une version antérieure de cet article. Ce texte a bénéficié des discussions lors de la préparation et au cours du colloque «Repenser la pratique clinique et transformer les organisations» des entretiens Jacques-Cartier tenu à Lyon, France en

décembre 2007. Nos remerciements à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Québec pour son soutien financier dans la préparation de cet article.

Références

- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Les Éditions de Minuit
- Buetow, S. A., & Roland, M. (1999). Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in health care*, 8(3), 184-190
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-51
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215 p
- Department of Health. (1998). *First Class Service: Quality in the New NHS* (p. 86 p). Londres, Angleterre: United Kingdom Department of Health.
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank quarterly*, 79(2), 281-315
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration* Berkeley: University of California Press.
- Goodman, N. W. (1998). Clinical governance. *BMJ*, 317(7174), 1725-1727
- Halligan, A., & Donaldson, L. (2001). Implementing Clinical Governance: Turning Vision Into Reality. *BMJ*, 322(7299), 1413-1417
- Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective? Dans É. Aube (dir.), *Prospective pour une gouvernance démocratique*. Paris.
- Jarzabkowski, P. (2004). Strategy as Practice: Recursiveness, Adaptation, and Practices-in-Use. *Organization Studies* 25(4), 529-560 P
- Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1), 5-27 p

- Miller, D. (1987). The Genesis of Configuration. *Academy of Management Review* 12(4), 686-701
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1989). L'organisation professionnelle (*Le management : Voyage au centre des organisations*). Paris: Les Éditions de l'Organisation.
- Mintzberg, H., Lampel, J., & Ahlstrand, B. (1998). *Strategy Safari : A Guided Tour Through The Wilds of Strategic Management*. (1 édition^e éd.). New York: New York: Free Press.
- Rosen, R. (2000). Clinical Governance in Primary Care. Improving Quality in the Changing World of Primary Care. *BMJ*, 321(7260), 551-554
- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the NHS in England. *BMJ* 317(61), 61-65
- Starey, N. (2003). What is clinical governance? *Evidence-based medicine*, 1(12)
- Turner, S. (2001). Throwing out the tacit rule book: learning and practices. Dans T. Schatzki, R., K. Cetina, R., & E. von Savigny (dir.), *The Practice Turn in Contemporary Theory* (1 édition^e éd., p. 224). London: Routledge.
- Vanu Som, C. (2004). Clinical governance : a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal*, 9(2), 87-90
- Wallace, L. M., Freeman, T., Latham, L., Walshe, K., & Spurgeon, P. (2001). Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Quality in health care*, 10(2), 76-82
- Whittington, R. (1996). Strategy as Practice. *Long Range Planning*, 29(5), 731-735
- Whittington, R. (2004). Strategy after modernism: recovering practice. *European Management Review*, 1, 62-68

Chapitre 6 La réforme des services en oncologie en Ontario : les leviers de gouvernance clinique en soutien aux changements (Article 2)

Brault, Isabelle, Denis, Jean-Louis

Au moment du dépôt de la thèse, une version précédente de cet article avait été présentée à titre de *discussion paper* à la conférence annuelle de l'Academy of Management tenue à Montréal, le 10 août 2010. La version anglaise présentée à ce congrès est à l'annexe 3. La version de l'article présentée dans ce chapitre a bénéficié des judicieux commentaires de réviseurs anonymes de l'AOM. Je tiens à les remercier.

Abrégé

Au début des années 2000, l'Ontario procède à une importante réforme des services dans le domaine de l'oncologie fondée sur les principes de la gouvernance clinique. La gouvernance clinique vise l'amélioration continue de la qualité par la création d'un contexte favorable au développement des pratiques professionnelles et par l'engagement des professionnels envers la qualité des soins. Cette réforme a nécessité la mobilisation de nombreux leviers de gouvernance clinique pour soutenir l'ensemble des transformations.

L'objectif de cet article est de mieux comprendre les processus de changements délibérés rendus possibles par la mobilisation de leviers de gouvernance clinique. Ces leviers sont des moyens d'action pour faciliter l'introduction de changements dans les systèmes de santé et se regroupent en quatre types : légaux, structurels, économiques et de communication. Ils agissent à divers niveaux du système de soins et visent des changements dans les pratiques des acteurs ou dans les relations entre les acteurs.

Notre analyse empirique porte sur l'étude approfondie d'un cas constitué du modèle d'organisation des services dans le domaine du cancer en Ontario. Notre stratégie de recherche est de type qualitatif et nos données proviennent de trois sources : d'entrevues semi-structurées, d'analyse de la documentation et d'observations non participatives. Nos résultats permettent de dégager trois phases et plusieurs étapes qui illustrent l'implantation de la réforme des services en oncologie dans cette province.

Notre étude permet de conclure que la transformation du Cancer Care Ontario est le reflet d'un changement radical de type évolutif rendu possible par la mobilisation de leviers à tous les niveaux du système de soins. Elle soulève qu'au-delà des transformations structurelles, il est nécessaire de créer des organisations aux capacités d'action accrues pour implanter les nombreuses transformations commandées par les réformes. Une réforme des soins favorisant l'émergence d'un système de gouvernance clinique est favorisée par l'addition de chacune des phases de la transformation.

Dans l'élaboration de réformes en santé, les décideurs tireront avantage de ces résultats de recherche où le pilotage des réformes est favorisé par des organisations aux capacités de pilotage accrue. Ces nouvelles capacités s'actualisent par la mobilisation de leviers qui permettent de créer une synergie entre les différentes composantes du système santé.

Introduction

Les États modernes tentent délibérément de réformer les services de santé selon des critères d'efficacité et d'efficience (Saltman & Figueras, 1998). À la fin des années 1990, l'Angleterre entreprend une importante réforme de ses services de santé axée sur deux critères : l'excellence et l'efficience (Department of Health, 1998). La gouvernance clinique est alors introduite en tant qu'outil privilégié pour atteindre ces critères de performance. Par définition, la gouvernance clinique est un cadre par lequel les organisations du National Health Service (NHS) sont tenues imputables de l'amélioration

continue de la qualité de leurs services, de la sauvegarde de hauts standards de qualité, et ce, en créant un environnement propice au développement de l'excellence clinique (Department of Health, 1998). La gouvernance clinique suppose de considérer un ensemble de dimensions organisationnelles (Vanu Som, 2004) favorables à la mise en place de changements durables dans les organisations de santé. Elle rallie l'ensemble des approches d'amélioration de la qualité des soins et propose une vision intégrée et globale de la qualité dans le domaine de la santé (Halligan & Donaldson, 2001). La gouvernance clinique suggère d'implanter de nombreuses composantes de la gestion des risques et de la performance clinique et administrative, des programmes de qualité des soins, d'assurer la gestion de l'information et l'imputabilité dans les services (McSherry & Pearce, 2002). Selon cette perspective, la qualité des soins et des services devient une responsabilité conjointe des organisations et des professionnels (Wallace, Freeman, Latham, Walshe, & Spurgeon, 2001) et offre un rôle accru aux cliniciens dans les initiatives d'amélioration de la qualité (Buetow & Roland, 1999). En ce sens, la gouvernance clinique est plus ou moins hiérarchique ou participative et laisse place à l'échange entre les structures formelles et informelles de l'organisation en vue d'institutionnaliser des principes d'amélioration continue de la qualité des soins et des services dans l'ensemble de l'organisation. Les gestionnaires doivent contrôler étroitement la performance de l'organisation tout en laissant de l'autonomie aux professionnels dans l'atteinte des standards de soins (Scally & Donaldson, 1998).

La gouvernance clinique nous apparaît comme une volonté de transformer l'ensemble de l'organisation de manière à rendre l'organisation habilitante pour les professionnels et les intervenants dispensant les soins de santé. Toutefois, de nombreux auteurs affirment que l'introduction de changements dans les systèmes de santé est difficile (Champagne, 2002; Contandriopoulos, 2003; Denis, 2002). Ces difficultés peuvent s'expliquer par la nature même des organisations de santé. Dans ces organisations professionnelles (Mintzberg, 1989) dites aussi pluralistes (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Denis, Lamothe, & Langley, 2006), l'autonomie détenue par les acteurs favorise

l'inertie (Contandriopoulos, 2003), le pouvoir diffus entre différents groupes d'acteurs et les objectifs divergents poursuivis par ces derniers favorisent aussi le statu quo (Denis et al., 2006).

Pour introduire des changements dans les organisations publiques, certains auteurs utiliseront des leviers au changement (Denis et al., 2006), des instruments ou des outils de gouvernance (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Salamon, 2002). Pour répondre aux différents enjeux entourant la gestion du changement dans les organisations de santé, nous croyons que l'implantation de processus d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients nécessite l'utilisation de leviers spécifiques à la gouvernance clinique. Les leviers de gouvernance clinique comportent un ensemble de processus pour lier plus explicitement les pratiques professionnelles et le contexte organisationnel en vue d'atteindre les principes d'excellence et d'efficience dans les soins et les services de santé. Toutefois, dans la littérature sur la gouvernance clinique, les leviers utilisés en soutien aux pratiques professionnelles semblent davantage de type hiérarchique comportant un degré élevé de contrôle sur les pratiques cliniques plutôt que de type participatif et pouvant permettre la potentialisation de ces dernières vers l'excellence clinique.

Deux objectifs sont poursuivis dans cet article. Le premier est de développer un cadre conceptuel de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique et le deuxième objectif vise à décrire le rôle des leviers dans l'évolution du modèle d'organisation des services et dans la transformation des pratiques cliniques. Globalement, nous souhaitons donc mieux comprendre les processus de changements délibérés rendus possibles par la mobilisation des leviers de gouvernance clinique. Nous posons l'hypothèse suivante : les transformations associées à l'implantation des principes de gouvernance clinique nécessitent la mobilisation de leviers agissant à plusieurs niveaux du système de soins.

Notre analyse empirique porte sur la réforme des services dans le domaine de l'oncologie dans la province canadienne de l'Ontario. Dans cette province, le Cancer Care Ontario (CCO) est l'organisation responsable des orientations stratégiques et de la qualité

des soins et services en oncologie. Notre étude analyse les leviers de gouvernance clinique mobilisés pour soutenir les transformations en vue d'implanter dans cette province, un projet d'amélioration continue de la qualité des soins et des services. Selon nous, la complexité des soins dans le domaine de l'oncologie et l'interdépendance des professionnels dans l'offre de soins et de services apparaît être un domaine privilégié pour analyser comment l'organisation agit dans l'instrumentation et dans la régulation des pratiques des professionnels et comment elle implique ces derniers dans le renouvellement de l'organisation.

L'article s'articule comme suit : la première section est essentiellement descriptive et fait état des connaissances sur les leviers de changement et sur les instruments de gouvernance utilisés pour transformer les organisations. À la lumière de cette littérature, nous présentons un modèle conceptuel de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique. Nous présentons ensuite nos résultats empiriques qui illustrent les différentes phases de la réforme des services en oncologie en Ontario. Pour chacune des phases, nous résumons la présence et la portée des leviers mobilisés pour implanter des changements à grande échelle dans ce système de soins et rendre tangible un projet d'amélioration de la qualité des soins et des services dans un domaine spécialisé de soins de santé. Notre discussion pose un regard sur l'ensemble de la transformation et soulève trois contributions importantes de notre étude. La première, la transformation du Cancer Care Ontario est le reflet d'un changement radical de type évolutif rendu possible par la mobilisation de leviers de gouvernance clinique à tous les niveaux du système de soins. La deuxième, les réformes doivent créer des organisations aux capacités de pilotage accrues pour soutenir les projets de transformation. La troisième contribution concerne l'exercice de la gouvernance clinique où l'atteinte de haut niveau de performance dans les organisations réside dans la création d'une synergie dans l'ensemble d'un système.

Globalement, notre contribution se situe dans une meilleure compréhension des enjeux entourant l'utilisation et l'appropriation par les acteurs des leviers de gouvernance clinique. Notre recherche offre également une meilleure compréhension de la gouvernance

clinique comme dispositif qui maîtrise et accommode les tensions entre le domaine clinique et le domaine de gestion d'une organisation. Notre étude comporte la limite suivante : l'analyse ne porte pas sur l'efficacité des différents types de leviers, mais bien sur les enjeux reliés à leur mobilisation.

Les leviers de gouvernance clinique

Dans cet article, nous définissons les leviers de gouvernance clinique comme les moyens qu'utilisent les acteurs en position d'autorité pour produire des changements dans les relations entre les acteurs impliqués dans l'offre de soins et dans les pratiques de ces derniers (inspiré de De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Denis et al., 2006; Salamon, 2002; Schneider & Ingram, 1990). Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins, l'utilisation de ces moyens vise d'une part, à faciliter l'implantation d'un contexte organisationnel potentialisant les pratiques professionnelles et d'autre part, à agir directement sur les pratiques professionnelles pour assurer une meilleure qualité des soins. Les leviers de gouvernance clinique peuvent donc limiter ou faciliter les activités des professionnels dans l'atteinte de la performance et de la qualité. Cette section vise à décrire les différents types de leviers rencontrés dans les écrits scientifiques, à présenter certaines dimensions de leur classification, à offrir des exemples de représentations des leviers dans le système de santé et à considérer les limites qui leur sont associées.

De nombreux écrits scientifiques sur le changement et la gouvernance des organisations publiques préconisent l'utilisation de leviers, d'instruments ou d'outils pour introduire des changements (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Denis et al., 2006; Gilbert, Brault, Breton, & Denis, 2007; Salamon, 2002; Schneider & Ingram, 1990). Les instruments et les outils de gouvernance ainsi que les leviers de changement sont des termes différents pour discuter d'une même réalité : les moyens utilisés pour introduire des changements dans les organisations publiques.

Les instruments et les outils de gouvernance ainsi que les leviers de changement peuvent se regrouper en quatre grands types : les leviers légaux, les leviers structurels, les leviers d'échange et de communication et les leviers économiques. Les instruments légaux sont constitués des lois et des prohibitions (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). La mobilisation de ce type d'instrument agit directement sur les organisations et nécessite une autorité formelle et un pouvoir hiérarchique (Gilbert et al., 2007). Les leviers structurels visent la modification délibérée des frontières formelles des organisations (Denis et al., 2006). Les changements structurels créent de nouveaux espaces d'échange et de collaboration entre les acteurs et incite à l'utilisation des autres types de leviers (Denis et al., 2006). Les leviers structurels et légaux donnent un signal clair et puissant aux acteurs pour favoriser un changement (Denis et al., 2006) et visent à transformer de façon radicale (Greenwood & Hinings, 1996) l'organisation en modifiant de façon fondamentale la trajectoire et les buts poursuivis par l'établissement de nouvelles frontières organisationnelles. Les nouvelles formes organisationnelles telles que les réseaux de services intégrés, les groupes de médecine familiale ou les fusions d'établissements sont des exemples de représentations concrètes des leviers structurels tandis que l'ensemble des lois modifiant la dispensation des soins de santé telle que les politiques de santé sont des exemples de leviers légaux.

Les leviers d'échange et de communication favorisent le transfert d'informations (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997) et visent à provoquer le changement par la délibération et les conversations entre les acteurs (Denis et al., 2006). Selon ces auteurs, ce type de levier agit de façon non-intrusive sur le comportement des acteurs et permet aux groupes aux intérêts divergents de se prononcer et de participer aux transformations de l'organisation. Ces leviers poursuivent principalement des fonctions de persuasion et d'influence. Les échanges de points de vue, les discussions et les dialogues favorisent le partage des représentations que possèdent les acteurs. Ces leviers peuvent permettre l'appropriation d'une problématique par les acteurs et sa traduction en actions concrètes dans sa résolution. Ils s'intéressent davantage aux questions d'apprentissage que peuvent

retirer les acteurs de l'utilisation des leviers d'échange et de communication. Leur utilisation provoque des changements de nature convergente (Greenwood & Hinings, 1996) avec les buts de l'organisation. La planification des orientations stratégiques, le développement de protocoles de soins, les tables de concertation, la participation à des projets spéciaux, les communautés de pratiques, l'intégration des équipes professionnelles aux développements de nouveaux programmes de soins comptent parmi les leviers d'échange et de communication.

Les leviers économiques réfèrent aux incitations financières accordées à l'implantation de projets spéciaux ou aux transformations dans les modes de rémunération (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). L'injection d'argent conditionnelle à l'atteinte de résultats cliniques spécifiques peut avoir un potentiel de transformation important. L'exemple du «pay-for-performance» au Royaume-Uni illustre ce fait. Dans ce pays, une rémunération supplémentaire de certains actes médicaux est liée à l'atteinte de critères de qualité dans les soins de santé (Roland, 2004). Les leviers économiques comprennent l'ensemble des incitations financières qui visent à modifier les modalités de financement entre les différents paliers gouvernementaux, à créer de nouveaux projets et à attirer les acteurs à y participer et à exiger des résultats en termes de qualité des soins en regard d'interventions de soins spécifiques.

Salamon (2002) soulève des enjeux dans la classification des outils de gouvernance. Selon cet auteur, une multitude de dimensions pourraient être comparées et contrastées entre les outils. Ils n'apparaissent que rarement dans leur forme pure, ce qui rend difficile leur classification. Malgré ce fait, Salamon (2002) propose quatre dimensions pour comparer les outils de gouvernance entre eux: le degré de coercition, la dimension directe des outils, le degré d'automaticité et la transparence. Chacune de ces dimensions est associée à différents degrés allant d'un degré faible, modéré ou élevé.

En s'appuyant sur les travaux de Salamon (2002) un outil à caractère coercitif vise à contraindre le comportement des individus. Selon cet auteur, un haut degré de coercition

rend l'outil hautement efficace, mais ces outils sont plus difficiles à gérer puisqu'ils remettent en question de nombreuses décisions prises par les entités des réseaux. La dimension directe des outils réfère à la capacité d'une organisation ou d'une entité à autoriser, financer ou inaugurer par elle-même une activité publique (Salamon, 2002). L'organisation est autonome dans la production et le financement de ses services. Le degré d'automaticité d'un outil renvoie à son utilisation via une structure administrative existante ou à la création d'une nouvelle structure pour sa mobilisation (Salamon, 2002). Un outil comportant un degré élevé d'automaticité se mobilise dans les frontières existantes des organisations. La dernière dimension concerne la visibilité ou la transparence de l'outil. Salamon (2002) évoque qu'un outil transparent informe les utilisateurs des résultats et des ressources nécessaires à l'atteinte de ces résultats.

Le choix des types de leviers à mobiliser repose sur quatre principaux éléments : 1) le type d'acteurs à cibler dans le changement (Salamon, 2002), 2) les objectifs à atteindre, 3) les caractéristiques spécifiques au contexte qui peuvent faciliter ou contraindre l'activité de gouvernance (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997) et, 4) le niveau ciblé par le changement (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). Selon Bruijn et Ten Heuvelhof (1997), les instruments utilisés au niveau opérationnel visent à changer les comportements des acteurs tandis que les instruments utilisés au niveau institutionnel visent à transformer les relations entre les acteurs.

Certaines limites dans la capacité à produire des changements sont associées aux différents types de leviers. Les acteurs ciblés par le changement, l'environnement à transformer et la capacité des individus à mobiliser les leviers agissent sur leurs capacités à produire de réelles transformations. Certains acteurs répondront qu'à un seul type d'instruments puisqu'ils détiennent l'expertise et le savoir nécessaire à la manipulation de ce type d'instrument (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). De plus, un environnement composé de structures organisationnelles hiérarchiques impose des exigences spécifiques dans la mobilisation des instruments et diffère des structures par réseaux. Selon Salamon (2002), chaque outil ou instrument de gouvernance détient son propre mécanisme de

fonctionnement et ses propres règles ce qui exige de la part des gestionnaires et des professionnels qui les utilisent de développer des compétences spécifiques à l'activation et à la mobilisation des différents leviers. Toutefois, le succès des instruments ne doit pas dépendre uniquement de l'atteinte des objectifs fixés au départ (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997) mais aussi des apprentissages faits par les acteurs par leur utilisation.

Dans une perspective de gouvernance clinique, les leviers décrits ci-haut doivent tenter de produire une synergie entre les composantes clés nécessaires à l'implantation des principes de qualité des soins et de la sécurité des patients. Certains auteurs affirment que pour produire de véritables changements, les leviers doivent être mobilisés de façon simultanée et agir à de multiples niveaux (Denis et al., 2006). La gouvernance clinique nécessite de poser un regard systémique en matière de qualité des soins et de proposer des changements à plusieurs niveaux (McSherry & Pearce, 2002). La littérature propose de s'attarder aux caractéristiques des contextes de mobilisation des leviers de gouvernance clinique et leur utilisation doit répondre aux exigences de la nouvelle gouvernance. La nouvelle gouvernance repose sur une gestion publique davantage axée sur les réseaux et sur l'implication des acteurs publics et privés dans l'offre des services (Salamon, 2002). Dans ce contexte, les moyens d'action vers le changement doivent reposer davantage sur leur pouvoir de négociation, de persuasion, de coercition et d'implication (Salamon, 2002) et répondre aux particularités de la gestion des réseaux publics : la pluriformité (qui implique un nombre élevé d'acteurs), l'autonomie des acteurs, l'interdépendance des acteurs et les variations entre les réseaux (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). Dans les organisations de santé, les moyens d'action vers le changement visent à influencer les forces d'inertie associées à l'autonomie individuelle des différents acteurs, au pouvoir diffus et aux objectifs divergents poursuivis par ces acteurs (Denis et al., 2006). La spécificité des leviers de gouvernance clinique réside donc dans leur capacité à agir dans un contexte particulier, celui de soins de santé et à produire une synergie entre les diverses composantes associées à la qualité des soins et à la sécurité des patients dans les milieux de soins.

Dans la prochaine section, nous présentons le modèle conceptuel de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique qui émerge de notre revue de littérature et qui guidera notre analyse empirique.

Modèle conceptuel de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique

À la lumière des travaux sur les leviers de changement (Denis et al., 2006), les outils (Salamon, 2002) ou les instruments (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997) de gouvernance nous utiliserons dans le cadre de notre recherche, le vocable «leviers de gouvernance clinique» pour référer aux différents instruments, outils ou leviers utilisés pour produire du changement. Nous définissons les leviers de gouvernance clinique comme des moyens d'action pour transformer les pratiques des acteurs ou les relations entre ces derniers en vue d'atteindre les principes d'excellence et d'efficience dans les soins et services de santé. La spécificité des leviers de gouvernance clinique réside dans son utilisation dans un environnement particulier, celui des soins de santé. En plus de viser des transformations dans les relations ou dans les pratiques des acteurs, l'utilisation des leviers de gouvernance clinique vise à créer des espaces de dialogue entre le monde organisationnel et celui des professionnels afin de potentialiser l'agir professionnel nécessitant le monde organisationnel pour s'exercer.

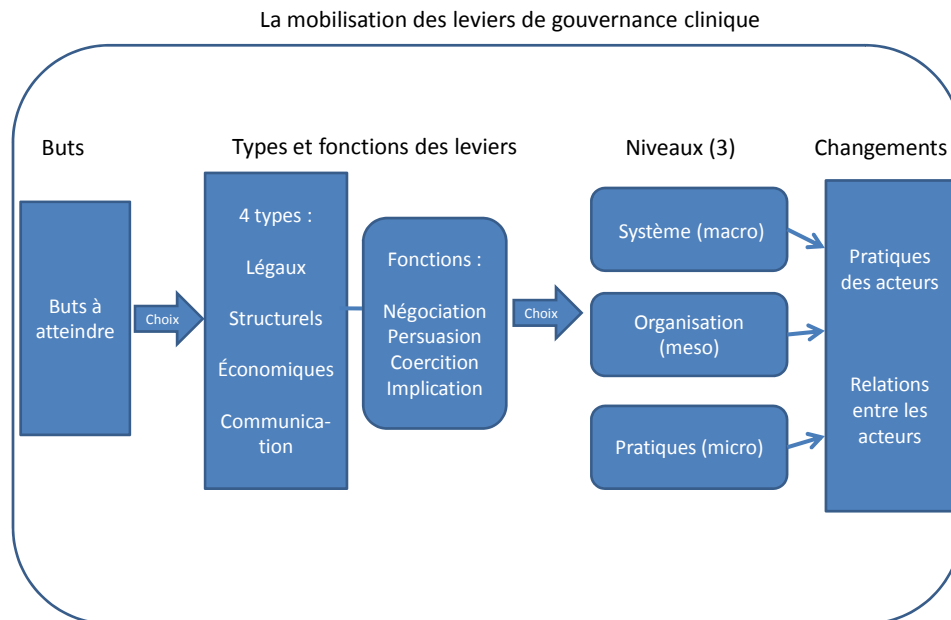
L'utilisation des leviers de gouvernance clinique s'effectue dans le cadre d'un processus de changement délibéré. Tout en sachant que les leviers sont limités dans la production des changements, nous retenons dans les travaux des auteurs précédemment cités que le choix du type de leviers de gouvernance clinique (légaux, structurels, d'échanges et de communications, économiques,) repose essentiellement sur les buts à atteindre, les acteurs ciblés par le changement, les caractéristiques de l'environnement ainsi que le niveau visé par le changement. Comme le soulignaient de Bruijn et Ten Heuvelhof (1997), les instruments agissent différemment selon le niveau visé par le changement. Les

leviers peuvent agir au niveau macroscopique du système de soins, au niveau de l'organisation (mésoscopique) ou au niveau microscopique dans les pratiques des acteurs. L'utilisation des leviers de gouvernance clinique vise à créer une synergie entre les différents niveaux de soins. La portée des leviers peut se limiter qu'à un seul niveau ou en atteindre plus d'un à la fois. L'atteinte du niveau des pratiques professionnelles nécessite parfois l'utilisation de plus d'un levier.

Les leviers de gouvernance clinique seront classés selon les caractéristiques évoquées par Salamon (2002) : leur pouvoir de négociation, de persuasion, de coercition et d'implication. Selon nous, ces rôles associés aux leviers de gouvernance clinique répondent mieux aux caractéristiques des milieux pluralistes comme les organisations de santé.

Le choix des instruments est déterminant puisque selon l'instrument utilisé, les processus et les résultats seront affectés. Ultimement, l'utilisation des leviers favorise les changements dans les pratiques des acteurs ou dans les relations entre les différents acteurs. La figure 6 représente le modèle conceptuel de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique.

Figure 6 Modèle conceptuel de la mobilisation des leviers de gouvernance clinique



Méthodologie

Nos données empiriques proviennent d'une étude de cas. Nous avons procédé à l'étude approfondie d'un cas constitué d'un modèle d'organisation des services dans le domaine du cancer. Notre étude porte sur le modèle d'organisation des services en cancer dans la province canadienne de l'Ontario. Étant donné les transformations récentes dans l'organisation des services en cancer dans cette province et l'implantation d'une nouvelle structure de gouverne, ce cas s'avérait révélateur pour analyser les leviers de gouvernance clinique qui peuvent être utilisés pour transformer les pratiques des professionnels et agir sur le contexte de soins. Selon Yin (2003) et Stake (1995) l'étude de cas permet une compréhension fine des contextes à l'étude. Notre stratégie de recherche est de type qualitatif et nos données proviennent de trois sources principales : d'entrevues semi-structurées, d'analyse de documentation et d'observations non participatives. Nos

observations se sont déroulées de 2006 à 2008. Nous avons procédé à des entrevues auprès d'informateurs clés dans le domaine du cancer impliqués à toutes les étapes et à tous les niveaux dans les programmes de lutte contre le cancer (président et directeurs des services en cancer, responsables des programmes régionaux, leaders cliniques, professionnels infirmières, etc.). Vingt-cinq entrevues d'une durée de 60 à 90 minutes ont été effectuées. Chaque entrevue a été transcrite et codifiée selon des thèmes préétablis. Les entrevues ont permis de rejoindre les informateurs clés dans huit types d'organisations différentes imputables auprès du Cancer Care Ontario sur la prestation des services en cancer.

Nos données comprennent l'analyse d'une abondante documentation (organigramme, rapports gouvernementaux, rapports annuels, site Internet, prise de position, publications, etc.). Cette documentation a permis de caractériser le modèle d'organisation des services dans le domaine du cancer. Finalement, nos données incluent l'observation non participante de réunions stratégiques (comité de vérification et de finances et comité de planification, performance et recherche) et des réunions cliniques de la communauté de pratiques des infirmières de pratique avancée en oncologie. Au total, 22 réunions ont été observées. L'ensemble de ces réunions nous ont permis d'observer les dynamiques entre les acteurs impliqués dans les services en cancer et le contexte organisationnel, de saisir la perspective globale du système en cancer, de décrire ses différentes composantes, d'identifier les acteurs influents et de connaître les priorités de développement du système.

Notre stratégie d'analyse des données repose en premier lieu sur la triangulation de nos sources de données : les entrevues, la documentation écrite et l'observation non participante des réunions cliniques et stratégiques. La triangulation est un processus visant à maximiser la validité interne d'une étude (Patton, 2002). Les entrevues avec les informateurs clés ont été retranscrites. À la lecture des entrevues, des codes d'analyse ont été identifiés (Strauss & Corbin, 1990) afin de procéder à des regroupements selon les grandes catégories étudiées : modèle d'organisation des services, financement, imputabilité, pratiques stratégiques, etc. Nous avons ensuite utilisé une stratégie d'analyse narrative

(Langley, 1999) afin de décrire les différentes phases de la transformation du système de soins en cancer dans la province. Cette stratégie nous a permis de créer une représentation claire de la réforme. Nous avons également utilisé la stratégie graphique (Denis, Lamothe, & Langley, 2001) afin de représenter schématiquement le modèle d'organisation des services ainsi que les différentes phases de la transformation. La prochaine section fait état de nos résultats de recherche. Nous débutons par présenter le contexte de l'étude pour ensuite présenter l'ensemble des phases et des étapes nécessaires à la restructuration des services en cancer dans la province de l'Ontario.

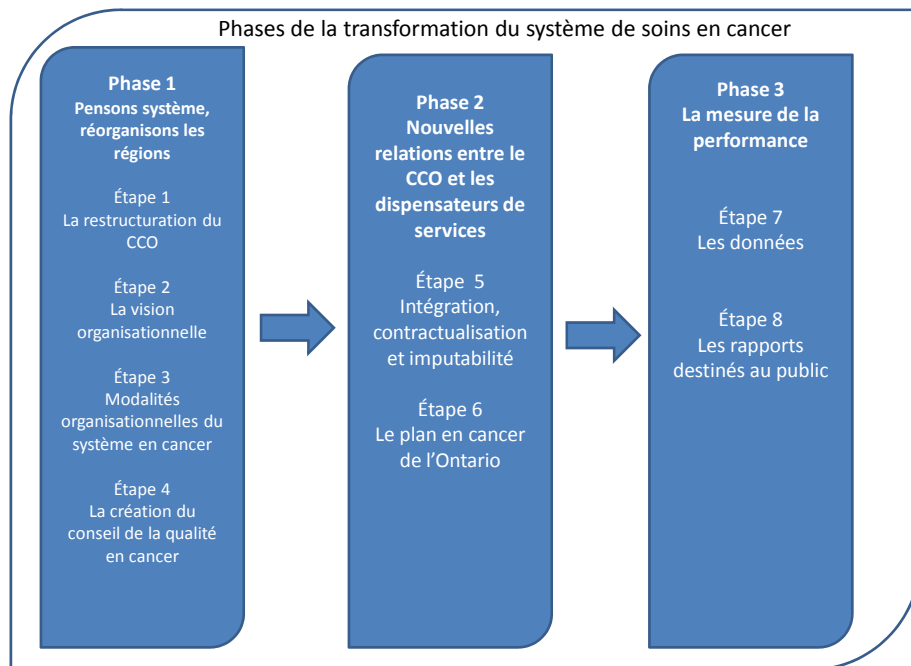
Contexte de l'étude

En 2001, suite à une crise reliée au temps d'attente pour les chirurgies et les traitements de radiothérapie contre le cancer en Ontario, le gouvernement ontarien entreprend une importante restructuration des services dans le domaine de l'oncologie (Sullivan, Dobrow, Thompson, & Hudson, 2004). Cette restructuration fait suite aux recommandations du comité de mise en œuvre des services de lutte contre le cancer (Hudson, 2001). Elle vise à améliorer la performance et la qualité dans les soins et services et à créer le Conseil de la qualité des soins en oncologie de l'Ontario, organisme responsable du développement d'indicateurs à la performance des services. Cette réforme s'accompagne de modifications substantielles des rôles et mandats de l'agence provinciale en oncologie, le Cancer Care Ontario (Sullivan et al., 2004). Ces changements introduisent une nouvelle philosophie de gestion de la performance qui s'appuie sur les bases déjà existantes des soins fondés sur les évidences (Greenberg, Angus, Sullivan, & Brown, 2005). En s'appuyant sur l'expérience de l'Ontario, nous avons analysé la présence et la portée des leviers de gouvernance clinique mobilisés pour soutenir l'ensemble des transformations. Dans la prochaine section, nous présentons l'ensemble des phases et des étapes nécessaires à la restructuration des services en cancer dans la province de l'Ontario.

Résultats

La triangulation de nos données a fait émerger trois phases et de nombreuses étapes dans la transformation du système de soins et services en oncologie de l'Ontario. La phase 1 est intitulée : pensons système, réorganisons les régions, la phase 2 porte sur les nouvelles relations entre le CCO et les dispensateurs de services et la phase 3 concerne la mesure de la performance. Ces phases se répartissent dans un horizon temporel de 2001 à 2007. Les phases sont présentées de façon séquentielle, mais certaines étapes se sont déroulées de façon simultanée ou quasi simultanée. La figure 7 offre une vision d'ensemble de la séquence de la transformation.

Figure 7 Les phases de la transformation du système de soins en oncologie



Phase 1 : Pensons système, réorganisons les régions

La phase 1 de la réforme porte sur la mise en place d'un système de soins et services en oncologie. Cette première phase a nécessité de repenser aux soins et aux services dans

une perspective systémique et de poser un regard sur l'ensemble de l'organisation des services plutôt que sur les entités organisationnelles individuelles. Cette phase comporte quatre étapes : la 1^{re} étape est la restructuration du Cancer Care Ontario, la 2^e étape concerne le développement de la vision organisationnelle, la 3^e étape repose sur le développement des modalités organisationnelles du système en oncologie pour atteindre les objectifs de mission et de vision et la 4^e étape, la création du Conseil de la qualité des soins en oncologie de l'Ontario. L'horizon temporel de cette phase 1 a été d'environ trois ans (2001 à 2004).

Étape 1 : La restructuration du Cancer Care Ontario

Dans la réforme des soins et services dans le domaine du cancer en Ontario, l'agence en oncologie, le Cancer Care Ontario, se voit soustraire ses rôles de dispensateur direct de services pour se consacrer à un rôle stratégique de planification des services et d'assurance de la qualité. Ainsi depuis 2004, le Cancer Care Ontario détient le pouvoir et la responsabilité d'acheter des services auprès des organisations dispensant des soins (Sullivan et al., 2004). Le CCO a pour mandat d'aviser le ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario sur la planification stratégique des soins en cancer dans la province. Le CCO sort donc de son rôle traditionnel de dispensateur de services et adopte une mission axée sur la qualité, l'innovation et l'imputabilité de l'ensemble du système en cancer de la province (Greenberg et al., 2005). Cet énoncé de mission devient le moteur de la réorganisation interne du Cancer Care Ontario et de son positionnement dans le système de santé de la province.

« Nous sommes passés d'une organisation employeur à une organisation qui chapeaute, qui surveille le système en oncologie et qui recommande des changements dans le système auprès du gouvernement et des hôpitaux. Cela a vraiment changé nos relations avec les hôpitaux, avec les programmes en oncologie et cela a changé, je pourrais dire, l'ensemble de l'environnement de prestation des services en oncologie » (Directeur infirmier, niveau provincial)

Le Cancer Care Ontario assure la gouverne des services en cancer dans la province de l'Ontario et détient l'autorité légale régie par le *Cancer Act* (Government of Ontario, 1990) du gouvernement de l'Ontario. Le budget alloué au domaine du cancer provient des deux ministères de la Santé de la province : le Ministère de la Santé et des soins de longue durée et du Ministère de la promotion de la santé.

« ... en ayant une organisation telle que Cancer Care Ontario, vous avez une sorte de défenseur pour les patients atteints de cancer en Ontario. Vous avez des gens qui possèdent une expertise en oncologie et qui peuvent intervenir et fournir une argumentation fondée sur les preuves scientifiques dans le domaine du cancer. Vous parlez de médicaments contre le cancer, vous parlez de prestation des soins dans le système et vous êtes assurés qu'il y a quelqu'un qui s'occupe de patients atteints de cancer et du système en Ontario, c'est le Cancer Care Ontario » (Directeur provincial des finances)

Les nouveaux statuts du Cancer Care Ontario ont repositionné l'organisation dans le système de santé. Son rôle d'aviseur auprès du ministère lui confère une légitimité importante fondée sur les savoirs spécialisés dans le domaine du cancer détenus par cette organisation. Ce capital scientifique permet d'informer les décideurs des orientations stratégiques à prendre dans le domaine de l'oncologie. À cette étape, le Ministère de la Santé et des soins de longue durée visait à introduire dans le système de santé une agence dotée d'un pouvoir fondé sur la place hiérarchique détenu par cette agence dans le système de soins et d'un pouvoir scientifique en allouant des ressources pour la recherche.

Étape 2 : La vision organisationnelle

Suite à la création de l'entité CCO avec ces nouveaux mandats, le CCO a procédé à l'élaboration de nouveaux énoncés de vision et de mission pour guider l'ensemble des transformations. Le CCO a pour vision : *«travailler ensemble pour créer le meilleur système en cancer au monde»* et la mission est *«l'amélioration de la performance du système en cancer par la qualité, l'imputabilité et l'innovation dans tous les services reliés au cancer»*. Les principes de gestion du Cancer Care Ontario sont guidés par la transparence, l'équité, les soins fondés sur les données probantes, la performance du système,

l'engagement actif et l'utilisation à bon escient des fonds publics. La majorité des répondants situés au niveau stratégique affirment que l'énoncé de vision est incorporé dans leurs pratiques quotidiennes :

«... si vous regardez le travail que nous faisons, il est aligné avec la vision globale du système, nous sommes une organisation qui vise à changer le système. Donc, nous ne sommes pas seulement des intendants du système et du maintien du statu quo. ...la façon dont nous gérons Cancer Care Ontario vise à implanter des initiatives pour améliorer le système de cancer » (Vice-président régional)

« Je m'assure que ces trois domaines [qualité, reddition de compte, innovation] sont dans ma planification stratégique et que j'ai des livrables dans cette planification orientée vers la qualité, l'innovation et la reddition de compte. Je m'assure que tous les intervenants dans la province avec qui je travaille comprennent que ce sont les trois perspectives poursuivies pour lesquelles nous travaillons en collaboration et que nous visons à atteindre » (Directeur infirmier, niveau provincial)

Toutefois, au niveau des partenaires régionaux, la vision gagnerait à être précisée :

« Je ne peux pas préciser exactement l'objectif de la mission ou la vision, mais c'est autour de la qualité, de la prestation de bonnes pratiques et de la prestation des services de qualité pour améliorer la santé des Ontariens » (Directeur l'éducation au patient, niveau provincial)

Une répondante précise qu'il y a plusieurs visions en oncologie dans la province:

«... le réseau des hôpitaux du Health Sciences' Network a une vision, j'ai une vision pour la radiothérapie.... Donc il y a beaucoup de visions différentes, mais nous travaillons en partenariat avec le Cancer Care Ontario » (Directeur de radiothérapie, niveau régional)

Plus on s'éloigne du cœur stratégique du Cancer Care Ontario, plus la vision est diffuse et se fond aux autres missions et visions d'établissements. Le CCO gagnerait à rendre sa vision plus claire auprès des partenaires régionaux pour faciliter leur implication dans les programmes régionaux. La vision est l'un des leviers employés par le CCO pour atteindre ses objectifs d'amélioration de la qualité des soins et des services dans le domaine

du cancer. Elle vise à guider les actions de l'ensemble des partenaires impliqués dans les soins et les services.

Étape 3 : Modalités organisationnelles du système en oncologie

L'étape 3 se caractérise par la révision de la structure provinciale (interne au Cancer Care Ontario) et la révision des structures régionales. Cette étape visait à créer des structures pour la diffusion des informations et des mandats entre le Cancer Care Ontario et les régions. En ce qui concerne sa structure interne, le CCO s'est doté et a fait évoluer une structure organisationnelle comprenant une équipe de direction stratégique au niveau provincial, une équipe de direction stratégique au niveau régional et deux équipes de directeurs cliniques, l'une provinciale et l'autre régionale.

L'équipe de direction au niveau provincial se compose d'une vingtaine de membres : 1 président-directeur général, 9 vice-présidents, douze directeurs cliniques. Chaque personne en poste détient une expertise spécifique : planification stratégique, communications, finances, programme clinique spécifique, système d'information, etc. Les ressources humaines du niveau stratégique sont hautement qualifiées. La majorité détient une maîtrise ou un doctorat dans un domaine spécifique.

Au niveau régional, l'équipe de direction stratégique est composée de 14 vice-présidents régionaux. Ils sont responsables de l'implantation des programmes intégrés régionaux en oncologie. Les vice-présidents sont imputables à deux niveaux de gouverne, à l'hôpital régional logeant le centre en cancer et assurant la dispensation des traitements contre le cancer dans l'hôpital et au Cancer Care Ontario pour le développement du programme régional en oncologie. Selon ce répondant, cette double imputabilité place les vice-présidents dans une position particulière :

« Pour chacun des programmes intégrés en oncologie, il est un chef de file, qui généralement est appelé le vice-président régional. Il a donc deux emplois. Il ou elle a deux emplois. ...il dirige le programme en oncologie à l'hôpital régional où il est affilié et il est responsable de l'ensemble du programme régional en oncologie. Il est principalement imputable à l'hôpital

pour la prestation des services en oncologie à l'hôpital et il est imputable au Cancer Care Ontario pour l'ensemble du programme dans la région. Les vice-présidents régionaux sont donc dans une position particulière parce qu'ils doivent assurer la prestation des soins et des services pour l'ensemble de la région et pour l'hôpital. Mais en fin de compte, ils sont responsables de la qualité et de l'accessibilité aux services au sein de leur région. Et donc pour ce faire, ils ont développé des équipes régionales » (Vice-président des régions, niveau provincial)

Le leader auparavant responsable du centre en oncologie devient un responsable régional :

« En gros, la plupart des dirigeants de la région proviennent de programmes intégrés de cancérologie. Maintenant nous voulons qu'ils soient aussi des responsables régionaux, au-delà de l'hôpital. » (Vice-président des régions, niveau provincial)

L'équipe de directeurs cliniques provinciaux détient une expertise dans un champ précis (soins infirmiers, chirurgie, radiothérapie, soins palliatifs, éducation aux patients, imagerie, etc.) et agit à titre d'experts provinciaux pour ces spécialités. Les 12 directeurs cliniques provinciaux sont responsables du recrutement des directeurs cliniques régionaux. Les directeurs cliniques régionaux travaillent étroitement avec le directeur clinique provincial pour s'assurer de l'avancement des soins et de la qualité dans chacune de ces spécialités. Par exemple, pour les soins infirmiers, une direction clinique provinciale est consacrée aux soins infirmiers et à la psychologie oncologique et dans chacune des régions un poste de directeur clinique est voué aux soins infirmiers et à l'oncologie psychosociale. Les directeurs cliniques provinciaux ont le mandat de rencontrer et de donner la vision et les orientations stratégiques du CCO aux directeurs cliniques régionaux. Dans la plupart des cas, les directeurs cliniques régionaux des programmes sont sis dans les hôpitaux hôtes où ont été intégrés les centres en cancer.

La réforme du CCO se caractérise par le développement de la vision organisationnelle et l'implantation d'une structure organisationnelle en soutien à cette vision :

«... il y a beaucoup de vision autour de comment nous pourrions gérer le fardeau des soins du cancer dans le futur avec l'incidence du cancer qui

augmente. Les services sont maintenant dispensés par les centres en oncologie qui ont été intégrés dans les hôpitaux régionaux et le Cancer Care Ontario qui est maintenant l'organisation qui surveille la qualité de ces services et aussi qui cherche des moyens pour améliorer les choses, ... les indicateurs de qualité tels que les temps d'attente, et ... l'établissement de normes de pratique par lesquelles tous les centres régionaux d'oncologie doivent se conformer. Ainsi, tous aspirent à atteindre le même niveau de qualité en termes de normes. ... vous le savez, l'approche que nous prenons est très conforme à la vision qui a été articulée par CCO "(gestionnaire régional, clinique externe)

Les nouvelles modalités organisationnelles provinciales et régionales visent à créer une synergie renouvelée entre les différents paliers de soins. Elles visent aussi à créer un leadership stratégique fort et à mobiliser les équipes de directions au niveau local et régional.

Étape 4 : La création du conseil de la qualité des soins en oncologie

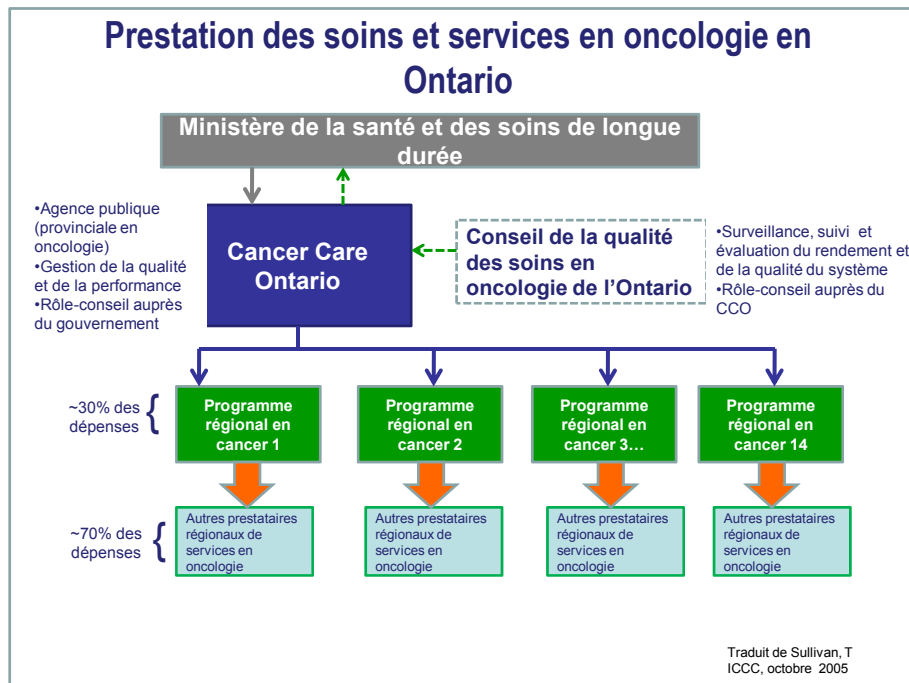
En parallèle à la révision des structures organisationnelles provinciale et régionale, le comité de mise en œuvre des services de lutte contre le cancer (Hudson, 2001) recommande la création du Conseil de la qualité des soins en oncologie de l'Ontario. Créé en 2002, cet organisme indépendant a pour mandat de contrôler la qualité des services et de faire rapport publiquement sur la qualité et la performance dans les services en oncologie dans la province de l'Ontario (Sullivan et al., 2004). Dans sa restructuration, le CCO a développé un plan stratégique axé sur l'atteinte de cinq buts du système en cancer : l'accessibilité aux services, la mesure des interventions produites, la pratique fondée sur les évidences scientifiques, l'efficacité et la productivité. Le Conseil de la qualité a développé une série d'indicateurs de performance sur tous les aspects du cancer (Sullivan et al., 2004) liés aux 5 buts stratégiques du système en cancer (Greenberg et al., 2005). L'enveloppe budgétaire du conseil de la qualité provient de deux sources : du ministère de la Santé et des soins de longue durée et du Cancer Care Ontario.

« Le Conseil de la qualité des soins en oncologie en Ontario est une organisation indépendante avec sa propre gouvernance dont le mandat est de faire rapport publiquement sur nos progrès en tant que système de soins et de

services en oncologie en Ontario. Nous [CCO] n'avons pas un rôle de premier plan dans le développement de ces rapports destinés au public » (Vice-président des régions, niveau provincial)

La figure 8 représente le modèle d'organisation des services en oncologie en Ontario.

Figure 8 Modèle de prestation des soins et services en oncologie en Ontario



Résumé de la phase 1 : Construire la légitimité provinciale et régionale

Cette section vise à réexaminer l'ensemble des étapes de la phase 1 en s'appuyant sur le modèle conceptuel de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique. Nous présenterons le choix des leviers utilisés selon la fonction associée à ces (s) leviers (s), les buts à atteindre, le niveau du système de soins ciblé par la transformation et le type de changement attendu : le changement dans les pratiques des acteurs ou dans les relations entre ces derniers. Nous procéderons ainsi pour chacune des phases et procéderons à une analyse intégrée des 3 phases plus loin dans l'article.

L'objectif de la phase 1 consistait à créer un système de soins et de services dans le domaine de l'oncologie en dotant la province d'une agence en oncologie, le Cancer Care Ontario, responsable des orientations stratégiques, de la qualité et de l'imputabilité pour l'ensemble des services. Dans la mise en place d'un comité d'experts pour résoudre les problèmes dans les services en oncologie de la province, le gouvernement ontarien a utilisé un levier de communication à la fonction d'implication pour mettre en interaction des experts et recommander des solutions de restructuration des services. Ce levier a été utilisé au niveau macroscopique pour transformer les relations entre plusieurs acteurs du système de soins. Ensuite, le gouvernement ontarien a utilisé un levier légal et structurel pour transformer les rôles et mandats du CCO et lui accorder l'autorité financière. Ces changements situés à un niveau macroscopique du système a permis de centraliser les pouvoirs et d'accroître la légitimité de cette organisation et d'assurer la performance du système. Ces transformations permettent au CCO d'utiliser leur pouvoir hiérarchique et légitime pour l'atteinte de résultats spécifiques auprès des régions.

«...Juste pour s'assurer qu'il y a quelqu'un [le Cancer Care Ontario] qui veille sur leur performance, et nous pouvons faire, parce que nous avons le mandat de le faire » (Directeur provincial des finances)

Toutefois, pour rallier l'ensemble des partenaires le CCO s'est doté d'une vision forte à transmettre à l'ensemble des partenaires impliqués dans les soins, un but ultime à atteindre : *«créer le meilleur système de soins en oncologie au monde»*. La vision agit à titre de levier pour guider les transformations dans l'ensemble du système. Elle permet de rallier les membres aux intérêts parfois divergents vers des objectifs communs dans la planification et la dispensation des services. La vision est un levier qui permet de traduire les orientations stratégiques dans des actions concrètes. De plus, ce levier de gouvernance clinique a agi à tous les niveaux du système en cancer et a permis les changements dans les pratiques des acteurs et dans les relations entre les acteurs :

« Nous faisons la promotion d'un modèle régional de soins et pas seulement un modèle institutionnel hospitalier, mais un modèle régional basé sur les

réseaux locaux d'intégration des services de la province» (Vice-président des programmes cliniques, niveau provincial)

Le Cancer Care Ontario a utilisé un levier structurel pour revoir l'ensemble des modalités organisationnelles du système. L'implantation d'une structure interne au Cancer Care Ontario comprenant une équipe de direction hautement qualifiée pour mobiliser les leviers et favoriser les changements, de nombreux vice-présidents régionaux et directeurs cliniques provinciaux et régionaux pour assurer une vision d'ensemble du système. Cette équipe de gestionnaires et de directeurs cliniques visait à créer une synergie entre le niveau provincial et régional. La création du conseil de la qualité des soins en oncologie de l'Ontario résulte également de la mobilisation du levier structurel où ce nouvel acteur apparaît dans le système de soins en oncologie et dont le mandat est de s'assurer de la qualité des soins et de faire rapport publiquement des services rendus à la population. Ce conseil détient dès sa création la légitimité nécessaire pour rendre compte publiquement de la performance du système.

En résumé, cette phase résulte de la mobilisation du levier légal et structurel. À cette étape, il est difficile de rendre compte de changement dans les pratiques des acteurs professionnels et des impacts sur les patients. Les transformations se situent davantage au niveau macroscopique pour le développement d'une vision systémique des soins et services en oncologie et pour le développement de nouvelles relations d'échanges entre les acteurs. Le contexte est modifié et les relations entre les acteurs sont transformées.

Phase 2 : Nouvelles relations entre le CCO et les dispensateurs de services (2004-2008)

La phase 2 de la transformation du système repose principalement sur la création de nouvelles relations d'échange entre le CCO et les organisations dispensant des soins et sur le renforcement de l'imputabilité entre ces dispensateurs de soins et le CCO. Dans un premier temps (étape 5), le CCO a procédé à l'intégration des centres d'oncologie dans les hôpitaux régionaux et a développé un système de contractualisation et d'imputabilité fondé sur l'atteinte de critères de performance. L'étape 6 se décrit par le développement du plan

en cancer qui offre une planification quadriennale de la stratégie provinciale en cancer. Ce plan a mobilisé l'équipe provinciale et les équipes régionales dans le développement d'objectifs concrets à poursuivre.

Étape 5 : Intégration, contractualisation et imputabilité

Une fois la révision des structures organisationnelles du CCO achevée, l'un des premiers mandats du CCO consistait à procéder à l'intégration des centres d'oncologie dans les hôpitaux qui abritaient ces centres, habituellement des hôpitaux régionaux. L'intégration visait d'une part un meilleur arrimage entre l'hôpital régional, le centre d'oncologie et l'ensemble de la région desservie et d'autre part, au développement des programmes intégrés en oncologie dans la région. Ce processus d'intégration se termine en 2004 et implique le remaniement de ressources humaines, financières et matérielles vers les hôpitaux régionaux.

« Cancer Care Ontario s'est retiré de la prestation des traitements de radiothérapie et de chimiothérapie et s'est dit : laissons les hôpitaux faire ces soins et regardons l'ensemble du système... comme une sorte d'organisation de surveillance des normes et de la qualité. Donc, pour ce faire, les centres d'oncologie ont été intégrés dans les hôpitaux régionaux » (Vice-président aux régions, niveau provincial)

C'est par un processus de contractualisation avec les centres d'oncologie des hôpitaux régionaux que le Cancer Care Ontario s'assure des services à la population et de l'atteinte de critères de qualité.

« Nous avons signé un contrat avec eux et le contrat indique qu'ils doivent s'engager à implanter les normes en oncologie. » (Vice-président aux régions, niveau provincial)

C'est par un processus de contractualisation négocié et collaboratif avec les centres d'oncologie des hôpitaux régionaux que le Cancer Care Ontario s'assure des services à la population.

«...les cibles à atteindre sont établies conjointement par les participants provinciaux et régionaux suivie d'une négociation individuelle entre le

Cancer Care Ontario et chaque centre en oncologie sur les cibles qu'ils pouvaient atteindre » (Vice-président des programmes cliniques, niveau provincial)

Les contrats de services entre les entités régionales et le CCO permettent l'allocation des budgets aux centres régionaux en fonction de divers critères de qualité fondée sur les évidences scientifiques : les temps d'attente pour la radiothérapie et la chirurgie, les critères de qualité fondés sur les évidences scientifiques, les volumes de services, etc. Les hôpitaux signataires de ces contrats s'engagent à fournir des services selon les critères de qualité préétablis et le Cancer Care Ontario détient l'autorité nécessaire pour procéder à l'évaluation de la performance des programmes régionaux en cancer. Chaque trimestre, le Cancer Care Ontario évalue la performance des centres d'oncologie selon des indicateurs de processus.

«... Cancer Care Ontario est un organisme, comme je le disais, qui n'assure pas la prestation des services. Donc, nous n'employons pas les gens qui assurent la prestation des services pour les patients En ce sens, nous sommes indépendant et, à travers le mécanisme de contractualisation, nous visons à influencer et à améliorer le système en oncologie » (Vice-président aux régions, niveau provincial)

La contractualisation vise à lier les services à l'atteinte de critères de qualité et à l'implantation des guides de pratiques cliniques :

« Nous avons déjà offert les services nous-mêmes, mais maintenant nous contractons les services directement des hôpitaux à travers la province et via ces contrats... nous visons à accroître et améliorer l'accès et la qualité des services en oncologie en liant ces contrats à des améliorations dans l'accessibilité et la qualité et de cette façon, nous espérons améliorer significativement le système en oncologie de l'Ontario. » (Vice-président aux régions, niveau provincial)

Cancer Care Ontario voit à la performance dans le domaine de l'Oncologie et exerce un contrôle sur le financement des services en fonction de l'atteinte de la performance attendue. Si la performance n'est pas atteinte, le financement n'est pas reconduit.

« S'ils ne performant pas.... nous reprenons une partie de l'argent versé. C'est de cette façon que nous essayons de faire respecter les normes et la qualité et de s'assurer que le travail est fait. Faire en sorte que ... les gens n'attendent pas trop longtemps pour leurs traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie. » (Directeur provincial des finances)

L'implantation de contrats de performance avec les organisations dispensateurs de services s'est caractérisée par la révision des structures d'imputabilité entre les différents acteurs du système. Les organisations et principalement les centres d'oncologie doivent rendre compte des soins et services rendus en fonction d'indicateurs spécifiques présents dans les contrats de performance. Les contrats sont liés à une révision de la performance trimestrielle et vise à réajuster les services et les pratiques professionnelles en fonction de cette révision de la performance. Toutefois, comme les indicateurs et la mesure de la performance ont été développés au niveau du système, il s'agit d'indicateurs informant le système et qui concernent l'ensemble de la population et non d'indicateurs de soins cliniques spécifiques aux patients. Ainsi, les indicateurs n'évaluent pas finement les pratiques cliniques. Les répondants de notre étude affirment que les indicateurs de performance ont d'abord été développés au niveau du système et qu'il reste à développer des indicateurs plus près des soins donnés aux patients.

«Je pense que, pour les soins aux patients, la qualité se relâche un peu, parce que vous avez la qualité au niveau supérieur et les indicateurs démographiques qui permettent de savoir si vous avez atteint la qualité au niveau du système, mais encore une fois, pour les soins aux patients, et pour les soins infirmiers aux patients, nous n'avons probablement pas encore mis l'emphase sur les indicateurs de qualité pour les soins infirmiers, aux patients. Bien qu'ils mettent en place des interventions que nous savons efficaces et qui pourraient fonctionner pour les soins aux patients, je pense que les indicateurs informant sur les soins aux patients font défaut et cela est très important » (Chercheur, Institut du cancer de l'Ontario, niveau régional)

« Avec autant d'emphase sur les temps d'attente, il y a peu d'emphase sur la qualité des soins aux patients une fois qu'ils sont dans le système. Cela amène un peu de frustration » (Directeur infirmier, niveau régional)

Étape 6 : Le plan en cancer de l'Ontario

Le plan en cancer de l'Ontario est un plan quadriennal de planification et de développement provincial et régional dans les différentes sphères des soins et services en cancer. Le plan en cancer résulte de la mise en commun des différentes expertises des acteurs impliqués dans la dispensation des soins.

« Il a été convenu que le processus de planification pourrait être un moyen efficace et un catalyseur important pour favoriser l'investissement des acteurs régionaux dans une approche coordonnée de la prestation des soins de cancer » (Cancer Care Ontario, 2004)

Le plan en cancer de l'Ontario n'est pas l'addition des quatorze programmes régionaux de la province, mais il est plutôt une négociation entre une perspective provinciale et régionale. Le plan en cancer agit à titre de guide dans la planification et la gestion des services dans l'ensemble de la province. Il vise l'alignement entre les objectifs régionaux et les objectifs provinciaux et offre une vision systémique des soins et services. Les professionnels sont impliqués dans le développement du plan en cancer via les directeurs cliniques des divers programmes. Ces leaders provinciaux se rendent dans les régions et rencontrent les leaders régionaux qui eux ont rencontré les cliniciens principalement des centres en oncologie.

Un nouvel acteur : les réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario

En 2006, la province de l'Ontario régionalise ses services de santé et adopte la loi sur les systèmes locaux intégrés en santé (*projet de loi 36*) et divise la province en 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé. Ces entités ont été conçues pour planifier, intégrer et financer les services de santé locaux incluant les hôpitaux, les centres de santé communautaires, les soins à domicile, les établissements de soins de longue durée, etc. La vision des réseaux locaux d'intégration des services de santé repose sur trois éléments : des Ontariens en meilleure santé, la réduction des temps d'attente et une meilleure accessibilité aux médecins et aux infirmières. Ce nouvel acteur redécoupe les

régions desservies par les programmes régionaux en oncologie et amène le CCO à revoir les frontières des programmes régionaux.

« Cancer Care Ontario a maintenant une vision bien définie qui est diffusée vers les réseaux locaux d'intégration des services de santé. Chaque membre du centre en oncologie ou dans le programme intégré en oncologie sera représenté au CCO» (Infirmière clinicienne spécialisée, niveau régional)

«... maintenant que la planification de la santé se fera autour des frontières des réseaux locaux d'intégration des services de santé, nous devons aussi planifier nos programmes autour de ces frontières. Donc, l'idée est que chaque programme intégré en oncologie soit au centre, si vous voulez, du réseau dans leur région et dans cette région, c'est le vice-président régional, qui est le chef du programme intégré contre le cancer. (Vice-président aux régions, niveau provincial)

Résumé de la phase 2 : Exercer la légitimité provinciale et régionale

Dans la phase 2, le Cancer Care Ontario exerce ses rôles et mandats et procède à des transformations radicales de l'organisation des services dans les régions. L'objectif de cette phase était de revoir les relations entre les acteurs présents dans l'offre de services par l'intégration des centres d'oncologie dans les hôpitaux régionaux et le renforcement des structures d'imputabilité. Comme le souligne de Bruijn et Ten Heuvelhof (1997), la transformation des relations entre les acteurs nécessite l'utilisation d'instruments agissants au niveau stratégique. Le CCO a mobilisé des leviers structureux à caractère coercitif pour procéder à l'intégration des centres d'oncologie dans les hôpitaux régionaux. Cette transformation structurelle s'est conclue par le transfert d'un nombre important de ressources humaines, financières et matérielles vers les hôpitaux régionaux. La phase 2 se caractérise par la révision et le renforcement des structures d'imputabilité. Comme le mentionne l'un des vice-présidents provinciaux, le CCO utilise la contractualisation comme un levier pour transformer et améliorer le système de soins en oncologie :

« Via les mécanismes de contractualisation, nous visons à influencer et améliorer le système en oncologie »

La contractualisation semble être l'un des principaux leviers utilisés par le Cancer Care Ontario pour influencer l'ensemble du système. Ce levier influence et contraint les activités, car les contrats sont liés à l'atteinte de critères spécifiques au niveau des volumes d'activité, des temps d'attente, de la qualité des soins, de la participation multidisciplinaire, etc.

« Nous avons des contrats avec une variété d'obligation contractuelle partout dans la province » (Vice-président des programmes cliniques, niveau provincial)

Ce levier agit dans l'établissement des responsabilités entre les différents prestataires de services et vise à rendre imputable l'ensemble des acteurs dispensateurs de soins impliqués dans la création, le maintien et la surveillance des normes se rapportant aux meilleures pratiques. La contractualisation est à la fois un levier de communication puisqu'elle stimule les dialogues et les échanges entre les acteurs sur les objectifs à atteindre, elle est un levier économique puisque les contrats sont liés au financement des services et un levier structurel puisqu'elle structure les relations entre les acteurs par le renforcement des structures d'imputabilité. Quant au plan en cancer de l'Ontario, il agit à titre de levier de communication aux fonctions d'implication et d'influence qui a permis de rassembler les acteurs du système vers des objectifs communs de transformations.

Phase 3 : La mesure de la performance

La troisième phase de restructuration des services dans le domaine de l'oncologie concerne la mesure de la performance et se caractérise par deux étapes : la collecte de nombreux types de données et les rapports destinés au public.

Étape 7 : Les données

Des investissements majeurs ont été faits dans les systèmes d'information afin de collecter et analyser les données et assurer l'accès à l'information. Les données recueillies correspondent aux cinq buts poursuivis par le système en oncologie. Elles informent sur les temps d'attente, les volumes de chirurgies et certains résultats cliniques.

« ...Il a eu des investissements importants, de plusieurs millions de dollars dans la collecte et l'analyse de données pour faire en sorte que les gens aient accès à l'information » (Directeur infirmier, niveau provincial)

«... vous savez, l'une des choses importantes que nous avons eu à faire en tant qu'organisation qui vise à améliorer le système en oncologie a été d'obtenir de bonnes données honnêtement, il y a quatre ans, il y a cinq ans ... nous n'avions pas de bonnes données sur le système en oncologie autre que sur la radiothérapie.» (Vice-président aux régions, niveau provincial)

Les données sont utilisées de façon délibérée pour implanter des changements dans le système. Pour les gestionnaires, l'accès aux données soutient la prise de décision et assure la légitimité des décisions :

« J'utilise les données pour deux raisons. La première afin de prendre des décisions relatives aux soins infirmiers et aux soins psychosociaux et la deuxième quand je fais des présentations. Les données permettent de présenter un portrait que je n'aurais pas été en mesure de présenter sans les données. Sans les données, je n'aurais pas été en mesure de présenter les raisons pour lesquelles nous devons modifier le programme » (Directeur infirmier, niveau provincial)

Les données appuient les nouvelles initiatives :

«Je pense que les données qui viennent soutenir les initiatives sont très importantes. Cela ne signifie pas nécessairement que les gens adhéreront. Il y aura toujours des gens qui n'adhéreront pas. Mais nous avons vraiment implanté les rôles en pratique avancée en radiothérapie par le soutien des évidences scientifiques » (Gestionnaire en radiothérapie, niveau régional)

Les données incitent au dialogue entre les divers partenaires du système de soins : le CCO, les centres d'oncologie, les partenaires régionaux et les professionnels. Les données créent des opportunités d'interaction et de partage des savoirs entre les partenaires afin d'offrir des services de meilleure qualité.

«... Si vous avez des données, vous pouvez fournir des preuves aux gens. Je veux dire, je peux dire: « Oh, wow, vos temps d'attente sont trop élevés », mais quel genre de preuve avez-vous ? Donc quand vous êtes en mesure d'avoir des munitions pour entrer dans un dialogue et voir s'il y a une réelle

amélioration dans les temps d'attente, c'est plus facile pour le dialogue»
(Directeur provincial des finances)

Les professionnels voulant offrir les meilleurs soins possible aux patients, les données recueillies sur les interventions incitent à la réflexivité dans les pratiques.

« Je crois que le facteur de motivation le plus puissant est les données qui montrent que les résultats ne sont pas aussi bons qu'une pratique raisonnablement améliorée peut donner comme résultat... la première chose que nous pouvons fournir est les bonnes données qui montrent ce que sont nos résultats dans le système en oncologie de l'Ontario, et cela devient un facteur de motivation très puissant pour le changement parce que les gens veulent offrir les meilleurs soins possibles.... » (Vice-président aux régions, niveau provincial).

Les indicateurs développés par le Conseil de la qualité des soins en oncologie de l'Ontario sont d'ordre systémique plutôt qu'axé sur des interventions cliniques spécifiques. Ceci a pour effet de ne pas évaluer finement les pratiques cliniques et rend leurs changements plus difficiles.

« Je pense qu'il y a une emphase importante sur la qualité et la mesure de la qualité pour ensuite être capable de rendre compte de la performance des organisations et démontrer où elles se situent en termes de qualité. ...les indicateurs de qualité sont axés sur des mesures de population donc ils informent sur le système. L'amélioration de la qualité au niveau des systèmes de soins, près des patients c'est encore difficile à obtenir... nous sommes encore à travailler sur le développement de tableaux de bord qui seront en mesure de nous informer de la qualité au niveau des soins aux patients et non sur toute la population » (Chercheur, Institut du cancer de l'Ontario, niveau régional)

Selon les répondants régionaux, il ne semble pas y avoir de consensus sur la façon dont les données sont recueillies dans les régions, ce qui aurait pour résultat de créer des différences entre les régions. Pour les régions et principalement pour les centres d'oncologie, les données créent de l'anxiété et du stress. La façon de colliger l'information et l'obligation de procéder au balisage (benchmarking) entre les centres d'oncologie exercent une pression de performance. Ces énoncés illustrent ce propos:

« Je pense que ce que fait le CCO en mesurant les données est important et je pense que notre problème est de nous assurer que les données obtenues d'une région à l'autre soient les mêmes. Ensuite, il faut s'assurer que les données signifient quelque chose. Donc je pense que la collecte des données et la diffusion des données sont importantes ». (Gestionnaire en radiothérapie, niveau régional)

«... quelles sont les données que vous nous montrez? Est-ce le jour où la lettre de référence arrive ou celui où l'ensemble des informations pour le patient est recueilli? Les données sur les temps d'attente causent beaucoup de stress parce que tout le monde sait que nous le voulons le plus court possible, mais nous voulons aussi nous assurer que tout le processus est de bonne qualité » (Gestionnaire infirmière, niveau régional)

Étape 8 : Rapports destinés au public

Cette étape de la réforme des soins en oncologie consistait à assurer la transparence dans les soins et les services. Dans son mandat, le conseil de la qualité en cancer de l'Ontario doit faire état publiquement de la performance du système en oncologie en fonction de nombreux indicateurs de performance. Ces rapports s'adressent au public en général, mais ils sont davantage consultés par les dispensateurs de soins régionaux. Le CCO utilise ces rapports comme levier pour comparer les soins entre les régions. Cette comparaison interrégionale vise à influencer le changement des pratiques cliniques vers l'atteinte de critères de qualité et de performance. Les répondants affirment que les rapports destinés au public sont des leviers de changements puissants.

« un autre engagement, qui est aussi un autre levier pour produire un changement est de faire rapport publiquement » (Vice-président régional, niveau provincial)

« Faire rapport publiquement est un concept très nouveau pour les cliniciens. C'est un concept très nouveau pour les conseils d'administration des hôpitaux et aussi pour les équipes de direction et les cadres des hôpitaux qui ne se sont jamais vraiment sentis responsables des délais d'attente et de l'accessibilité auparavant » (Vice-président des programmes cliniques, niveau provincial)

Résumé de la phase 3 : Rendre compte de la légitimité provinciale et régionale

La phase 3 vise principalement la reddition des comptes des divers partenaires de services du système et à rendre compte de la légitimité de l'organisation du Cancer Care Ontario. En effet, c'est à cette phase qu'il était possible d'évaluer les actions du CCO par l'atteinte des résultats attendus en fonction des indicateurs de performance.

Les données et les rapports destinés au public agissent à titre de levier de communication aux fonctions diversifiées et agissent au niveau des pratiques des acteurs en stimulant l'atteinte de résultats cliniques. Ces deux leviers permettent la négociation et la persuasion entre les acteurs :

«...notre approche est basée sur la comparaison des mesures de qualité entre les régions » (Vice-président des programmes cliniques, niveau provincial)

«...le balisage peut apporté beaucoup de défis » (Leader infirmier, niveau regional)

Les données sont transformées pour informer l'ensemble du système sur des indicateurs précis (accès aux services, mesure, temps d'attente, etc.). Les rapports destinés au public sont des outils de gestion qui sont utilisés de façon stratégique comme instrument de balisage (*benchmarking*) pour permettre la comparaison entre les organisations et améliorer la qualité des pratiques cliniques. Ils agissent au niveau du système et au niveau de l'organisation et permettent de changer les pratiques et les relations entre les acteurs.

La prochaine section vise à analyser l'ensemble des phases de la transformation du système en oncologie de l'Ontario et à mieux comprendre les enjeux reliés à l'utilisation des différents leviers de gouvernance clinique.

Discussion : la mobilisation des leviers de gouvernance clinique dans le système de soins en oncologie de l'Ontario

Dans cette section, nous posons un regard sur l'ensemble de la transformation du système de soins en oncologie de l'Ontario. Notre analyse de ce système soulève trois

contributions importantes de notre étude. La première, la transformation du Cancer Care Ontario est le reflet d'un changement radical de type évolutif. La transformation de ce système s'appuie sur la mobilisation d'un ensemble de leviers de gouvernance clinique utilisé à tous les niveaux du système de soins. La deuxième, les réformes doivent créer des organisations aux capacités de pilotage accrues. Les changements structurels ne suffisent pas, ils doivent s'accompagner de nouvelles capacités de pilotage pour soutenir un ensemble de transformations. La troisième contribution concerne la gouvernance clinique. L'exercice de la gouvernance clinique est possible par la mobilisation d'un ensemble de leviers qui agit à plusieurs niveaux de soins pour créer une synergie de système et améliorer la qualité des soins et des services dans le domaine de l'oncologie en Ontario. Nous terminons cette section par la présentation des implications pour la gestion et pour la clinique soulevées par notre étude lors de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique.

La transformation du Cancer Care Ontario est le reflet d'un changement radical évolutif

Notre étude permet de conclure que la transformation du Cancer Care Ontario est le reflet d'un changement radical de type évolutif. Par définition, un changement radical transforme de façon substantielle les orientations de l'organisation (Greenwood & Hinings, 1996) et un changement évolutif fait référence au rythme du changement qui se produit de façon graduelle (Greenwood & Hinings, 1996; Weick & Quinn, 1999).

Selon nous, les trois phases de la transformation sont des périodes charnières dans l'évolution et l'implantation d'un système d'amélioration continue de la qualité. Nos données démontrent que la phase 1 de la transformation se situe au niveau macroscopique du système de soins de santé de l'Ontario. L'introduction de changement à ce niveau a nécessité l'utilisation de leviers légaux et coercitifs par le gouvernement ontarien qui procède ainsi à la réforme radicale de l'organisation du Cancer Care Ontario et lui octroie de nouveaux rôles et mandats pour assumer son rôle d'organisation axée sur la performance, la qualité, la recherche et l'innovation dans le domaine de l'oncologie. Au

cours de cette phase, le CCO a revu son identité organisationnelle, la hiérarchie intra et inter organisationnelle en tentant de créer un système de soins orienté vers l'amélioration continue de la qualité. La vision, utilisée tel un levier de communication et d'échanges, a permis de rallier les partenaires autour des principes de qualité, d'imputabilité et d'innovation dans l'ensemble du système. Ce levier a été associé à différentes fonctions au cours de la transformation : à la négociation entre les partenaires lors de l'intégration des centres en cancer dans les hôpitaux hôtes, à la persuasion de certains membres dans l'application de ligues directrices de soins, à la coercition dans l'application des structures d'imputabilité et à l'implication des acteurs dans le développement du plan en cancer.

La phase 2 démontre l'utilisation de leviers au niveau mésoscopique et vise les transformations des relations entre le CCO et les organisations régionales dispensatrices de soins et services en oncologie. Cette phase crée une nouvelle synergie dans le système où les rôles et responsabilités des diverses instances sont précisés. Dans cette phase, le CCO mobilise les leviers de contractualisation pour accroître l'imputabilité clinique et managériale. Selon Tuohy (2003), la contractualisation est un mécanisme d'imputabilité qui permet de lier l'État aux organisations par l'atteinte de livrables spécifiques en matière de soins et de services dans les systèmes de santé. L'utilisation de ce levier aux fonctions principalement coercitives renforce l'alignement entre le niveau provincial, le CCO, et le niveau régional et a transformé les relations entre les nombreux acteurs présents dans le système de soins. L'utilisation efficace de la contractualisation comme levier de gouvernance clinique repose sur l'identification des responsabilités, la genèse d'information et la possibilité de sanctions lorsque les termes des contrats ne sont pas respectés.

La 3^e phase vise la mesure de la performance de ce système nouvellement implanté. Les leviers utilisés ciblent le niveau des micros systèmes de soins. À l'instar du Veterans Health Affairs (VHA) qui a identifié des domaines d'intérêts et des indicateurs pour lesquels ils se tiennent imputables des soins et des services offerts à la population (Perlin, Kolodner, & Roswell, 2005), le CCO a développé de nombreux indicateurs de performance

à partir des cinq buts (accessibilité, performance, efficience, productivité, pratiques fondées sur les données probantes) visés par le système en oncologie et avec lesquels les organisations impliquées dans les soins doivent rendre compte de leur performance (Greenberg et al., 2005). Ces indicateurs, utilisés au niveau des micros systèmes cliniques, informent sur l'ensemble du système de soins en oncologie.

La restructuration des services en cancer dans la province peut être vue comme un exercice de rationalisation visant à la fois l'amélioration de la qualité et l'efficience dans les services. Nos données démontrent que cette réforme permet au gouvernement ontarien d'exercer un contrôle sur le système en oncologie en modifiant les frontières et les relations entre lui et le CCO et entre le CCO et les organisations régionales pour atteindre les objectifs de performance et de l'amélioration de la qualité du système. Certains auteurs évoquent que la production de changements provient de la transformation des frontières entre les individus et les groupes (Zietsma & Lawrence, 2010) qui contraignent ou augmentent leurs capacités d'action.

En nous appuyant sur notre modèle d'utilisation des leviers de gouvernance clinique et dans l'évolution de la transformation du système, nous observons la manipulation de leviers de différents types et fonctions. Des auteurs évoquent la nécessité de mobiliser les leviers de façon simultanée pour conduire un changement durable et substantif (Denis et al., 2006). Cette transformation radicale évolutive en trois phases a débuté par l'utilisation de leviers au niveau macroscopique suivi ensuite de la mobilisation de leviers aux autres niveaux de soins. Certains auteurs soutiennent l'importance de créer un alignement entre les différents niveaux de soins : l'individu, les équipes de soins, l'organisation et le système pour atteindre un impact significatif en matière d'amélioration de la qualité (Ferlie & Shortell, 2001). Dans notre étude, l'utilisation des leviers aux différents niveaux a permis de créer un meilleur alignement entre les niveaux de soins dans le but de transformer les pratiques cliniques et d'améliorer la qualité des soins. Nos données de recherche nous informent de l'importance de considérer l'ensemble des niveaux de soins dans les transformations associées au système de santé et de choisir les leviers pertinents selon le

niveau de soins visé. Les phases de la transformation démontrent l'importance du temps dans les processus de transformations. Des auteurs expliquent que le temps renvoie au besoin d'interaction entre les acteurs pour développer de nouvelles représentations et capacités d'action (Contandriopoulos, Denis, Touati, & Rodriguez, 2001).

Les réformes doivent créer des organisations aux capacités de pilotage accrues

Des auteurs ont évoqué que les réformes doivent construire des organisations «plus complètes» (Brunsson & Sahlin-Andersson, 2000). Ils expliquent que des organisations complètes sont davantage en mesure d'atteindre les objectifs fixés et d'assurer une allocation optimale des ressources. Créer des organisations complètes, c'est donc dire créer des organisations aux capacités de pilotage accrues, de créer des organisations assurant la régulation de systèmes complexes. Nos résultats démontrent que la transformation du système de soins en cancer a d'abord débuté par un changement structurel définissant une capacité d'action potentielle. Toutefois, plusieurs réformes ont démontré que les changements structureux sont insuffisants pour améliorer l'accessibilité aux services de santé et optimiser la qualité des soins et produire des changements à l'échelle des systèmes de soins (Commission d'étude sur les services de santé et services sociaux, 2000; Fyke KJ, 2001; Kirby M, 2002; Romanow, 2002). Or, il s'avère concluant de jumeler d'autres capacités à la transformation structurelle. La transformation du CCO s'est accompagnée de nouveaux rôles et mandats conférant à l'organisation une légitimité nouvelle pour créer et mobiliser les leviers de gouvernance clinique nécessaire à l'implantation de changements aux différents niveaux du système de soins en oncologie. Concrètement, les capacités d'action du CCO se reflètent par un leadership renouvelé de l'équipe de gestion. L'organisation n'agit plus en tant que dispensateur de soins et de services, mais bien comme un intendant du système en oncologie qui voit à la gestion de la qualité et de la performance des services. Ces nouvelles capacités de pilotage s'actualisent également par une définition nouvelle des frontières entre les acteurs du système et ainsi, par une redéfinition de l'autorité formelle. Ces nouvelles capacités de pilotage permettent au CCO

de renforcer l'alignement entre les diverses composantes du système de soins spécialisé dans le domaine du cancer et d'utiliser différents types de leviers de gouvernance clinique pour y parvenir. À l'instar d'organisations comme le Kaiser Permanente qui réussissent à intégrer les soins à tous les niveaux du système de santé (Borgès Da Silva & Borgès Da Silva, 2005), la légitimité du CCO lui permet de mobiliser des leviers à tous les niveaux de soins pour faciliter l'intégration des soins dans le système. Les nouvelles capacités de pilotage accordées au CCO visent également à renforcer les structures d'imputabilité pour améliorer les services en cancer dans la province. La mobilisation de leviers structurels par le CCO, le développement d'une vision systémique des soins et services en cancer axé sur la qualité et la performance dans les services et l'embauche d'un nombre important de leaders dans des domaines cliniques spécifiques ont permis de créer des assises fortes pour guider les changements ultérieurs.

L'exercice de la gouvernance clinique

Notre étude offre un potentiel pour mieux comprendre l'exercice de la gouvernance clinique dans les organisations de santé. Exercer la gouvernance clinique c'est instrumenter les professionnels dans leurs pratiques et engager ces derniers dans le renouvellement de l'organisation. La gouvernance clinique, c'est aussi s'engager vers l'atteinte de l'efficience et de l'excellence clinique. Certains auteurs affirment que le premier pas vers l'atteinte d'un haut niveau de performance dans un système de santé est de reconnaître la qualité comme une propriété du système et non comme une caractéristique des individus (Baker et al., 2008). Dans le système en oncologie de l'Ontario, la qualité a agi à titre de levier du système pour mobiliser l'ensemble des acteurs.

Notre étude démontre que l'implantation de la gouvernance clinique en oncologie est favorisée par l'effet cumulatif des trois phases qui agissent à tous les niveaux de soins. La mobilisation des leviers permet de créer un alignement entre les niveaux de soins et de renouveler les relations d'échange entre l'organisation et les micros systèmes cliniques.

Notre étude permet d'expliquer que pour améliorer un système de santé, une transformation structurelle crée une capacité potentielle d'action. Toutefois, pour être en mesure de mobiliser un ensemble de leviers pour introduire des changements, ces nouvelles organisations doivent s'appuyer sur des possibilités réelles d'agir et d'influencer. Ceci implique la modification des règles, la révision des mandats, la transformation des relations entre les acteurs qui augmente les capacités d'action. Lorsque la légitimité de l'organisation est acquise, elle doit s'assurer d'impliquer les professionnels dans les projets de transformations. L'un des enjeux dans la mobilisation des leviers de gouvernance clinique est de faire en sorte que les professionnels se sentent investis dans le changement en offrant des opportunités de développement professionnel. Ce gestionnaire reconnaît ce défi :

« We are I think, creating a set of opportunities for interactions that improve satisfaction among the professional groups. The challenges are to keep people feeling that they are engaged, developed and have new opportunities for development » (Vp clinical programs, provincial level)

Plusieurs auteurs considèrent l'implication des professionnels dans les initiatives d'amélioration continue de la qualité nécessaire à la performance des systèmes de santé (Baker et al., 2008; Halligan & Donaldson, 2001; Ham, 2003).

Notre recherche a permis de souligner ces trois contributions importantes : la transformation du système de soins en oncologie est le reflet d'un changement radical de type évolutif, les réformes doivent créer des organisations aux capacités de pilotage accrues et l'exercice de la gouvernance clinique est possible par la mobilisation des différents leviers et l'implication des professionnels dans les transformations.

Implications futures pour la gestion

Notre recherche soulève des considérations futures pour la gestion et pour la clinique dans l'implantation et l'exercice de la gouvernance clinique. L'exercice de la gouvernance clinique nous apparaît comme l'apprentissage, pour les gestionnaires, de nouvelles capacités de pilotage du système de santé. La mobilisation des leviers de gouvernance clinique repose en partie sur l'acquisition de nouvelles compétences et

d'habiletés de gestion. Selon Salamon (2002), les gestionnaires doivent développer des compétences reliées à la mobilisation des acteurs vers l'atteinte d'objectifs communs, à l'orchestration d'un ensemble de partenaires impliqués dans les services et à la modulation des incitations. La phase 2 de notre recherche démontre la complexité dans l'implantation d'un programme régional en oncologie impliquant de nombreux acteurs sur le territoire régional. La double imputabilité des vice-présidents régionaux amène ces derniers à composer avec l'instance provinciale (le CCO) et de nombreux acteurs régionaux dans l'implantation des programmes et d'orchestrer de nombreux acteurs et offres de soins différentes. Les habiletés de gestion doivent se transformer pour répondre à ces impératifs nouveaux.

De plus, la mobilisation des leviers de gouvernance clinique nécessite une connaissance fine de l'environnement à transformer. Le contexte pluraliste dans lequel évoluent les systèmes de santé (Denis et al., 2006) requiert la mobilisation de leviers de gouvernance clinique aux fonctions diverses. En ce sens, les transformations des frontières organisationnelles par l'utilisation d'un levier structurel ne suffisent pas, même si parfois nécessaires, à changer les pratiques des professionnels. Pour atteindre de réels changements, les leviers doivent conjuguer également la question des apprentissages et créer des opportunités de développement chez les professionnels.

La transformation apportée au Cancer Care Ontario a conduit à une centralisation de l'autorité au niveau du gouvernement provincial. La création de cette entité composée de nouveaux mandats et pouvoirs est en soi un levier de gouvernance clinique, mais implique également de revoir l'autorité et d'arriver à un équilibre entre commander et contrôler et négocier et persuader. Une nouvelle hiérarchie dans le domaine du cancer a donc été créée. Cette centralisation des pouvoirs a engendré des tensions entre le CCO et les entités régionales dans l'atteinte des critères de performance.

Implications futures pour la clinique

L'un des principes de la gouvernance clinique est de rapprocher les objectifs d'ensemble du système aux objectifs des micros systèmes cliniques. Les données de notre recherche démontrent que pour rapprocher la perspective systémique dans le domaine du cancer et la perspective clinique, des indicateurs informant davantage les processus cliniques devront être développés pour mieux informer les professionnels dans leur travail auprès des patients. Lors de notre recherche, les répondants ont soulevé à plusieurs reprises devoir rendre compte sur les objectifs du système (réduction des temps d'attente, volumes d'activités) mais peu de redevances de compte sur les soins directs aux patients. Les systèmes d'information devraient rendre accessible des données pour informer les professionnels des résultats des soins aux patients et les encourager ceux-ci à développer des indicateurs qui informent le système de soins dans lequel ils pratiquent. Les leviers utilisés doivent favoriser un alignement entre les objectifs des différents acteurs présents dans le système de soins en cancer.

Les pratiques des professionnels ne sont pas indépendantes des organisations dans lesquelles les professionnels évoluent. L'engagement des professionnels dans un système de soins est certes une avenue profitable pour l'ensemble du système pourvu que ces derniers retirent des bénéfices de cet engagement. En favorisant la participation des professionnels dans le renouvellement de l'organisation, la gouvernance clinique tente de créer de nouveaux espaces d'échanges entre le monde organisationnel et celui de la clinique afin de potentialiser l'agir professionnel nécessitant le monde organisationnel pour s'exercer. La présence de leaders représentant le monde professionnel et le monde organisationnel est une façon de créer un rapprochement et de réduire les tensions associées aux différentes représentations. Ce leadership nécessite un engagement professionnel renouvelé envers la transformation des pratiques cliniques, mais aussi envers le changement des conditions organisationnelles nécessaires à l'excellence dans les pratiques cliniques.

En résumé, la gouvernance clinique doit s'accommoder d'un ensemble de tensions qui existent dans les systèmes de santé. Elle doit composer avec le besoin de contrôle de la performance et l'autonomie des professionnels. Pour maîtriser cette tension, l'investissement des professionnels dans les transformations et dans la construction de l'organisation permet d'allier les objectifs professionnels aux objectifs organisationnels. Le développement du Plan en cancer a permis aux gestionnaires et aux professionnels de s'investir dans l'atteinte de cibles communes. La gouvernance clinique doit s'accommoder de la perspective administrative et clinique des organisations. Notre étude nous apprend que la mobilisation de leviers de gouvernance clinique à tous les niveaux de soins réduit l'écart entre l'administration et la gestion par le développement de finalités communes au système.

La gouvernance clinique nécessite de s'exercer à l'aide de divers leviers mobilisés à la fois par les gestionnaires et par les leaders cliniques pour créer une synergie dans l'ensemble d'un système de santé et atteindre les objectifs du système. Les professionnels doivent s'approprier les différents types de leviers pour à la fois informer leur pratique et informer le système dans lequel ils évoluent. La synergie attendue dans un système de gouvernance clinique est possible par la mobilisation des savoirs et des relations d'échanges entre l'ensemble des membres d'une organisation. Les acteurs de la gouvernance clinique se situent à différents niveaux dans le système de soins de santé.

Conclusion

Dans cette recherche, nous souhaitons mieux comprendre les processus de changements délibérés rendus possibles par la mobilisation de leviers de gouvernance clinique au sein d'un système de soins spécifique, celui de l'oncologie dans la province canadienne de l'Ontario. Cette restructuration du système de soins en oncologie s'est effectuée en trois phases et a nécessité un amalgame de leviers pour soutenir l'ensemble des transformations. La transformation du CCO a créé un nouveau potentiel d'action chez cette organisation et lui a permis de mobiliser les leviers de gouvernance clinique nécessaires à l'atteinte des objectifs de la réforme. Nos résultats permettent de conclure qu'un ensemble

de leviers légaux, structurels, de communication et des leviers économiques ont été utilisés pour transformer le système et implanter une logique d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients. L'utilisation des leviers de gouvernance clinique visait à créer une synergie entre les différents niveaux de soins et les prestataires de services pour l'ensemble du système. L'exercice de la gouvernance clinique par la mobilisation de leviers soulève des implications pour la gestion et pour la clinique. Les gestionnaires doivent développer de nouvelles capacités de pilotage qui nécessitent de connaître les rôles et les fonctions des leviers et l'importance de leur utilisation simultanée. Les implications cliniques visent à investir davantage les professionnels dans le développement de l'organisation et à favoriser l'appropriation par ces derniers des leviers de gouvernance clinique pour enrichir leur pratique professionnelle. Notre étude soulève qu'au-delà des transformations structurelles, il est nécessaire de créer des organisations aux capacités d'action accrues pour implanter les nombreuses transformations commandées par les réformes.

Références

- Baker, G. R., MacIntosh-Murray, C., Porcellato, C., Dionne, L., Stemacovich, K., & Born, K. (2008). Introduction : Learning from High-Performing Systems: Quality by Design (*High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*). Toronto: Longwoods Publishing Publications.
- Borgès Da Silva, G., & Borgès Da Silva, R. (2005). La gestion intégrée des soins : l'expérience de Kaiser permanente et de Veterans health administration, aux USA. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 36(4), 323-335
- Brunsson, N., & Sahlin-Andersson, K. (2000). Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform. *Organization Studies*, 21(4), 721
- Buetow, S. A., & Roland, M. (1999). Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in health care*, 8(3), 184-190
- Cancer Care Ontario. (2004). Ontario Cancer Plan 2005-2008 (november 2004^e éd., p. 246 p.). Toronto: Cancer Care Ontario
- Champagne, F. (2002). *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : Étude No 39: La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Ottawa.
- Commission d'étude sur les services de santé et services sociaux. (2000). Les solutions émergentes : Rapport et recommandations (p. 410). Québec: Gouvernement du Québec.

- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-51
- Contandriopoulos, A. P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(2), 4-31
- de Bruijn, J. A., & Ten Heuvelhof, E. F. (1997). Instruments for Network Management. Dans W. J. M. Kickert, E.-H. Klijn & J. F. M. Koppenjan (dir.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (p. 119-136). London: Sage Publications.
- Denis, J.-L. (2002). Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : Étude No 36: Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. Ottawa.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The Dynamic of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2006). Reforming Health Care: Levers and catalysts for change. Dans A. L. Casebeer, A. Harrison & A. L. Marck (dir.), *Innovations in Health Care : A reality check* (p. 320 p): Palgrave Macmillan.
- Department of Health. (1998). First Class Service: Quality in the New NHS (p. 86 p). Londres, Angleterre: United Kingdom Department of Health.
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank quarterly*, 79(2), 281-315
- Fyke KJ. (2001). Caring for medicare: sustaining a quality system. Regina: Policy and Planning Branch Saskatchewan Health.

- Gilbert, F., Brault, I., Breton, M., & Denis, J. (2007). Le pilotage des réformes. Dans M. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation* (p. 39-49). Montréal: Les éditions de la Chenelière.
- Government of Ontario. (1990). Cancer Act, R.S.O. 1990, Chapter C.1. Repéré à http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90c01_e.htm
- Greenberg, A., Angus, H., Sullivan, T., & Brown, A., D. (2005). Development of a set of strategy-based system-level cancer care performance indicators in Ontario, Canada. *International Journal for Quality in Health Care* 17(2), 107-114
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1996). Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together The Old and the New Institutionalism *Academy of Management Review*, 21(4), 1022-1054
- Halligan, A., & Donaldson, L. (2001). Implementing Clinical Governance: Turning Vision Into Reality. *BMJ*, 322(7299), 1413-1417
- Ham, C. (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *The Lancet*, 361(9373), 1978-1980.doi:Doi: 10.1016/s0140-6736(03)13593-3
- Hudson, A. R. (2001). Report of the Cancer Services Implementation Committee Province of Ontario.
- Kirby M. (2002). The health of Canadians - the federal role. Final Report. Volume Six: Recommendations for Reform. Ottawa: The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.
- Langley, A. (1999). Strategies for Theorizing from Process Data *Academy of Management Review*, 24(4), 691-710

- McSherry, R., & Pearce, P. (2002). *Clinical Governance : A Guide to Implementation for Healthcare Professionnal*. Oxford, UK: Blackwell Science
- Mintzberg, H. (1989). L'organisation professionnelle (*Le management: voyage au centre des organisations*). Paris: Les Éditions de l'Organisation.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (third^e éd.). Thousands Oaks, California: Sage Publications.
- Perlin, J. B., Kolodner, R. M., & Roswell, R. H. (2005). The Veterans Health Administration: quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care. *HealthcarePapers*, 5(4), 10-24
- Roland, M. (2004). Linking physicians' pay to the quality of care - a major experiment in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 351(14), 1448-1454.doi:10.1056/NEJMhpr041294
- Romanow, R. (2002). Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : Préparer l'avenir des soins de santé. Ottawa, ON.
- Salamon, L. M. (2002). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. New York: Oxford University Press.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1998). Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*, 17(2), 85-108.doi:10.1377/hlthaff.17.2.85
- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the NHS in England. *BMJ* 317(61), 61-65
- Schneider, A., & Ingram, H. (1990). Behavioral Assumptions of Policy Tools. *The Journal of Politics*, 52(2), 510-529

- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research* (1st^e éd.). Thousand Oaks. : Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basic of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, California: Sage.
- Sullivan, T., Dobrow, M., Thompson, L., & Hudson, A. (2004). Restructuring cancer services in Ontario. *HealthcarePapers*, 5(1), 69-80; discussion 96-69
- Tuohy, C. H. (2003). Agency, Contract, and Governance: Shifting Shapes of Accountability in the Health Care Arena. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 28(2-3), 195-216.doi:10.1215/03616878-28-2-3-195
- Vanu Som, C. (2004). Clinical governance : a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal*, 9(2), 87-90
- Wallace, L. M., Freeman, T., Latham, L., Walshe, K., & Spurgeon, P. (2001). Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Quality in health care*, 10(2), 76-82
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational Change and Development. *Annual Review of Psychology*, 50, 361-386
- Zietsma, C., & Lawrence, T. (2010). Institutional Work in the Transformation of an Organizational Field: The Interplay of Boundary Work and Practice Work. *Administrative Science Quarterly*, 55, 189-221

Chapitre 7 La pratique de l'activité stratégique en milieu professionnel : le cas des pratiques infirmières en oncologie de l'Ontario (Article 3)

Brault, Isabelle, Denis, Jean-Louis

Abrégé

Des développements récents dans le domaine de la stratégie organisationnelle amènent les théoriciens à s'intéresser aux pratiques impliquées dans le développement de la stratégie. Les individus, par leurs actions et interactions dans leurs pratiques, contribuent à mettre en œuvre des stratégies innovantes pouvant façonner l'organisation dans laquelle ils évoluent. En 2004, l'Ontario entreprend une importante réforme des soins et des services en oncologie. L'un des éléments constitutifs de cette réforme est la création d'une communauté de pratique pour les infirmières en pratique avancée. La communauté de pratique est utilisée à titre de levier de pilotage de la réforme pour transformer les pratiques cliniques. Cet article analyse le rôle des pratiques infirmières dans le développement de capacités stratégiques qui influencent l'évolution de la profession et induisent des changements dans l'organisation des services en oncologie. Le cadre théorique utilisé est celui de la stratégie en tant que pratique sociale qui permet d'analyser les pratiques impliquées dans le développement de la stratégie. Le devis de recherche est qualitatif et repose sur l'étude d'un cas composé d'un modèle d'organisation de services et des pratiques infirmières. Nos données proviennent de trois sources : d'entrevues semi-structurées, d'analyse de la documentation et d'observations non participatives. Nos résultats ont révélé le développement de trois stratégies favorisant l'évolution de la profession infirmière et la transformation de l'organisation : une stratégie de développement de la pratique infirmière en oncologie, une stratégie d'institutionnalisation des politiques de la communauté de pratique dans le système de soins en oncologie et une stratégie de positionnement de la profession infirmière au niveau macroscopique des soins en oncologie. Chez les professionnels, ces résultats indiquent l'importance de s'intégrer aux

communautés de pratique pour promouvoir le développement professionnel et organisationnel. Pour les décideurs en santé, la création de communauté de pratique est un levier à considérer pour favoriser le développement de capacités stratégiques chez les professionnels qui induisent des changements dans les pratiques cliniques et favorise l'intégration de la perspective professionnelle dans les transformations des systèmes de santé.

Introduction et problématique

Des développements récents dans le domaine de la stratégie organisationnelle amènent les théoriciens de la stratégie à s'intéresser aux pratiques impliquées dans les processus de formation de la stratégie (Johnson, Melin, & Whittington, 2003) et aux contextes d'où elles émergent (Wilson & Jarzabkowski, 2004). Les individus, par leurs actions et interactions dans leurs pratiques, contribuent à mettre en œuvre des stratégies innovantes qui peuvent façonner l'organisation dans laquelle ils évoluent (Denis, Langley, & Rouleau, 2007; Jarzabkowski, 2004; Whittington, 1996; Whittington, 2004). Dans les contextes pluralistes des organisations de santé où les acteurs poursuivent des objectifs multiples et parfois divergents (Denis et al., 2007), le développement de la stratégie s'éloigne du processus traditionnel d'établissement des priorités et des orientations à long terme défini au sommet stratégique de l'organisation. Dans ce type d'organisation, la stratégie peut être vue comme un processus émergent des pratiques des professionnels situés à la base de l'organisation (Mintzberg, Lampel, & Ahlstrand, 1998) et œuvrant principalement auprès de la clientèle nécessitant des soins.

Au cours des dernières années, le gouvernement ontarien a procédé à une importante restructuration dans le domaine de l'oncologie pour améliorer l'accessibilité, la performance et la qualité des soins et services. La création de communautés de pratique constitue un élément clé de cette réforme et a été utilisé comme levier pour transformer les pratiques cliniques (Sullivan, Dobrow, Thompson, & Hudson, 2004). Selon Wenger (1999), la communauté de pratique est un groupe dont les membres s'engagent

régulièrement dans des activités de partage de connaissances et d'apprentissage à partir d'intérêts communs. Certains auteurs soulignent que les communautés de pratiques procurent un environnement qui facilite les apprentissages entre individus et favorisent le développement de nouvelles pratiques entre pairs (Wenger, McDermott, & Snyder, 2002). D'autres expliquent qu'au-delà du développement de politiques de changements, la création d'une capacité organisationnelle, telle que les communautés de pratiques, est inhérente à la transformation des pratiques cliniques (Pettigrew, Ferlie, & McKee, 1992).

Plusieurs travaux ont souligné la complexité des soins dans le domaine de l'oncologie et le rôle central joué par les infirmières dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer (Department of Health, 1995, 2000; Ferrell, Virani, Smith, & Juarez, 2003; Fitch & Mings, 2003) et dans la continuité des soins par le développement de partenariats avec les équipes de soins à tous les niveaux des services (Department of Health, 2000). Ces éléments ont amené le Cancer Care Ontario à créer une communauté de pratique (CDP) des infirmières en pratique avancée en oncologie⁴. L'implantation de la communauté de pratique s'inscrit à même le projet de transformation du Cancer Care Ontario qui cherche à améliorer la performance de l'ensemble du système par la transformation des pratiques cliniques. Toutefois, les infirmières semblent avoir saisi l'opportunité de ce changement pour développer un projet professionnel et influencer l'organisation des services. Comme le souligne Abbott (1988), chaque profession vise non seulement à posséder un «corps central de travail» mais à le défendre et à lui faire prendre de l'expansion. Ce projet de transformation du CCO et l'implantation de la CDP semblent pouvoir contribuer au développement de capacités stratégiques chez les infirmières par la mobilisation des savoirs académiques et expérientiels au profit du développement de la profession infirmière tout en s'investissant dans le développement de l'organisation dans laquelle elles pratiquent.

⁴ En anglais la CDP est nommée : Cancer Care Ontario Oncology Advanced Practice Nurses Community of Practice

Dans le cadre de cette recherche, nous posons l'hypothèse que les communautés de pratique permettent de créer une capacité stratégique qui favorise le développement de projets professionnels et influence l'organisation des services. Peu d'études ont porté sur le développement de capacités stratégiques chez les professionnels. Certaines études ont souligné l'importance du rôle des acteurs dans la transformation des institutions (Hwang & Colyvas, 2011). D'autres accordent un potentiel de transformations organisationnelles associées aux routines et aux pratiques des acteurs sociaux (Feldman, 2000; Feldman, 2004; Feldman & Pentland, 2003; Samra-Fredericks, 2003; Wilson & Jarzabkowski, 2004). Les transformations issues des pratiques des acteurs s'inscrivent dans une perspective de changement continu, car elles modifient le parcours de soins sans toutefois le transformer de façon radicale (Weick & Quinn, 1999). Ces types de changements sont convergents (Greenwood & Hinings, 1996) et peuvent contrer l'inertie associée au système de santé.

Dans cet article, nous analyserons le rôle des pratiques professionnelles infirmières dans le développement de capacités stratégiques qui peuvent influencer l'évolution de la profession et la transformation de l'organisation. La communauté de pratique des infirmières en pratique avancée en oncologie (CDP) nous apparaît un lieu privilégié pour observer le rôle des pratiques infirmières dans l'activité stratégique des infirmières comme des éléments clefs dans la constitution de la stratégie de la profession pour s'adapter au nouveau contexte de soins en oncologie dans la province et influencer son évolution.

L'article s'articule comme suit : nous présentons le cadre théorique de la stratégie en tant que pratique sociale (*strategy-as-practice*) qui cherche à comprendre qui sont les stratèges et par quelles actions ils agissent stratégiquement. Ensuite, nous présentons nos résultats empiriques en trois volets : 1) une brève description du contexte de transformation des soins et services en oncologie en Ontario et la description de communauté de pratique des infirmières comme lieu d'observation des pratiques stratégiques 2) la présentation des concepts de praxis, de praticiens et de pratiques impliquées dans le développement stratégique et 3) la présentation de trois stratégies émergentes des pratiques des infirmières. Nous terminons par une discussion de ces résultats autour de la pratique de l'activité

stratégique des professionnels et de l'émergence du changement dans les organisations de santé. Notre contribution théorique vise d'une part, à comprendre les processus de changement dans les organisations professionnelles en mobilisant l'approche théorique de la pratique en stratégie organisationnelle et d'autre part, à être en mesure de contribuer plus efficacement à l'implantation de changements jugés nécessaires dans le domaine de la santé. Notre apport empirique se situe dans l'identification des processus stratégiques impliqués dans le développement de projets professionnels et dans l'apport du contexte dans le développement de nouvelles capacités stratégiques chez les professionnels. Dans la prochaine section, nous présentons les fondements théoriques de la stratégie en tant que pratique sociale sur lesquels s'appuie notre analyse empirique.

Cadre théorique : La stratégie en tant que pratique sociale

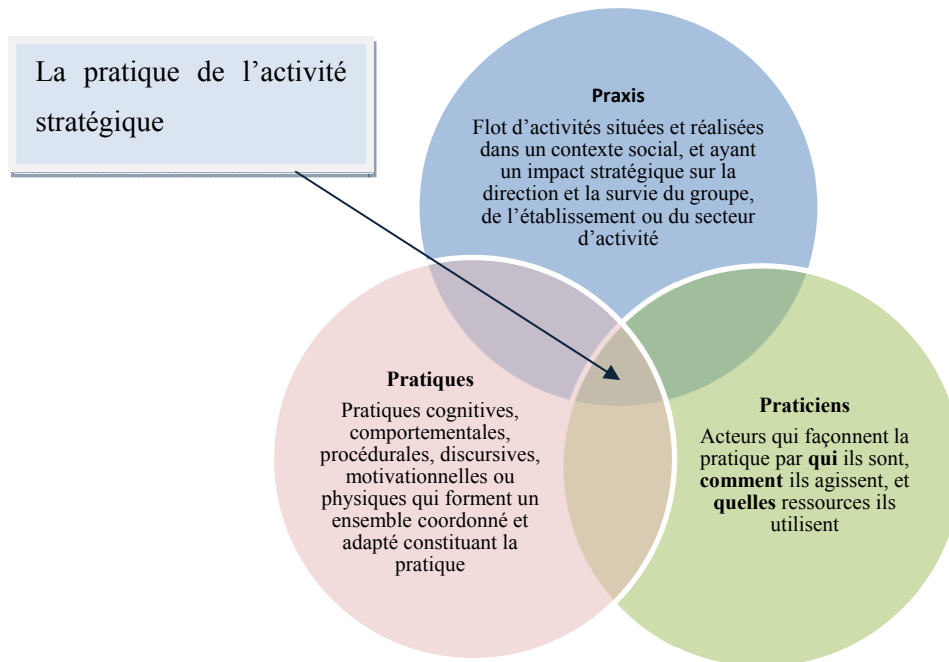
Les travaux sur la stratégie en tant que pratique sociale (strategy-as-practice) se sont développés au milieu des années 1990 suite à un manque d'information sur l'activité stratégique dans les organisations et sur sa pratique au quotidien (Jarzabkowski, 2004; Whittington, 1996). Selon cette perspective, la stratégie n'est pas détenue par l'organisation mais elle résulte de l'activité de ses membres (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007). En s'appuyant sur les travaux de Mintzberg (1998), cette approche s'inscrit parmi les écoles de nature descriptive et cherche à comprendre les processus de formation des stratégies à partir de l'analyse fine des comportements des acteurs lorsqu'ils tentent d'influencer les stratégies organisationnelles. L'intérêt central des travaux sur la stratégie en tant que pratique sociale porte sur l'identification des stratèges et de leurs actions dans le développement de la stratégie au sein de leur contexte organisationnel et institutionnel (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007; Johnson, Langley, Melin, & Whittington, 2007; Whittington, 1996).

La pratique de l'activité stratégique nommée «strategizing» s'intéresse aux processus et aux pratiques des acteurs qui constituent les activités quotidiennes de la vie organisationnelle (Johnson et al., 2003). Selon Mintzberg (1998), ce type de stratégie est perçu comme un processus émergent non délibérément voué à un changement ou à une

stratégie intentionnée. Cet auteur explique que les stratégies émergentes ne sont pas implicites ou intentionnelles, elles sont le résultat de la convergence des actions des individus (Mintzberg, 1994). Certains auteurs évoquent que la pratique de l'activité stratégique est située dans des contextes d'action spécifique et qu'elle s'opérationnalise à différents niveaux au sein d'une organisation (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007). D'autres auteurs expliquent que les stratèges peuvent se retrouver aux différents niveaux de l'organisation et qu'ils incluent plusieurs personnes influentes d'une organisation (Jarzabkowski & Whittington, 2008).

Les travaux sur la stratégie en tant que pratique sociale mobilisent dans son analyse un ensemble d'écrits théoriques et empiriques empruntés à la sociologie pour mieux comprendre, définir et analyser les pratiques et les contextes dans lesquels elles se matérialisent. Plusieurs théoriciens des pratiques (Bourdieu, Foucault, De Certeau, Giddens, Vygotski et Turner) ont apporté des contributions significatives à la compréhension de l'activité humaine, de l'organisation, de la reproduction et de la transformation de la vie sociale à partir de l'analyse des pratiques. En s'appuyant sur les travaux de ces théoriciens de la pratique, l'activité stratégique s'analyse par les concepts de praxis, de pratiques et de praticiens de la stratégie (Jarzabkowski & Whittington, 2008). À la figure 9, Jarzabkowski et al. (2007) proposent une conceptualisation adaptée à la stratégie. Selon ces auteurs, l'activité stratégique se compose et émerge de l'interaction entre la praxis et les pratiques et les praticiens de la stratégie.

Figure 9 Cadre conceptuel pour l'analyse de la stratégie en tant que pratique sociale (Jarzabkowski et al. 2007)



Les travaux consacrés à la stratégie en tant que pratique sociale favorisent l'étude empirique des pratiques par l'analyse des discours, des notes de réunions et de l'observation des contextes (Whittington, 1996; Wilson & Jarzabkowski, 2004). Dans l'étude conduite par Samra-Fredericks (2003) et qui analyse le changement stratégique à travers les discours des stratèges, le langage est considéré comme une forme d'action stratégique. Les recherches empiriques sur la stratégie en tant que pratique sociale sont longues et laborieuses. Elles nécessitent la retranscription des discours prononcés lors des réunions stratégiques, la retranscription des mémos et de tous documents permettant de relater l'évolution des stratégies par les pratiques quotidiennes des acteurs (Samra-Fredericks, 2003).

Certains auteurs soulèvent la difficulté de lier l'étude des micro-pratiques aux contextes macroscopiques dans lesquels évoluent les pratiques comme enjeu méthodologique principal de cette approche (Johnson et al., 2003). Cet enjeu réside dans le fait que les pratiques interagissent avec une multitude de facteurs situés à des niveaux intermédiaires avant leur interaction avec le niveau macroscopique (Wilson & Jarzabkowski, 2004). Jarzabkowski et al. (2007) évoquent que la pratique de l'activité stratégique est une activité située. La transférabilité des résultats de recherche à d'autres contextes s'applique davantage à des généralisations théoriques qu'empiriques.

Selon Whittington (2004), la reconnaissance du contexte s'avère essentielle à la compréhension du développement de la stratégie. D'autres auteurs affirment que les contextes sont composés de règles et de procédures d'action qui mettent des ressources à la disposition des acteurs (Bourdieu, 1980; Giddens, 1984). En offrant certaines ressources (matérielles, financières, informationnelles, etc.) plutôt que d'autres, les contextes peuvent restreindre ou accroître la capacité d'action des acteurs et par le fait même, leur capacité à participer à l'activité stratégique. Les acteurs peuvent s'approprier ces ressources pour agir stratégiquement et renouveler leurs pratiques (Bourdieu, 1980). En ce sens, plusieurs auteurs évoquent l'importance des contextes d'action dans lesquels se situent les pratiques puisqu'ils agissent en tant que structures sociales qui déterminent en partie les pratiques des acteurs (Bourdieu, 1980; Giddens, 1984). Contandriopoulos et al. (2000) spécifient que la trajectoire d'évolution des systèmes d'action est construite par les stratégies des acteurs qui y interagissent. Les stratégies dépendent donc des modalités d'organisation du contexte dans lequel les acteurs évoluent, du développement technologique, des connaissances scientifiques et de la conjoncture économique (Contandriopoulos et al., 2000). Il existe donc une influence à la fois des pratiques et des contextes : les pratiques contribuent à la construction du contexte social et le contexte social influence l'émergence et le développement des pratiques des acteurs sociaux (Giddens, 1984; Orlikowski, 2000).

En résumé, nous définissons la stratégie comme une pratique sociale, construite par les actions, les interactions et les négociations entre une multitude d'acteurs et qui émerge

des pratiques des acteurs (Jarzabkowski, 2005). La stratégie est vue comme un processus émergent (Mintzberg et al., 1998) et la pratique de l'activité stratégique (le strategizing) est une activité située (Jarzabkowski, Balogun, & Seild, 2007). Cette perspective offre un potentiel pour mieux comprendre les processus de formation de la stratégie en milieu professionnel et identifier les pratiques à la base de l'activité stratégique. Globalement, elle nous permettra de mieux comprendre l'émergence de changements en milieu professionnel. Dans la prochaine section, nous présentons la méthodologie de la recherche.

Méthodologie

Cette recherche repose sur l'étude approfondie d'un cas constitué du modèle d'organisation des services dans le domaine de l'oncologie en Ontario et des pratiques infirmières évoluant au sein de la communauté de pratique des infirmières en oncologie. Spécifiquement, c'est à partir de l'observation de la communauté de pratique des infirmières en pratique avancée en oncologie de l'Ontario, que nous avons observé le rôle des pratiques infirmières associées à l'activité stratégique. La structure de la communauté de pratique, sa maturité, son positionnement dans le domaine de l'oncologie, la fréquence des réunions et les travaux développés par cette communauté comptent parmi les éléments qui ont influencé le choix de cette communauté pour analyser les pratiques stratégiques des infirmières. Nos données proviennent de trois sources principales : d'entrevues semi-structurées, de l'analyse de la documentation et d'observations non participatives. Nos observations se sont déroulées de 2006 à 2008.

Nous avons procédé à des entrevues auprès d'informateurs clés dans le domaine de l'oncologie impliqués à tous les niveaux dans les programmes de lutte contre le cancer (président et directeur des services en oncologie, responsables des programmes régionaux, gestionnaires infirmiers, infirmières cliniciennes spécialisées, etc.). Vingt-cinq entrevues d'une durée de 60 à 90 minutes ont été effectuées. Chaque entrevue a été transcrite et codifiée selon des thèmes organisationnels et professionnels. Les entrevues ont permis de

rejoindre les informateurs clés dans 8 types d'organisations différentes imputables auprès du Cancer Care Ontario sur la prestation des services en oncologie.

Nos données incluent l'observation non participante de réunions stratégiques (comité de vérification et de finances et comité de planification, performance et recherche) et des réunions cliniques de la Communauté de pratique des infirmières de pratique avancée en oncologie. Au total, 22 réunions ont été observées. Ces réunions nous ont permis d'observer les pratiques des infirmières impliquées dans l'activité stratégique dans le domaine de l'oncologie.

Finalement, nos données comprennent une abondante documentation (organigramme, ordres du jour, compte-rendu de réunions, rapports gouvernementaux, rapport annuel, site Internet, document de prise de position, publications, Infolettre, etc.). Cette documentation a permis de recueillir des informations pertinentes reliées à l'organisation des services de lutte contre le cancer et aux pratiques professionnelles infirmières.

Analyse des données

Diverses stratégies ont été adoptées pour l'analyse de nos données qualitatives. Pour procéder à l'analyse approfondie des pratiques et du contexte d'action, nous avons d'abord transcrit les entrevues des informateurs clés et procédé à une lecture attentive des nombreux documents pour identifier des codes d'analyse (Strauss & Corbin, 1990). Ces codes nous ont permis de développer des regroupements par catégorie et procéder à l'analyse des entrevues en fonction des grandes catégories développées. Nous avons ensuite procédé à la triangulation des trois sources de données : les entrevues, la documentation écrite et l'observation non participative. La triangulation des données maximise la validité interne des études (Patton, 2002). Une stratégie d'analyse narrative (Langley, 1999) a été utilisée afin de produire une histoire et de caractériser à la fois la transformation de l'organisation des services dans la province, la naissance de la communauté de pratique infirmière et le

rôle des pratiques infirmières dans l'activité stratégique. Cette stratégie descriptive a permis de créer une représentation claire de la communauté de pratique et du contexte de transformation via lequel elle a émergé ainsi que le rôle des pratiques infirmières dans le développement de la stratégie. L'utilisation de la stratégie graphique (Langley, 1999) a permis de schématiser le modèle d'organisation des services dans le domaine de l'oncologie et certaines pratiques des infirmières.

Concepts à l'étude

Dans cette recherche, pour représenter les pratiques stratégiques de infirmières, nous utiliserons les concepts de praticiens, praxis et de pratiques (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007). Lorsqu'associés à la stratégie, ces concepts se définissent comme suit :

Les praticiens de la stratégie

Les praticiens de la stratégie sont les acteurs de la stratégie, ceux qui pratiquent l'activité stratégique. Ils développent et exécutent de façon délibérée ou non, les stratégies (Whittington, 2006). Dans cet article, nous étudions un sous-ensemble d'acteurs du système de santé soit les infirmières en pratique avancée en oncologie. Dans le développement des pratiques stratégiques, les infirmières mobilisent un ensemble de compétences et de savoirs appartenant à la profession infirmière pour produire de la stratégie.

La praxis

Selon la philosophie marxiste, la praxis concerne l'ensemble des activités humaines par lesquelles l'homme transforme la nature et le monde. Par opposition à la connaissance ou à la théorie, la praxis est l'action vers un résultat donné, vers un idéal et implique la transformation, le changement. Elle vise à résoudre des contradictions ou des problèmes rencontrés dans la vie quotidienne. La praxis de la stratégie se définit comme un flux d'activités qui influencent l'orientation du groupe, de l'organisation ou de l'industrie (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007). La praxis n'est pas immuable, elle se redéfinit par l'interaction avec le contexte social (Whittington, 2006). La praxis est donc dynamique et

elle est prise une forme différente selon le niveau organisationnel où se situent les acteurs (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007). Concrètement elle inclut toutes les activités stratégiques observables impliquées dans la formulation et l'implantation de la stratégie : la présentation d'un plan stratégique, les réunions de développement des orientations stratégiques, les discours stratégiques, etc. (Whittington, 2006). Ces activités visent la transformation des normes établies dans l'organisation. En résumé, la praxis concerne les domaines de transformation dans lesquels les stratèges s'investissent. Elle est un lieu investi par les professionnels qui permet de générer des capacités stratégiques et faire émerger des transformations.

Les pratiques

Contrairement à la praxis, les pratiques sont des patterns réguliers d'activités non délibérées, non intentionnelles (Rasche & Chia, 2009). Elles réfèrent aux comportements routiniers des individus qui incluent les traditions, les normes et les procédures pour agir (Whittington, 2006). Elles comprennent plusieurs éléments inter reliés : des routines cognitives et physiques, la mobilisation d'un savoir et l'utilisation d'outils et de ressources nécessaires à la pratique (Reckwitz, 2002). Selon cet auteur, les pratiques englobent les savoirs et les façons de faire spécifiques d'une pratique. Chez les infirmières, les pratiques se composent d'un savoir spécifique à la profession.

Résultats

Cette section présente nos résultats empiriques et permet d'appliquer la perspective de la stratégie en tant que pratique sociale au domaine de la santé et à la profession infirmière. Dans un premier temps, afin de mieux comprendre le contexte dans lequel l'activité stratégique des infirmières évolue, nous présentons le contexte de transformation des soins et services dans le domaine de l'oncologie en Ontario qui a conduit à l'émergence de la communauté de pratique des infirmières en pratique avancée en oncologie. Par la suite, nous présentons les résultats selon les praticiens de la stratégie (les infirmières en

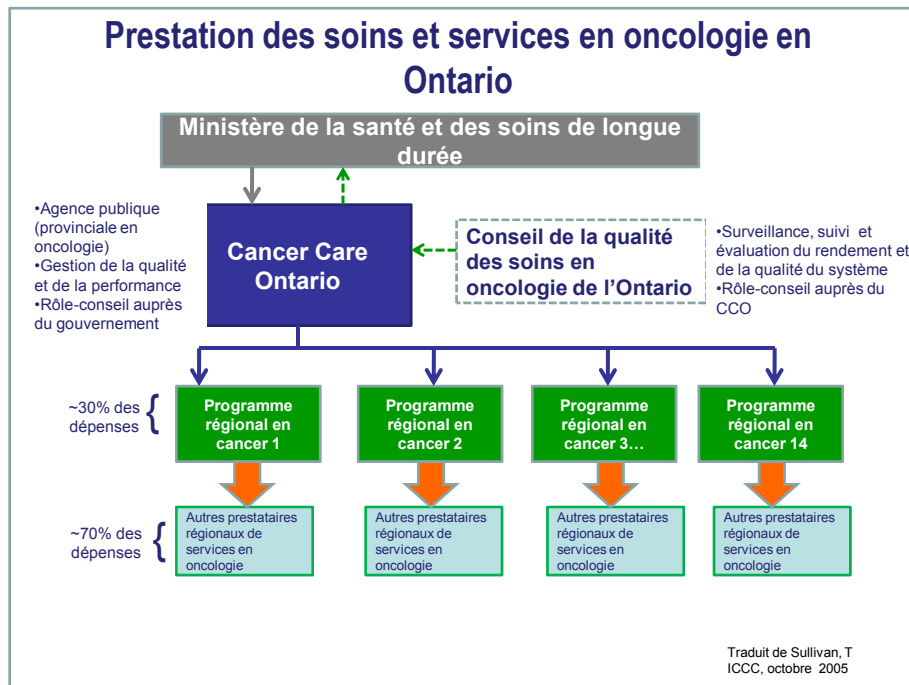
pratique avancée), leur praxis et les pratiques développées dans le cadre de la communauté de pratique. Nous terminons par exposer trois stratégies qui émergent de la rencontre de ces praticiens, de leur praxis et de leurs pratiques.

Le contexte de transformation des soins et services en oncologie dans la province de l'Ontario

En 2001, suite à une crise reliée au temps d'attente pour les chirurgies et les traitements contre le cancer en Ontario et au Canada, le gouvernement ontarien entreprend une importante restructuration des services dans le domaine de l'oncologie (Sullivan et al., 2004). Cette restructuration modifie substantiellement le rôle et les mandats de l'agence provinciale en oncologie, le Cancer Care Ontario. Auparavant dispensateur de soins et de services via les centres régionaux en oncologie, le Cancer Care Ontario détient, depuis 2004, le pouvoir et la responsabilité d'acheter des services auprès des organisations dispensant des soins (Sullivan et al., 2004). Le Cancer Care Ontario devient responsable de la planification et du développement des orientations stratégiques dans ce domaine spécifique de soins et doit informer le ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario sur ce qui traite de l'oncologie dans la province. Dans son processus de restructuration, le Cancer Care Ontario a adopté la vision suivante: « *Travailler ensemble pour créer le meilleur système en oncologie au monde* » et sa mission est « *d'améliorer la performance du système en oncologie par la qualité, l'imputabilité et l'innovation dans tous les services reliés à l'oncologie* ». Ces énoncés deviennent le moteur de la réorganisation interne du Cancer Care Ontario et de son positionnement dans le système de santé de la province. L'ensemble des actions du Cancer Care Ontario vise à construire un système performant de soins et de services en oncologie où la recherche est au cœur des interventions (Greenberg, Angus, Sullivan, & Brown, 2005). En ce sens, le Conseil de la qualité des soins en oncologie en Ontario, organisme responsable de la qualité et du développement des indicateurs de qualité et de la performance du système, développe des rapports destinés au public sur la qualité et la performance dans les services en oncologie

dans la province de l'Ontario (Sullivan et al., 2004). Les soins sont dispensés régionalement où chacune des 14 régions est responsable de l'implantation des programmes régionaux en oncologie en travaillant avec les dispensateurs de services régionaux. La figure 10 représente le modèle de prestations des soins et services en oncologie dans la province.

Figure 10 Modèle de prestation des soins et services en oncologie en Ontario



La transformation proposée par le Cancer Care Ontario pour améliorer la qualité et la performance des services a nécessité l'utilisation de différents leviers de changement. L'implantation de communautés de pratique a été l'un des leviers utilisé pour agir au niveau des pratiques cliniques et favoriser l'introduction de pratiques fondées sur les évidences scientifiques. La création de la communauté de pratique des infirmières (CDP) en pratique avancée en oncologie visait d'une part à répondre à un besoin des infirmières de partager les savoirs infirmiers en pratique avancée en oncologie et d'autre part à atteindre

les objectifs organisationnels poursuivis par le CCO. Selon Wenger (2002), les communautés de pratiques ont la compétence, la perspective et l'expérience pratique pour assurer leur propre gouvernance. Ceci laisse place à la possibilité de développer un projet professionnel chez les infirmières. La Communauté de pratique des infirmières en pratique avancée en oncologie regroupe des infirmières en oncologie qui œuvrent auprès d'une clientèle pédiatrique ou adulte et qui partagent des intérêts communs autour du rôle de l'infirmière en pratique avancée en oncologie. Elle vise la mise en commun des expertises et des savoirs des infirmières et à dégager des enjeux entourant la pratique infirmière avancée pour l'ensemble de la province ontarienne. Dans la prochaine section, nous définissons la pratique avancée des infirmières pour ensuite aborder la praxis des infirmières et leurs pratiques. Finalement, nous présentons les stratégies développées par ces dernières.

Les praticiens de la stratégie : les infirmières en pratique avancée

Au Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008) définit le terme de pratique infirmière avancée de cette façon :

«La pratique infirmière avancée est une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation des connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. Cette pratique consiste à analyser et combiner des connaissances, à comprendre, interpréter et appliquer la théorie des soins infirmiers et les résultats de la recherche infirmière, ainsi qu'à façonner et faire progresser le savoir infirmier et la profession dans son ensemble ».

Le Canada reconnaît deux rôles en pratique infirmière avancée : l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière praticienne. La pratique infirmière avancée vise à élargir le champ de pratique des infirmières, à mobiliser des savoirs académiques acquis par une formation aux études supérieures, à mobiliser les savoirs expérientiels et à intégrer les résultats de la recherche dans les pratiques cliniques (Schober & Affara, 2006). L'Ontario adopte la position de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada dans la

définition des rôles en pratique infirmière avancée. Toutefois, l'une des caractéristiques de la pratique avancée en oncologie est l'aspect multidimensionnel de la pratique qui cible le développement de la pratique en oncologie et l'innovation à tous les niveaux de soins : auprès des patients, de la profession infirmière, des prestataires de soins, des organisations et de l'ensemble du système de soins (Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne, & Pinelli, 2004).

La praxis des infirmières en pratique avancée

Rappelons que la praxis vise la transformation de la nature des pratiques et de l'environnement dans lequel évoluent ces dernières. Elle guide l'activité humaine (Whittington, Molloy, Mayer & Smith (2006). Chez les infirmières, la praxis est teintée par la volonté d'améliorer les soins aux patients, l'organisation des services et l'atteinte des idéaux professionnels. Elle est le reflet des pratiques collectives des infirmières. Nos résultats de praxis sont définis et illustrés selon les domaines pour lesquels les infirmières investissent des pratiques.

Nos résultats ont permis de constater le caractère évolutif de la praxis. Au début des travaux de la CDP, trois domaines de praxis ont été identifiés par les membres : le mentorat, la clarification des rôles de l'IPA et le développement de guides de pratiques cliniques. Rapidement, un quatrième domaine a été identifié, celui de l'adhésion des membres à la CDP afin de favoriser le recrutement de nouveaux membres. En septembre 2009, sept domaines spécifiques d'intérêt sont définis dans le document d'accueil des nouveaux membres de la communauté (Document de Bienvenue aux nouveaux membres, septembre 2009). La transformation des domaines de praxis résulte de l'émergence de nouveaux besoins et de l'identification de nouveaux enjeux liés à la profession infirmière. Le tableau 5 définit les domaines d'investissement stratégiques des infirmières (la praxis). Ces domaines d'investissement stratégiques, que nous identifions à la praxis, sont des espaces investis par la profession pour générer des capacités stratégiques.

Tableau 5 Domaines d'investissements stratégiques (Praxis)

L'adhésion à la communauté (membership) où les activités visent à favoriser et encourager le recrutement de nouveaux membres au sein de la communauté de pratique.
La formation où les activités visent le développement de nouvelles opportunités de formation pour la COP et ses membres.
La politique (policy) où les activités visent à lier les travaux sur la pratique avancée des infirmières et les politiques de santé reliée aux soins infirmières en oncologie.
La recherche et l'évaluation du rôle de l'infirmière où les activités visent à diffuser les initiatives de recherche au sein de la province et à regarder comment les rôles des infirmières s'intègrent dans le système de soins en oncologie.
Les guides de pratiques cliniques où les activités visent l'identification d'enjeux dans les pratiques et d'incorporer les évidences scientifiques à la pratique
Le mentorat où les activités visent le développement du mentorat, du préceptorat et des groupes de soutien aux infirmières
Le groupe d'intérêt sur les infirmières en pratique avancée à la conférence de l'Association canadienne des infirmières en oncologie où les activités visent à rendre compte des enjeux entourant le rôle de l'infirmière en pratique avancé au niveau du Canada.

Les pratiques des infirmières

Cette section vise à décrire les pratiques infirmières dans le déroulement des activités de la communauté de pratique. Les activités de la CDP se déroulent principalement dans le cadre de réunions téléphoniques. Nos observations ont permis de dégager des pratiques structurantes qui ont permis de créer un contexte propice à l'activité stratégique des infirmières. Ces pratiques entourent la planification de la réunion, son déroulement et son suivi ainsi que le recrutement des nouveaux membres, les ressources nécessaires au fonctionnement de la CDP et la description des sous-groupes de travail.

Pratiques infirmières structurantes de la CDP

Les premières activités ont visé à structurer l'ensemble des processus afin d'assurer la gouvernance de la communauté et d'élaborer les processus de prises de décisions. Dans cette section, nous présentons les pratiques qui ont permis la conception, la constitution et l'actualisation des activités de la CDP.

Créée en avril 2005, les premières pratiques ont consisté à élaborer la mission, les valeurs, les buts et objectifs de la CDP. La CDP vise le partage des savoirs, le développement personnel et professionnel, la création d'une synergie entre les membres, la résolution de problème et l'innovation. Le tableau 6 résume les principes généraux relatifs à la CDP. Développés en 2005, ces règlements ont été révisés en 2008.

Tableau 6 Règlements de la communauté de pratique des infirmières en pratique avancée

La Communauté de pratique des infirmières en pratique avancée en oncologie	
Membres	Regroupe des infirmières en oncologie qui œuvrent auprès d'une clientèle pédiatrique ou adulte et qui partagent des intérêts communs autour du rôle de l'infirmière en pratique avancée en oncologie.
Mission	La mission de la COP est de réunir les infirmières en pratique avancée de la province pour le partage d'objectifs professionnels visant à améliorer la santé des patients et des familles à risque ou atteints de cancer par le développement optimal et l'utilisation efficace de l'expertise des infirmières en pratique avancée tout au long du continuum de soins en oncologie.
Vision	La vision est de créer un environnement de soins qui valorise, soutienne et optimise le rôle des infirmières en pratique avancée en oncologie dans la province. La COP assure un leadership dans le développement, l'implantation et l'évaluation du rôle des infirmières en pratique avancée

Buts	<p>Fournir à ces membres des opportunités pour partager de l'information, des ressources et de l'expertise et lier les membres de la communauté aux décideurs au niveau régional, provincial et national dans le domaine de l'oncologie incluant les patients et leur famille, les infirmières, les dispensateurs de soins, les administrateurs, les académiques.</p> <p>Fournir des opportunités de formations et de mentorat pour les IPA.</p> <p>Développer et des outils pour promouvoir et clarifier le rôle des IPA pour assurer l'implantation optimale de ces rôles.</p> <p>Promouvoir le développement des évidences scientifiques par la participation des IPA à la recherche et au transfert de connaissances.</p> <p>Influencer et informer les politiques de santé qui ont une incidence sur les rôles des IPA.</p>
Objectifs	<p>Identifier les orientations stratégiques de la COP selon des résultats de sondage auprès des membres.</p> <p>Créer un espace virtuel de travail pour faciliter la communication et réduire les sentiments d'isolation chez les membres</p> <p>Sensibiliser les décideurs sur les rôles des IPA</p> <p>Lier les activités de la COP avec le Plan en cancer du CCO</p> <p>Établir des partenariats formels avec l'ACIO et autres regroupements aux intérêts similaires à la COP</p> <p>Identifier et évaluer les résultats spécifiques des rôles IPA</p> <p>Fournir de la formation fondée sur les évidences scientifiques pour améliorer les rôles des IPA dans la prévention des symptômes chez les patients et dans les soins palliatifs</p> <p>Implanter et pérenniser le programme de mentorat.</p> <p>(Terms of reference Oncology IPA COP Feb 2008).</p>

La gouvernance de la CDP est assurée par deux personnes. Lors de sa création, la directrice des soins infirmiers au CCO a agi à titre de présidente et a nommé la vice-présidente. À la fin de son mandat de deux ans, les membres de la CDP ont procédé eux-mêmes à la nomination de deux vice-présidentes parmi leurs membres.

Réunions téléphoniques

Pour rejoindre les infirmières de partout dans la province, les membres de la CDP procèdent à des réunions téléphoniques mensuelles ou plus, selon les besoins. Les documents de la réunion (ordre du jour, compte-rendu, etc.) sont envoyés par courriel ou postés sur le site Internet de la communauté. Le nombre de participantes varie de 15 à 20 selon les heures de la réunion qui varient (8-9h ou 15h30-16h30) pour permettre une plus grande assistance. L'ordre du jour est déterminé par les présidentes et les membres.

Des réunions en personne sont planifiées une à deux fois par année dont l'une en même temps que la conférence annuelle de ACIO (Association canadienne des infirmières en oncologie).

Recrutement de nouveaux membres

Pour favoriser le développement de la pratique infirmière, l'une des pratiques mises de l'avant a été le recrutement des infirmières en pratique avancée dans la province pour participer aux travaux de la communauté. *Via* la structure organisationnelle implantée au Cancer Care Ontario, la directrice des soins infirmiers et de l'oncologie psychosociale a fait connaître la communauté de pratique auprès des leaders cliniques provinciaux pour qu'ils dirigent l'information auprès des leaders cliniques régionaux et auprès des infirmières en pratique avancée dans chacune des régions. Pour faciliter l'introduction des nouveaux membres dans la communauté, un guide à l'intention des nouveaux membres a été développé. Ce guide présente les modalités de fonctionnement de la communauté, les orientations stratégiques et les dossiers en cours. La croissance de la communauté a été rapide : de 25 membres à plus de 80 membres de partout dans la province dans la même année. Les réunions téléphoniques mensuelles permettent de rejoindre plus d'une vingtaine de membres.

« Je pense que la croissance de ce groupe au cours de la dernière année a fait la preuve que les gens ont vraiment besoin d'un réseau d'échange à l'échelle de la province, nous avons tous les mêmes préoccupations, (...).

Par exemple, qu'est-ce que je peux faire pour démontrer l'importance de notre rôle et comment pourrais-je m'inspirer des stratégies des autres régions? Ou alors, de quelle façon certaines solutions apportées ailleurs pourraient-elles m'aider à trouver des solutions pour la population de patients dans ma région? » (Infirmière clinicienne spécialisée)

Ressources

Le Cancer Care Ontario met à la disposition de la CDP un soutien informatique de type Intranet (Webex). Cette plateforme dédiée aux membres permet l'échange rapide d'informations sur la CDP et regroupe l'ensemble des documents nécessaires à son fonctionnement (Tableau 7). Un forum de discussion favorise l'échange d'expertise et le recueil rapide d'avis des membres sur les enjeux traités par la CDP.

Tableau 7 Intranet de la Communauté de pratique - CDP Webex

Fonctionnalités de l'Intranet	Annonce de conférences et de formation Calendrier de réunions et d'événement Tâches à effectuer Documents de réunions Liens web / sites intéressants en oncologie Forum de discussion Affichage de postes d'infirmières IPA Articles scientifiques Nouveaux membres Tutoriels Webex
-------------------------------	--

Sous-groupes de travail

Les échanges entre les membres et la mise en commun des expertises des infirmières ont favorisé l'identification d'enjeux entourant la pratique avancée en oncologie (mentorat, formation, clarification du rôle de l'infirmière, développement de guides de pratiques cliniques) et ont permis l'émergence de trois groupes de travail. Ces groupes sont

pilotés volontairement par un membre de la CDP. Le tableau 8 présente les buts poursuivis dans les groupes.

Tableau 8 Les groupes de travail de la CDP

Groupes de travail (3)	Buts poursuivis
Clarification du rôle de l'infirmière en pratique avancée	Développer un document de prise de position sur la pratique infirmière avancée en oncologie dans le but de clarifier les rôles
Mentorat	Développer un programme de mentorat et de préceptorat pour les infirmières en pratique avancée
Enjeux de pratique clinique	Promouvoir les pratiques fondées sur les évidences scientifiques

Tiré de : Infolettre du comité responsable du Programme de soins infirmiers en oncologie. Numéro 2, juin 2008.

Les sous-groupes travaillent de façon indépendante et présentent leurs travaux lors des réunions téléphoniques afin d'obtenir le consensus des membres dans la poursuite ou la finalisation des travaux.

En résumé, les pratiques structurantes jumelées aux domaines de praxis dans lesquelles s'investissent les infirmières ont contribué à la construction de capacités favorables au développement de la stratégie chez les infirmières de la CDP. Ce contexte propice a permis l'émergence de trois grandes stratégies: 1) une stratégie de développement de la pratique infirmière en oncologie 2) une stratégie d'institutionnalisation des politiques de la CDP dans le système de soins en oncologie et 3) une stratégie de positionnement de la profession infirmière dans le domaine de l'oncologie. Dans la prochaine section, nous présentons les trois stratégies.

Stratégie #1 : Développement de la pratique infirmière en oncologie

Parmi les besoins identifiés par les membres de la CDP, la création et l'implantation d'un programme de mentorat s'est révélé un outil prioritaire pour le développement de la pratique infirmière en oncologie. La CDP a mis en place un groupe de travail sur le

mentorat en incluant également des membres ne provenant pas de la CDP mais détenant des expertises spécifiques. Un programme de cybermentorat⁵ nommé le «Programme Interprofessionnel de Cybermentorat en Pratique Avancée Infirmière en Oncologie» a été créé et les deux premières journées de formation ont eu lieu en mai 2007. Les objectifs poursuivis par le programme sont présentés au tableau 9.

Tableau 9 Les objectifs du programme de mentorat

Programme Interprofessionnel de Cybermentorat en Pratique Avancée Infirmière en Oncologie	Objectifs du programme
	Accroître le soutien au développement des rôles IPA dans la province
	Recruter des mentors disciplinaires et interdisciplinaires afin de répondre aux besoins de développement du rôle
	Promouvoir un mentorat efficace par la formation des mentors/novices
	Promouvoir et pérenniser les relations entre mentors/novices à distance
	Promouvoir un mentorat efficace par une meilleure connaissance par les mentors/novices de rôles de l'IPA
	Promouvoir la participation des infirmières en pratique avancée au programme de mentorat
	Augmenter l'implication des IPA dans les activités interprofessionnelles
	Promouvoir le mentorat interprofessionnel comme une stratégie pour le développement du rôle de l'IPA et autres rôles en pratique avancée

⁵ En anglais le programme se nomme : Ontario Oncology Advanced Practice Nursing e-mentorship : Interprofessionnal e-mentorship Program

Le programme fut financé par le Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario en partenariat avec le Cancer Care Ontario et l'université de McMaster. Dans son allocution d'ouverture aux premières journées de formation, Terry Sullivan, président du CCO illustre l'importance accordée aux infirmières qui peuvent agir à titre de leader dans le développement de stratégies novatrices dans le domaine du cancer :

« Les infirmières en pratique avancée (IPA) occupent une position privilégiée pour promouvoir et réaliser le changement et être des chefs de file capables d'innover et de transformer la pratique des soins en oncologie dans son ensemble. »

Les journées de formation visaient à la fois à jumeler des infirmières novices en pratique avancée (infirmières en début de carrière et/ou voulant acquérir et approfondir leurs connaissances en oncologie) à des mentors de différentes disciplines professionnelles (infirmières, pharmaciens, chercheurs, etc) et à développer des habiletés de mentorat en participant aux divers ateliers. Cette citation illustre la nécessité de soutenir les infirmières dans leurs capacités à agir à titre de mentors :

« Les infirmières ne sont pas habituées à jouer les mentors, mais vous savez, avec les changements auxquels nous faisons face, le mentorat sera certainement un facteur important – au niveau des processus organisationnels – dans le soutien des nouvelles recrues. À mon avis, il faut miser sur le mentorat, mais ce n'est pas une chose facile pour les infirmières» (Infirmière et gestionnaire de programme)

Les mentors ne doivent pas nécessairement être des infirmières en pratique avancée mais doivent avoir un intérêt pour le mentorat. Afin de procéder et d'aider au pairage des membres, les fiches d'inscription au programme comportaient des informations sur le domaine d'expertise et les expériences de travail. Les employeurs qui libéraient une infirmière mentor pour participer au programme recevaient une incitation financière de 1000\$ en remplacement du salaire pour soutenir la participation du mentor aux ateliers. Les frais de participation, de déplacement sont aux charges du programme. Lors des réunions de la CDP, les infirmières étaient encouragées à mobiliser leur réseau pour encourager les inscriptions au programme et partager les documents du programme (feuilles

d'information et d'inscription, programme des ateliers, etc.). Sept personnes inscrites provenaient de l'extérieur de la province. Ces premières journées du programme ont donné lieu à 30 pairages dont l'un avec une infirmière novice de l'Ontario et un mentor de la Colombie-Britannique et 5 pairages avec des mentors professionnels non infirmières. Le programme de mentorat offre aux membres l'accès à un Intranet dédié (différent de celui de la CDP) afin de favoriser les échanges entre les membres. La création d'une infolettre a émergé suite au programme de mentorat. Cette infolettre permet la diffusion d'informations entre les membres et offre une visibilité au programme. Le programme a reçu 120 demandes d'inscription et de ce nombre, 2/3 sont mentors et 1/3 novices. Un coffre à outils a été créé et intégré à la plate-forme informatique. Il contient des documents reliés au mentorat, à la communauté de pratique des infirmières en pratique infirmière en oncologie, des articles scientifiques, etc. Selon une participante, l'une des retombées du programme de mentorat chez les infirmières : «IPA se sentent plus confiantes vis-à-vis leur rôle ».

L'évaluation du programme a démontré qu'un programme formel incluant la formation sur les habiletés de mentorat prépare mieux les infirmières à leurs rôles personnels et professionnels. Selon une gestionnaire infirmière, le programme de mentorat a de nombreux impacts organisationnels :

« Le programme de mentorat permet de créer des liens de travail et d'équipe, il nous aide à accroître nos capacités d'action et à dégager les meilleures pratiques à partir de rôles très spécialisés. En éliminant les frontières entre les différents groupes ou entités, le programme aidera à hausser le niveau de pratique de l'ensemble des participants. En définitive, il aura un impact sur la qualité des soins et sur l'application des meilleures pratiques et des nouvelles connaissances. En effet, par leurs recherches sur les différentes façons de dispenser les soins, les infirmières en pratique avancée jouent un rôle de premier plan dans l'amélioration des soins. » (Infolettre du Programme Interprofessionnel de Cybermentorat en Pratique Avancée Infirmière en Oncologie, juin 2008)

Le Cancer Care Ontario dont la mission est axée sur la qualité, l'innovation et l'imputabilité bénéficie d'initiatives développées par la communauté de pratique des infirmières puisqu'elle favorise l'apprentissage entre pairs, l'échange et le partage

d'expertise et permet l'atteinte des objectifs organisationnels de qualité et d'innovation dans les soins et services.

En 2007, les questions de pérennisation du programme de mentorat émergent. Comment s'assurer de la pérennisation du programme? Le comité n'a pas été en mesure d'obtenir une autre subvention pour le programme. Aucun budget additionnel ne sera alloué par le CCO, ni par le Ministère de la Santé et des soins de longue durée. Un appel de proposition pour une subvention auprès du ministère est possible, mais les membres de la CDP manquent de temps pour écrire la demande. Les fonds alloués par les diverses parties peuvent couvrir les frais relatifs au programme jusqu'en juin 2008. Il est proposé de demander à la CDP recherche de procéder à la demande de subvention. Le comité souhaiterait que le programme devienne un programme provincial et que l'ACIO puisse prendre le programme. En ce sens, le programme de mentorat reçoit l'appui de l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO). L'ACIO souhaite soutenir le programme de mentorat dans sa pérennisation en informant les membres de l'ACIO de l'existence du programme, en développant un programme national et en explorant les opportunités de soutenir financièrement le programme. L'Association canadienne des infirmières en pratique avancée (ACIPA) est également intéressée à soutenir financièrement le programme pour son développement au niveau national (Infolettre du Programme Interprofessionnel de Cybermentorat en Pratique Avancée Infirmière en Oncologie, juillet 2007). Avec ces partenaires, le programme pourrait devenir un projet de plusieurs organisations. Les discussions sont en cours.

En juillet 2008, un an après la mise en opération du programme, le comité est toujours à la recherche de budget pour soutenir le programme et reste optimiste à trouver des fonds. Un nouveau processus d'inscription a été développé, le pairage s'effectue de façon électronique en fonction des expertises. De nouvelles stratégies de recrutement de mentors seront élaborées. La conférence de l'ACIO est un bon endroit pour s'inscrire au programme. Il y aura une conférence lors du congrès de l'ACIO pour discuter des implications d'agir à titre de mentor. Des discussions ont eu lieu avec le Partenariat

canadien contre le cancer (PCCC) pour présenter le programme. Dans le cadre d'une réunion, il est évoqué :

« Le programme est maintenant bien positionné pour migrer d'un programme provincial à un programme national » (Note d'observation de réunion CDP, juillet 2008)

Pour y arriver, les membres du comité sur le mentorat ont mobilisé leurs compétences de leadership et de collaboration pour contribuer au développement des compétences cliniques dans leurs pratiques auprès des patients.

En somme, le programme de mentorat est une stratégie clé pour assurer le développement professionnel et la carrière des infirmières. Il offre des opportunités de réseautage avec le mentor mais aussi avec l'ensemble la communauté des infirmières en oncologie de la province. Par le réseautage et les interactions entre ses membres, le programme de mentorat vise le développement de l'expertise infirmière, le transfert de connaissances et l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients.

Le programme de mentorat est un outil utilisé pour favoriser l'institutionnalisation du développement de la profession infirmière dans le domaine de l'oncologie. Il a encouragé l'appui des acteurs influents tels que l'Association canadienne des infirmières en oncologie et l'Association canadienne des infirmières en pratique avancée à la pérennisation du développement de la pratique et au développement de la carrière professionnelle. Il a permis de créer des alliances fortes entre les mentors et les mentorées pour construire des interactions et du réseautage entre les infirmières de toute la province et de diverses organisations. Par le réseautage et les interactions entre ses membres, le programme de mentorat vise aussi le transfert de connaissances et l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients. L'étendue du programme a aussi permis de négocier avec d'autres partenaires comme le Partenariat canadien contre le cancer pour financer le programme et l'élever à un programme national et assurer le développement de la profession et la qualité des soins offerts par les infirmières.

Stratégie # 2 Institutionnalisation des politiques de la CDP dans le système de soins en oncologie

La deuxième stratégie utilisée par les infirmières visait l'institutionnalisation de nouvelles politiques infirmières dans le système de soins en oncologie. Les travaux du sous-comité de la CDP sur les rôles en pratique avancée visaient l'élaboration d'un document de prise de position pour clarifier les rôles des infirmières en pratique avancée et promouvoir l'utilisation optimale de ces rôles dans le système de soins en oncologie. Les travaux de Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne et Pinelli (2004), affirment que la clarification des rôles des infirmières en pratique avancée est l'un des enjeux importants qui touche la pratique infirmière avancée en Ontario. De plus, la confusion qui entoure ces rôles limite leur implantation (Bryant-Lukosius et al., 2004). Développé d'abord pour les gestionnaires du CCO, le document s'est avéré un outil stratégique pour les infirmières en pratique avancée et l'ensemble du système en oncologie puisqu'il aborde l'utilisation efficace du champ de pratique et de l'expertise des infirmières et la contribution des rôles en pratique avancée sur les patients, les organisations et l'ensemble du système de soins en oncologie.

Pour conduire leurs travaux, les membres de ce comité ont révisé les documents de prise de décision développés par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), de l'Association canadienne des Infirmières en Oncologie (ACIO) et la Société Infirmière en Oncologie (*Oncology Nursing Society*) (compte-rendu de réunion CDP, juin 2006). Le comité adopte la position de la Société Infirmière en Oncologie qui propose une description précise des rôles en les différenciant selon le domaine de soins, l'étendue de pratique et les sphères d'influence (Compte-rendu de réunion CDP, juin 2006).

Le développement du document de prise de position est un processus itératif. À maintes reprises, le comité a soumis des ébauches à l'ensemble des membres de la communauté pour bonifier le document. Le comité trouve ce sujet très difficile :

« La définition claire des rôles est un sujet très épineux. De toute évidence, ce sera notre enjeu pour l'année qui vient. » (Note d'observation de réunion CDP, juin 2007)

Ces difficultés proviennent en partie de la nouvelle loi 171 qui redéfinit la législation des rôles infirmiers et de la définition du titre IPA qui diffère dans les organisations.

« Le plus grand obstacle, quand il s'agit de définir clairement le rôle d'infirmière clinicienne spécialisée, c'est que ce rôle varie selon les besoins et les structures organisationnelles. » (Compte-rendu de réunion CDP, juin 2008)

Au fil des mois le document de prise de position évolue pour inclure une réflexion sur les facilitateurs à l'implantation des rôles en pratique avancée. En effet, de nombreuses difficultés sont reliées à l'opérationnalisation des rôles de pratique avancée qui est souvent dictée par les organisations où pratiquent les infirmières. En ce sens, les infirmières IPA auraient avantage à mieux connaître leurs rôles et l'étendue de leur pratique pour réduire la variabilité entre les organisations dans l'utilisation des IPA. Selon Bryant-Lukosius et al. (2007), les gestionnaires favorisaient l'implantation des rôles en pratique avancée pour trois raisons : 1) promouvoir les pratiques fondées sur les évidences scientifiques 2) améliorer la qualité des soins aux patients et 3) réduire les temps d'attente.

Malgré le travail intensif du comité, les travaux stagnent. Le processus est long, nécessite un engagement fort des membres et le groupe s'essouffle. Pour accélérer la finalisation du document, les membres de la CDP décident de consacrer une réunion téléphonique uniquement à ce sujet (mai 2008). Le comité procédera par consultation électronique et par les discussions avec les membres présentes pour obtenir la rétroaction de la part des membres sur le document de travail et obtenir le consensus pour sa finalisation. C'est en novembre 2008, deux ans après le début des travaux que le document est adopté. Le document final s'intitule « *Communauté de pratique des infirmières en pratique avancée en oncologie de l'Ontario / Pour une meilleure définition du rôle de l'infirmière en pratique avancée en oncologie* » et permet l'articulation du rôle des IPA

pour les patients, pour les infirmières, pour les gestionnaires, pour les organisations et pour les décideurs politiques en santé.

« Ce document peut avoir une influence à la fois au niveau provincial, mais aussi sur les modes d'organisation de divers établissements de santé, pas seulement en oncologie. » (Note d'observation de réunion CDP, mai 2008)

« Le groupe doit créer un document pour répondre aux besoins des détenteurs d'intérêts externes et des planificateurs en ressources humaines. Le document doit étendre son action au-delà des infirmières et des planificateurs de ressources infirmières. » (Note d'observation de réunion CDP, mai 2008)

La finalisation du document a permis sa diffusion à plusieurs comités importants du CCO : en novembre 2008 au « comité responsable du Programme de soins infirmiers en oncologie » qui regroupe les directeurs cliniques infirmiers de la province, en octobre 2008 (document préliminaire), au « conseil clinique » qui rassemble les directeurs cliniques provinciaux du Cancer Care Ontario; en février 2009, le document est présenté aux membres du Comité des leaders provinciaux où siègent les vice-présidents régionaux. La diffusion du document à ces comités est assurée par la directrice des soins infirmiers au CCO.

« La communauté de pratique rassemble les gens, leur permet de se faire entendre. Grâce au lien direct que nous avons avec CCO, elle nous permet de faire passer notre message à haut niveau, très rapidement. Et ce groupe doit son évolution à l'action du « bouche à oreille », à la circulation de l'information, il est en soi un testament, la preuve vivante que quand les gens voient qu'il y a un besoin, ils prennent les choses en main pour le combler. En voyant tout le travail accompli par ce groupe, les gens sentent vraiment que ça vaut la peine de s'engager, d'investir leur temps pour soutenir les efforts communs. » (Infirmière clinicienne spécialisée)

« La Direction des soins infirmiers au niveau provincial, parce qu'elle a la responsabilité d'allouer les fonds, joue un rôle très important pour les infirmières en pratique avancée (IPA). L'impact de cette instance sur les soins en oncologie dans la province est très important. » (Infirmière clinicienne spécialisée et chercheuse)

Ce document aide à la prise de décision pour la gestion des ressources humaines infirmières pour les décideurs :

« En qualité de gestionnaire en santé, et non de gestionnaire en soins infirmiers, j'ai besoin de savoir comment doivent s'articuler les différents rôles professionnels, quelle personne convient mieux dans tel ou tel rôle, en fonction des besoins. » (Note d'observation de réunion CDP, mai 2008)

Ce document offre une meilleure compréhension des rôles des infirmières en pratique avancée et est congruent avec les orientations du Plan en cancer de l'Ontario 2005-2008 qui favorisent le développement de modèles de soins innovants incorporant la pratique avancée chez plusieurs types de professionnels.

La communauté de pratique a servi de lieu d'échanges et de partage d'expertise entre les infirmières dans le développement du document de prise de position. Les nombreuses interactions entre le sous-groupe de travail et les autres membres de la CDP ont permis de créer un processus itératif dans le développement du document de prise de position sur le rôle des infirmière en pratique avancée. La CDP a aussi servi de levier pour favoriser les relations entre la CDP et les niveaux supérieurs de soins dans le domaine de l'oncologie. À cet effet, la présentation du document aux divers comités régionaux et provinciaux a favorisé l'incorporation de cette nouvelle politique dans le système de soins et a encouragé l'appropriation des définitions proposées par les infirmières aux différents partenaires de soins des niveaux local, régional et provincial et maximiser l'utilisation optimale des ressources infirmières en oncologie.

Stratégie # 3 Positionner la profession infirmière au niveau macroscopique des soins dans le domaine de l'oncologie

La troisième stratégie développée par les infirmières de la communauté de pratique est une stratégie de positionnement. Des pratiques ont été élaborées pour favoriser le positionnement de la communauté dans le domaine de l'oncologie et pour positionner la profession infirmière dans ce domaine. Selon Bourdieu (1980), un champ peut être considéré comme un espace structuré de prises de positions des acteurs. Selon cet auteur,

les positions au sein d'un champ sont déterminées par les interactions et la distribution des ressources, des diverses formes de capitaux. En considérant le domaine de l'oncologie comme un champ où de nombreux acteurs interagissent, les acteurs prennent position dans ce domaine spécifique des soins de santé. Ainsi, le domaine de l'oncologie est un champ structuré de prises de positions. Le changement radical vécu par le Cancer Care Ontario a repositionné l'oncologie dans le système de santé global de l'Ontario. Le changement des schèmes interprétatifs et du design organisationnel (Greenwood & Hinings, 1996) de cette organisation a permis aux acteurs présents de se mobiliser et de prendre position au sein de ce domaine. La création de la communauté de pratique des infirmières en oncologie est un exemple concret de positionnement d'une profession au sein d'un système spécifique de soins de santé. Les infirmières ont saisi l'opportunité de développement et de positionnement. Dans leur analyse du National Health Services (NHS), Pettigrew et al. (1992) mentionnent que les politiques de changement ne sont pas suffisantes à créer le changement et que la création d'une capacité organisationnelle au changement est nécessaire pour mettre en œuvre un changement. L'implantation de la communauté de pratique démontre une volonté de développer une capacité organisationnelle au changement de la part du Cancer Care Ontario qui s'illustre par le déploiement de ressources nécessaires au fonctionnement de la communauté : financement des conférences téléphoniques et des diverses réunions, infrastructure informatique, etc. L'engagement des infirmières dans les comités de la communauté de pratique illustre également l'implication de ces dernières dans la volonté de transformer les pratiques pour améliorer la qualité des soins.

Le développement d'un document de prise de position sur la spécificité des rôles de la pratique infirmière avancée en oncologie est une autre pratique qui a permis aux membres de la communauté de participer à l'activité stratégique. Ce document travaillé au sein de la communauté a été transmis aux différentes instances décisionnelles du Cancer Care Ontario afin que les principes entourant les rôles en pratique avancée des infirmières soient institutionnalisés au sein du système en oncologie de la province. Ce document a permis aux infirmières de se positionner dans le système et d'agir à titre de leaders dans le

domaine de l'oncologie et dans tout le système de santé ontarien. Cette citation illustre ce fait :

« Aucun autre groupe d'infirmières en pratique avancée ne s'occupe de définir clairement les rôles. Et en cela, nous sommes les chefs de file »
(Infirmière clinicienne spécialisée)

Le financement du programme de mentorat par le ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, par le CCO et par l'université McMaster est un autre élément qui permet de conclure que la communauté de pratique est un acteur stratégique dans le domaine de l'oncologie en Ontario. Le développement de ce programme avec l'implication de ces acteurs influents en santé permet de statuer que la communauté de pratique est hautement considérée dans l'environnement de soins en oncologie dans la province. La maîtrise du capital économique est selon Bourdieu (1980), une façon de se positionner en tant qu'acteur dans un champ.

Malgré l'avancement de la communauté de pratique en termes de visibilité dans le domaine de l'oncologie dans la province, la communauté n'a pas fait de représentations auprès des autres domaines de soins infirmiers. Des présentations de la communauté ont eu lieu dans divers congrès tels que l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO) mais aucune démarche n'a été faite par la communauté pour présenter les travaux de la CDP à l'extérieur du domaine de l'oncologie et favoriser le développement de communauté de pratique pour les infirmières dans d'autres domaines d'activités. La communauté de pratique est une innovation professionnelle et la profession infirmière pourrait bénéficier des apprentissages de la communauté de pratique en oncologie pour transférer ces acquis à d'autres domaines des soins infirmiers.

La communauté de pratique est une façon de démontrer l'investissement de la profession infirmière dans l'organisation des services en oncologie dans la province ontarienne. À ce jour, la communauté de pratique s'est davantage positionnée stratégiquement dans le domaine de l'oncologie plutôt que d'offrir de réelle opportunité de développement clinique pour ses membres. La CDP n'est pas un lieu de partage

d'expérience clinique entre les infirmières; elle est plutôt un lieu de rassemblement autour d'enjeux stratégiques touchant leur rôle clinique. Plus précisément, les réunions téléphoniques de la CDP ne permettent pas de discuter de cas cliniques complexes, mais permettent plutôt l'identification des enjeux professionnels du rôle infirmier en pratique avancée. Les résultats aux sondages démontrent que les infirmières souhaitent davantage traiter de la pratique clinique au cours des prochaines années.

« Nous avons appris qu'elles voulaient se concentrer sur un enjeu spécifique : le développement de la pratique clinique. Pour elles, les grandes questions comme la meilleure définition des rôles et le mentorat sont importantes, mais elles ont une préoccupation plus concrète, celle de la pratique clinique. La recherche et l'évolution des compétences cliniques sont étroitement liées au rôle des infirmières en pratique avancée, et c'est difficile pour elles de s'y consacrer lorsqu'elles sont dans le feu de l'action. »
(Gestionnaire de programme, centre régional en oncologie)

Discussion

Dans cet article, nous souhaitons mieux comprendre le rôle des pratiques infirmières dans le développement de capacités stratégiques qui induisent des changements sur le développement de la profession infirmière et sur la transformation de l'organisation des services dans le domaine de l'oncologie. Nous avons utilisé la CDP comme lieu d'observation des pratiques professionnelles infirmières.

Notre étude permet de mieux comprendre les mécanismes transformateurs des organisations de santé et des pratiques des professionnels. D'une part, les professionnels agissent sur la transformation de l'organisation et d'autre part, l'organisation agit sur les pratiques des professionnels. Selon Giddens (1984), cette dualité entre les actions des individus et les structures permet de mieux comprendre leurs mécanismes de transformation et de reproduction. Spécifiquement, notre étude permet trois apprentissages : mieux comprendre l'émergence de capacités stratégiques chez les infirmières, mieux comprendre le rôle du contexte organisationnel dans le développement des capacités

stratégiques et finalement, notre étude souligne le caractère situé de la production stratégique.

Pour mieux comprendre le développement de capacités stratégiques chez les professionnels, notre étude démontre qu'en s'investissant dans des domaines stratégiques (la praxis), les infirmières augmentent leur capacité d'action. Les domaines de praxis sont des espaces de transformation et d'orientation vers l'avenir où se matérialisent les pratiques des acteurs. Ces espaces d'échanges collectifs favorisent le partage d'expertise et de savoirs et créent des apprentissages pour la profession infirmière. Ces espaces d'échanges et d'interactions génèrent de nouvelles capacités stratégiques chez les professionnels. Les pratiques des acteurs amènent à consolider les domaines de praxis et à créer de nouvelles capacités stratégiques pour repousser les frontières de la profession et transformer les relations entre la profession et l'organisation. Comme le soulignent Zietsma & Lawrence (2010), les pratiques des acteurs permettent de créer, maintenir et modifier les pratiques considérées légitimes dans un champ d'expertise (*practice work*) et les frontières entre les individus et les groupes (*boundary work*). Selon ces auteurs, l'interaction entre les pratiques et les frontières des pratiques est à la base de la production du changement dans les organisations. Les domaines de praxis agissent pour élargir le champ de pratique des acteurs et transformer les relations entre les infirmières et les autres groupes d'acteurs dans le domaine de l'oncologie. La stratégie #3 développée par les infirmières illustre également cette interaction entre les pratiques et leurs effets sur les frontières professionnelles et organisationnelles. Les pratiques des infirmières consacrées au développement du document de clarification du rôle infirmier en pratique avancée a transformé la façon de définir la profession au sein du système en oncologie. Cette redéfinition des rôles a élargi les frontières de la pratique des soins infirmiers dans le système de soins en oncologie et a permis une utilisation optimale de la ressource infirmière dans les organisations. Abbott (1988) explique ce phénomène par la redéfinition des juridictions professionnelles et par la légitimation d'un champ de pratique élargi. Notre étude démontre que les infirmières en pratique avancée ont été en mesure de saisir l'opportunité de la réforme des services en

oncologie dans la province pour se développer en tant que groupe professionnel et se positionner dans ce domaine. Ces acteurs se sont investis et ont mobilisé leurs compétences pour amener des changements à la profession et au système dans lequel elles évoluent. Certains auteurs soulignent que le pouvoir dont disposent les acteurs à cause de leur maîtrise d'une compétence ou d'une spécialisation leur permet d'influencer le développement et la mise en œuvre des stratégies (Crozier et Friedberg 1977).

Notre étude illustre le rôle du contexte organisationnel dans le développement de capacités stratégiques chez les professionnels. La communauté de pratique des infirmières en pratique avancée a offert un contexte propice au développement de la stratégie. D'une part, elle a offert des ressources telles que le financement du programme de mentorat, la plate-forme informatique (Webex), les réunions téléphoniques et d'autre part, elle a créé un nouvel espace d'échanges entre les infirmières de la province. La communauté de pratique s'est donc révélée être un lieu de partage d'expertise et en offrant un ensemble de ressources, elle a contribué activement au développement de nouvelles capacités stratégiques chez les infirmières. L'analyse des pratiques professionnelles des infirmières de la CDP nous permet d'observer que le changement résulte de l'effet cumulatif des pratiques. C'est l'agrégat des pratiques structurantes de la CDP (réunions téléphoniques, recrutement, sous-groupes de travail, etc.) combiné aux ressources du contexte (financement de la CDP et du programme de mentorat, etc.) qui a permis l'émergence de nouvelles stratégies.

Notre étude souligne également le caractère situé de la production stratégique. Une perspective située intègre la perspective du changement radical et celle du changement continu (Langley & Denis, 2008). La réforme des services en oncologie compte plusieurs changements structureaux, dont l'implantation de la CDP. Ces transformations majeures ont laissé place à de nouvelles interactions entre les professionnels et la structure d'organisation de services. Jumelées à la création de la CDP, ces interactions ont permis aux infirmières de développer un projet professionnel pour développer la profession, incorporer de nouvelles politiques dans le système de soins en oncologie et positionner la profession comme acteur

clé de la transformation. Le développement de ces stratégies, propre à la profession infirmière, a aussi démontré l'investissement de la profession infirmière dans l'atteinte des objectifs organisationnels. Les stratégies ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins et à l'accessibilité aux soins par une meilleure utilisation de la ressource infirmière. Whittington (1996) soulève la difficulté de rallier la perspective microscopique (les pratiques professionnelles) à la perspective macroscopique (le système en oncologie) pour identifier les changements réels apportés par les pratiques professionnelles dans la transformation du système de soins en oncologie. Toutefois, nos données permettent de constater plusieurs contributions significatives des pratiques infirmières à l'atteinte des objectifs organisationnels entourant la qualité, l'innovation et la recherche véhiculées par le CCO. Le développement d'un programme de mentorat et d'une prise de position quant aux rôles en pratique avancée, la diffusion d'infolettres, l'accessibilité accrue aux services par le développement de nouveaux rôles infirmiers en pratique avancée, l'échange de savoirs et d'expertise entre les professionnels sont toutes des pratiques associées à une amélioration des soins et des services au CCO et qui ont contribué à définir la profession infirmière comme un acteur collectif aux capacités stratégiques accrues dans le domaine de l'oncologie en Ontario. L'investissement des acteurs dans un projet professionnel permet aussi à l'organisation du CCO de produire de meilleurs soins et services et ainsi atteindre les objectifs organisationnels du système de soins en oncologie.

En résumé, l'analyse des pratiques professionnelles des infirmières de la CDP nous permet de souligner le caractère dynamique de la pratique. Les infirmières, lorsqu'elles sont investies dans les domaines spécifiques, créent de nouvelles capacités stratégiques qui influencent le développement de la profession et la transformation de l'organisation des services. Dans cette recherche, la CDP a agi comme dispositif de production de la stratégie et de nouvelles capacités de changement pour les professionnels.

Limites méthodologiques et empiriques de l'étude

La mise à l'épreuve empirique du cadre théorique de Jazabkowski et al. (2007) s'est avérée difficile, car comme le souligne Bourdieu (1980), il est difficile d'imposer à la logique pratique une cohérence forcée, celle de la logique théorique. Dans notre recherche, circonscrire les concepts de praxis, de pratiques et de praticiens de la stratégie pour assurer une définition précise des pratiques impliquées dans le développement stratégique s'est révélée être un défi. Cette difficulté réside dans l'interrelation entre les concepts et l'émergence de l'activité stratégique comme résultante de cette interrelation. Ceci nous permet toutefois de justifier l'importance de l'interrelation entre les concepts dans le développement stratégique et confirme que la stratégie est une pratique et qu'elle se construit dans l'action. Cette recherche tient son originalité dans l'application empirique de ce cadre théorique.

La question suivante reste entière : est-ce que toute pratique est stratégique? L'activité stratégique doit être davantage perçue comme un agrégat de pratiques plutôt que dans des pratiques individuelles. Chez les infirmières de la CDP, nous avons observé que l'activité stratégique est une pratique collective. C'est l'agrégat de pratiques de plusieurs infirmières qui a contribué au développement de la stratégie.

Conclusion

Dans cet article, nous avons présenté les pratiques professionnelles des infirmières au sein de la communauté de pratique infirmière en oncologie comme révélatrice de l'activité stratégique en milieu professionnel. Le cadre théorique de la stratégie en tant que pratique sociale nous a permis d'analyser finement les pratiques des infirmières de la communauté de pratique des infirmières en pratique avancée en oncologie dans le développement de la stratégie.

Ce lieu s'est avéré idéal à l'analyse des microprocessus de fonctionnement de la communauté de pratique associés à la pratique de l'activité stratégique des infirmières. En

offrant des ressources aux infirmières, la CDP a agi comme lieu de développement de nouvelles capacités stratégiques. L'analyse de nos données empiriques nous a permis de dégager trois stratégies émergentes de la communauté de pratique. La première est une stratégie destinée au développement d'un programme de mentorat, la deuxième une stratégie pour incorporer les politiques de la CDP dans le système de soins en oncologie et la troisième est une stratégie de positionnement de la profession infirmière dans le système de soins en oncologie en Ontario. Les infirmières se sont avérées être des praticiennes de la stratégie et leurs stratégies ont contribué au développement de la profession infirmière et à la transformation de l'organisation.

Nous concluons en soulignant que l'approche de la stratégie en tant que pratique sociale nous a permis de mieux comprendre l'interface entre le contexte et les pratiques dans le développement de la stratégie en milieu professionnel. Les infirmières, en s'investissant dans des domaines précis de praxis, ont augmenté leur agir stratégique. La CDP, en offrant des ressources, a aussi contribué au développement de nouvelles capacités d'action chez ce groupe de professionnel. Ainsi, notre étude nous a permis de mieux comprendre le développement de capacités stratégiques chez les professionnels et leur incidence sur la transformation de l'organisation des services dans le domaine de l'oncologie et sur la transformation de la profession infirmière.

Références

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *La Pratique Infirmière Avancée : Un Cadre National*. Ottawa. Ontario: CNA/AIIC.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Les Éditions de Minuit
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519-529
- Bryant-Lukosius, D., Green, E., Fitch, M., Macartney, G., Robb-Blenderman, L., McFarlane, S., . . . Milne, H. (2007). A Survey of Oncology Advanced Practice Nurses in Ontario: Profile and Predictors of Job Satisfaction. *Nursing Leadership*, 20(2), 51-69
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48(6), 517-539
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215 p
- Department of Health. (1995). *A policy framework for commissioning cancer services : A report by the Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales (Calman Hine report)*. Londres, Angleterre: Department of Health.
- Department of Health. (2000). *The Nursing Contribution to Cancer Care*. London: National Health Services.
- Feldman, M. S. (2000). Organizational Routines as a Source of Continuous Change. *Organization Science*, 11(6), 611-629

- Feldman, M. S. (2004). Resources in Emerging Structures and Processes of Change. *Organization Science, 15*(3), 295-309
- Feldman, M. S., & Pentland, B. T. (2003). Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. *Administrative Science Quarterly, 48*(1), 94-118
- Ferrell, B. R., Virani, R., Smith, S., & Juarez, G. (2003). The role of oncology nursing to ensure quality care for cancer survivors: a report commissioned by the National Cancer Policy Board and Institute of Medicine. *Oncology Nursing Forum Online, 30*(1), E1-E11.
- Fitch, M. I., & Mings, D. (2003). Cancer nursing in Ontario: defining nursing roles. *Canadian Oncology Nursing Journal, 13*(1), 28-44
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration* Berkeley: University of California Press.
- Greenberg, A., Angus, H., Sullivan, T., & Brown, A., D. (2005). Development of a set of strategy-based system-level cancer care performance indicators in Ontario, Canada. *International Journal for Quality in Health Care 17*(2), 107-114
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1996). Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together The Old and the New Institutionalism *Academy of Management Review, 21*(4), 1022-1054
- Hwang, H., & Colyvas, J. A. (2011). Problematizing Actors and Institutions in Institutional Work. *Journal of Management Inquiry, 20*(1), 62-66
- Jarzabkowski, P. (2004). Strategy as Practice: Recursiveness, Adaptation, and Practices-in-Use. *Organization Studies 25*(4), 529-560 P
- Jarzabkowski, P. (2005). *Strategy as Practice: An activity-Based Approach*. London, UK: Sage.
- Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations, 60*(1), 5-27. doi:10.1177/0018726707075703
- Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations, 60*(1), 5-27 p

- Jarzabkowski, P., & Whittington, R. (2008). A Strategy-as-Practice Approach to Strategy Research and Education. *Journal of Management Inquiry*, 17(4), 282-286. doi:10.1177/1056492608318150
- Johnson, G., Langley, A., Melin, L., & Whittington, R. (2007). Introducing the Strategy as Practice Perspective (*Strategy as Practice* (First^e éd., p. 258 pages). New York: Cambridge University Press.
- Johnson, G., Melin, L., & Whittington, R. (2003). Micro Strategy and Strategizing: Towards an Activity-Based View. *Journal of Management Studies* 40(1), 3-22
- Langley, A. (1999). Strategies for Theorizing from Process Data *Academy of Management Review*, 24(4), 691-710
- Langley, A., & Denis, J.-L. (2008). Les dimensions négligées du changement organisationnel. *Télescope* 14(3), 13-32
- Mintzberg, H. (1994). Planning and strategy (*The Rise and Fall of Strategic Planning* (p. 5-32): New York : Free Press.
- Mintzberg, H., Lampel, J., & Ahlstrand, B. (1998). *Strategy Safari : A Guided Tour Through The Wilds of Strategic Management*. (First^e éd.). New York: Free Press.
- Orlikowski, W. J. (2000). Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. *Organization Science*, 11(4), 404-428
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (third^e éd.). Thousands Oaks, California: Sage Publications.
- Pettigrew, A., Ferlie, E., & McKee, L. (1992). *Shaping Strategic Change : Making Change in Large Organizations : The Case of the National Health Service* London Sage.
- Rasche, A., & Chia, R. (2009). Researching Strategy Practices: A Genealogical Social Theory Perspective. *Organization Studies*, 30(7), 713-734. doi:10.1177/0170840609104809
- Reckwitz, A. (2002). Toward a Theory of Social Practices: A Development in Culturalist Theorizing *European Journal of Social Theory* 5(2), 243-263

- Samra-Fredericks, D. (2003). Strategizing as Lived Experience and Strategists' Everyday Efforts to Shape Strategic Direction. *Journal of Management Studies*, 40(1), 141-174
- Schober, M., & Affara, F. (2006). Introduction. Dans B. Publishers (dir.), *Advanced Practice Nursing* (First^e éd., p. 1-16): Blackwell Publishers.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basic of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, California: Sage.
- Sullivan, T., Dobrow, M., Thompson, L., & Hudson, A. (2004). Restructuring cancer services in Ontario. *Healthcare Papers*, 5(1), 69-80; discussion 96-69
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational Change and Development. *Annual Review of Psychology*, 50, 361-386
- Wenger, E., McDermott, R. A., & Snyder, W. (2002). *Cultivating Communities of Practice : a Guide to Managing Knowledge*. Boston Harvard Business School Press.
- Wenger, E. (1999). *Communities of practice : learning, meaning, and identity*. (1st pbk. ed.e éd.). Cambridge, U.K. : Cambridge University Press.
- Whittington, R. (1996). Strategy as Practice. *Long Range Planning*, 29(5), 731-735
- Whittington, R. (2004). Strategy after modernism: recovering practice. *European Management Review*, 1, 62-68
- Whittington, R. (2006). Completing the Practice Turn in Strategy Research. *Organization Studies*, 27(5), 613-634.doi:10.1177/0170840606064101
- Whittington, R., Molloy, E., Mayer, M., & Smith, A. (2006). Practices of Strategising/Organising: Broadening Strategy Work and Skills. *Long Range Planning*, 39(6), 615-629.doi:DOI: 10.1016/j.lrp.2006.10.004
- Wilson, D. C., & Jarzabkowski, P. (2004). Thinking and acting strategically: New challenges for interrogating strategy. *European Management Review* 1, 14-20
- Zietsma, C., & Lawrence, T. (2010). Institutional Work in the Transformation of an Organizational Field: The Interplay of Boundary Work and Practice Work. *Administrative Science Quarterly*, 55, 189-221

Chapitre 8 Discussion

Cette thèse repose sur le principe que l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé s'appuie sur une meilleure compréhension de l'interface entre l'organisation et les pratiques cliniques. Nous avons étudié l'agence provinciale en oncologie, le Cancer Care Ontario, et l'ensemble du système de soins en oncologie de l'Ontario pour mieux comprendre le rôle de cette organisation et le rôle des professionnels dans l'implantation d'initiatives d'amélioration continue de la qualité dans ce système. Dans cette section, nous présentons d'abord un bref résumé des articles et une synthèse des contributions individuelles des articles. Ensuite, notre discussion porte sur ce que nous avons appris de l'analyse empirique du CCO en tant que dispositif macroscopique de gouvernance clinique qui a tenté de mobiliser un ensemble de leviers pour favoriser les transformations du système en oncologie de l'Ontario.

L'objectif général de cette thèse a été de mieux comprendre les caractéristiques organisationnelles et professionnelles de l'amélioration de la qualité des soins dans un système de soins et de services spécifiques, celui de l'oncologie en Ontario. Nous avons d'abord voulu comprendre l'interface entre l'organisation et les pratiques cliniques. Pour ce faire, nous avons exploré le concept de gouvernance clinique (article 1 : « Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé »). Nous avons présenté l'historique et l'origine de ce concept et proposé une nouvelle conceptualisation qui offre une conception plus dynamique de la gouvernance clinique. Notre modèle place la gouvernance clinique au cœur de l'organisation en favorisant la mobilisation des savoirs et des relations entre le système de gestion et le système clinique dans l'organisation professionnelle. Cet article nous a permis de comprendre que l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé nécessite l'implication des professionnels et de l'organisation dans le renouvellement des processus cliniques et organisationnels. D'une part, l'organisation doit favoriser l'instrumentation et la régulation des professionnels en

offrant un contexte qui permette de maximiser les pratiques cliniques. D'autre part, les professionnels doivent s'investir dans le développement de l'organisation afin que celle-ci réponde aux impératifs de la pratique clinique. La littérature sur la gouvernance clinique a démontré que l'implantation de principes d'amélioration continue de la qualité nécessite une synergie entre plusieurs composantes : la recherche et le développement scientifique, la vérification et l'efficacité clinique, la formation et le développement professionnel, la gestion des risques et, la transparence dans les actions à entreprendre. Toutefois, les travaux britanniques sur la gouvernance clinique tendent à vouloir contrôler les pratiques des professionnels par l'implantation de mécanismes d'imputabilité rigides axés sur le contrôle des activités des professionnels. L'article 1 démontre qu'une gouvernance clinique efficace sera celle où les niveaux hiérarchiques entre le système de gestion et le système clinique seront égalitaires. Selon cette vision, la gouvernance clinique est dynamique et se veut davantage un lieu de partage des savoirs et des relations d'échanges entre les acteurs de la clinique et de la gestion. Le but ultime est d'attribuer au dispositif de gestion une finalité clinique et d'offrir aux acteurs de la clinique une meilleure compréhension des finalités du système dans lequel leurs pratiques évoluent.

L'article 2 « La réforme des services dans le domaine de l'oncologie en Ontario : les leviers de gouvernance clinique en soutien aux changements » propose l'analyse d'un ensemble de leviers de gouvernance clinique mobilisés dans le cadre de l'implantation de la réforme des soins et services en oncologie. Les leviers de gouvernance clinique se définissent comme les moyens qu'utilisent les acteurs en position d'autorité pour produire des changements dans les relations entre les acteurs impliqués dans l'offre de soins et dans les pratiques de ces derniers (inspiré de (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Denis et al., 2006; Salamon, 2002; Schneider & Ingram, 1990). Dans cet article, nous avons développé une conceptualisation de l'utilisation des leviers de gouvernance clinique appliquée au domaine de l'oncologie. Cette conceptualisation met en relation les éléments à considérer dans le pilotage des réformes. Le choix du type de leviers repose sur les buts à atteindre, sur le type et les fonctions des leviers et sur le niveau du système de soins à transformer.

C'est à l'aide de cette conceptualisation que nous avons analysé l'implantation de la réforme en oncologie. Dans son processus de réforme, le gouvernement ontarien a mandaté l'agence en oncologie, le Cancer Care Ontario, à procéder à de nombreux changements et implanter un ensemble d'initiatives d'amélioration continue de la qualité. Nos résultats démontrent que la réforme des soins et services a été évolutive et s'est traduite par trois grandes phases de changement :

Phase 1 : Pensons système, réorganisons les régions

Phase 2 : Nouvelles relations entre le CCO et les dispensateurs de services

Phase 3 : La mesure de la performance

À chacune de ces phases, le CCO a mobilisé des leviers pour faciliter l'introduction de changement. À la phase 1, les transformations visaient à construire la légitimité provinciale et régionale. À cette étape, les leviers mobilisés sont principalement de type structurel et permettent de créer de nouveaux espaces d'échanges entre le CCO et les différents dispensateurs de soins. La phase 1 se caractérise aussi par l'élaboration de la vision organisationnelle qui agit à titre de levier de communication pour guider les changements. La phase 2 de la réforme repose sur la transformation des relations entre le CCO et les dispensateurs de soins et de services. Les leviers mobilisés sont à caractère structurel et coercitif puisque le CCO procède à l'intégration des centres en cancer dans les hôpitaux régionaux. Le CCO utilise la contractualisation pour influencer les transformations. Ce levier joue plusieurs fonctions : il ouvre le dialogue entre les acteurs sur les cibles à atteindre en termes d'amélioration de la qualité, il agit en tant que levier économique puisque les contrats de financement sont liés à des critères de qualité et finalement, la contractualisation agit à titre de leviers structurels en renforçant les structures d'imputabilité entre le CCO et les dispensateurs de soins. La phase 3 est axée sur la mesure de la performance où le CCO veut rendre compte de la légitimité provinciale et régionale du système. Nos résultats démontrent que les leviers utilisés à cette étape visent la communication des résultats des actions des gestionnaires et des cliniciens. Enfin,

l'addition des différentes phases de la réforme est le reflet d'un changement radical évolutif.

L'article 3 « La pratique de l'activité stratégique en milieu professionnel : le cas des pratiques infirmières en oncologie de l'Ontario » pose un regard sur l'un des leviers de gouvernance clinique mobilisé par le Cancer Care Ontario pour agir au niveau microscopique du système : la communauté de pratique. Le niveau microscopique du système de santé est le niveau des soins cliniques et vise à offrir aux personnes souffrantes des services adaptés à leurs besoins spécifiques (Contandriopoulos, 2008). Cet article vise à mieux comprendre le rôle des pratiques professionnelles dans le développement de capacités stratégiques. Nous voulions mieux comprendre comment les professionnels s'investissent dans des projets stratégiques pour à la fois transformer leur pratique et changer l'organisation. Notre lieu d'observation a été la communauté de pratique des infirmières en pratique avancée de l'Ontario. C'est à partir de ce lieu que nous avons observé les pratiques impliquées dans l'activité stratégique. La littérature sur la stratégie en tant que pratique sociale évoque que la stratégie émerge de la praxis, des pratiques et des praticiens. Nous avons appliqué ces concepts aux infirmières de la communauté de pratiques pour comprendre le développement de la stratégie. La praxis concerne les domaines d'investissement stratégiques des infirmières, domaines pour lesquels elles souhaitent résoudre des problèmes rencontrés dans leur pratique. À la rencontre de la praxis et des pratiques des infirmières, trois stratégies émergent:

1. Une stratégie de développement de la pratique infirmière en oncologie
2. Une stratégie d'institutionnalisation des politiques de la CDP dans le système de soins en oncologie
3. Une stratégie de positionnement de la profession infirmière au niveau macroscopique des soins dans le domaine de l'oncologie

Ces stratégies ont démontré que l'investissement de la profession dans des domaines stratégiques permet aux infirmières d'augmenter leurs capacités stratégiques et d'influencer à la fois leur profession et le système de soins dans lequel elles évoluent.

Au niveau théorique, cet article a contribué au champ de connaissances de la stratégie en tant que pratique sociale. Les recherches dans ce domaine se situent davantage aux niveaux des gestionnaires supérieurs et intermédiaires et moins au niveau des professionnels. En appliquant ce cadre théorique aux professionnelles infirmières, nous avons contribué à l'enrichissement de ce domaine théorique. Notre étude démontre que la production stratégique est située puisqu'elle est le résultat de l'interaction entre les pratiques des acteurs et les frontières des pratiques délimitées par les organisations et les professions. L'émergence de la stratégie dépend donc à la fois du contexte et des individus présents dans l'organisation. Notre étude démontre que les infirmières ont saisi l'opportunité de la réforme en oncologie pour développer un projet professionnel qui réponde aux impératifs de leur pratique et qui de façon non délibérée a répondu aux objectifs de l'organisation en améliorant l'accessibilité aux soins et à la qualité.

Contributions à la gouvernance des systèmes de santé

Au-delà des contributions individuelles des articles, qu'est-ce que l'analyse empirique du Cancer Care Ontario nous a appris sur la capacité à améliorer et à gouverner les systèmes de santé ?

Le Cancer Care Ontario a été créé pour favoriser l'atteinte d'un ensemble d'objectifs se rapportant à l'organisation des soins et des services, à la performance et à la qualité du système de soins en oncologie. Au Canada, le Cancer Care Ontario est souvent cité à titre d'exemple positif d'organisation qui a réussi à générer des capacités organisationnelles et professionnelles pour institutionnaliser les processus d'amélioration de la qualité. Pour réussir ce pari, le CCO a dû travailler à réduire les contradictions souvent rencontrées dans les systèmes de santé. Responsable de l'ensemble du système de soins en oncologie de la province, le CCO a été amené à conjuguer entre le besoin de maintenir le contrôle des activités cliniques et organisationnelles afin de contrôler les coûts et la qualité du système et le besoin d'autonomie des régions dans le développement des

programmes intégrés en oncologie. L'implication des acteurs dans le développement des indicateurs de performance et dans l'établissement des priorités d'action, par exemple *via* le Plan en cancer de l'Ontario, aura permis de réduire les écarts entre les besoins du système et les besoins des régions. Dans le cadre de la gouvernance du système de soins en oncologie, le Cancer Care Ontario cherchait davantage à structurer le champ d'action des acteurs qu'à contraindre leurs pratiques. Les indicateurs du système développés par le CCO ont cherché à informer davantage à un niveau macroscopique pour orienter les choix du système pour améliorer, entre autres, l'accessibilité aux soins qu'à informer les gestionnaires régionaux sur le développement de programmes répondant spécifiquement aux besoins de leur population.

Notre recherche doctorale contribue à mieux comprendre le pilotage de réformes à grande échelle et la gouvernance des systèmes de santé. Les changements structurels ne suffisent plus à conduire de multiples transformations. Les changements structurels doivent s'accompagner de nouvelles capacités de pilotage pour atteindre les changements souhaités par les réformes. La réforme des soins et services dans le domaine de l'oncologie a commandé de multiples transformations amorcées par une modification substantielle des rôles et mandats du CCO. Ces nouveaux rôles et mandats ont conféré au CCO un statut renouvelé dans le système de soins de santé ontarien et ont redéfini sa place dans le système de santé. Ces changements ont transformé les frontières entre les individus et les groupes dans l'ensemble du système (Zietsma & Lawrence, 2010). Ainsi, la nouvelle position du CCO dans le système de santé ontarien a transformé les relations d'échange avec le Ministère de la santé et des soins de longue durée ainsi qu'avec les dispensateurs de soins, plus précisément les hôpitaux régionaux. Ces nouvelles relations ont redéfini les frontières entre les différents acteurs. Cette recherche a permis de mettre en lumière que la création d'une nouvelle structure, telle que le CCO, doit s'accompagner de nouvelles capacités de pilotage de l'action collective pour être en mesure d'atteindre un ensemble d'objectifs se rapportant à la performance, à l'accessibilité et à l'amélioration de la qualité des soins. Par nouvelles capacités nous entendons un *leadership* accru, la possibilité de mobiliser les

ressources matérielles, humaines et financières, de développer des indicateurs de performance, de mobiliser différents groupes professionnels dont les infirmières, etc. Ces nouvelles capacités positionne le CCO en tant qu'instance de gouvernance dans le domaine de l'oncologie et crée un potentiel d'action. Ces nouvelles capacités permettent au CCO de mobiliser les leviers nécessaires aux transformations aux différents niveaux du système : local, régional et provincial et aussi de créer de nouveaux leviers pour soutenir les transformations. La mobilisation simultanée des différents leviers de gouvernance clinique a permis de réaliser un changement radical de type évolutif. Notre analyse a permis de relier les différentes phases associées aux transformations qui visaient à implanter une offre de services axée sur la qualité des soins, l'innovation et la recherche dans les services en oncologie. Cette thèse permet de mieux comprendre le rôle du contexte organisationnel dans le développement de capacités stratégiques chez les professionnels.

Le Cancer Care Ontario, à titre d'instance de gouverne, a cherché à implanter un contexte organisationnel favorisant le développement des pratiques professionnelles. L'implantation d'une communauté de pratique chez les infirmières en pratique avancée est un exemple de nouvel espace, de lieu d'échanges de savoirs et d'expertises qui a permis de développer de nouvelles pratiques qui elles-mêmes ont contribué au développement de capacités stratégiques. En s'investissant dans des domaines de praxis, que nous avons nommés domaines stratégiques, les infirmières ont cherché à résoudre les défis rencontrés dans leur pratique tels que l'implantation optimale de rôle en pratique avancée, l'accessibilité au mentorat, etc. Notre recherche démontre que l'investissement des professionnels dans des domaines stratégiques permet de générer de nouvelles capacités stratégiques. Comme l'explique Zietsma & Lawrence (2010), ces nouvelles capacités stratégiques ont une incidence sur le statut de la profession par rapport à l'organisation et le statut de la profession infirmière par rapport aux autres professions du système en cancer. Le développement de nouvelles capacités stratégiques chez les professionnels permet davantage au système en oncologie d'atteindre les objectifs de productivité et de performance. À titre d'exemple, la stratégie d'institutionnalisation des politiques de la CDP

a contribué à mieux saisir l'étendue du rôle infirmier par une définition détaillée du rôle et des champs d'application en pratique avancée en vue de l'implantation optimale de ces rôles dans les différents milieux de soins. L'augmentation de capacités stratégiques chez les professionnels a donc une incidence sur le développement de la profession et de l'organisation. Aussi, à l'instar du CCO qui s'est positionné différemment dans le système de santé de l'Ontario lorsqu'il a vu ses capacités stratégiques augmentées, les infirmières en pratique avancée se sont aussi repositionnées en tant que profession dans le système de soins en oncologie. Ceci a permis à ce groupe professionnel de repousser les frontières de leur profession au sein du système professionnel.

Cette thèse tient aussi son originalité dans l'analyse fine des pratiques infirmières impliquées dans l'activité stratégique. Cette analyse a contribué à caractériser la praxis des infirmières et leurs pratiques dans le développement de l'activité stratégique. Les infirmières sont des opérateurs de la stratégie lorsque le contexte organisationnel offre les ressources nécessaires au déploiement des activités stratégiques. Notre recherche a permis de contribuer à la littérature sur la stratégie en tant que pratique sociale. L'originalité de l'article 3 réside dans l'application du cadre théorique de Jarzabkowski, Balogun & Seild (2007) à l'analyse des pratiques des professionnels plutôt qu'à l'analyse des pratiques des gestionnaires. Les développements initiaux de cette perspective en stratégie organisationnelle situaient plutôt les travaux dans l'analyse des pratiques des gestionnaires dans le développement de la stratégie (Jarzabkowski, 2003; Whittington, 1996). Notre recherche doctorale permet de mieux comprendre comment les professionnels agissent et interagissent dans le développement des stratégies organisationnelles. Notre étude contribue à l'orientation conceptuelle des recherches sur la stratégie en tant que pratique sociale en intégrant d'autres groupes d'acteurs, tels que les professionnels, dans l'analyse des pratiques stratégiques et permet de cibler « qui sont les stratèges? » dans les organisations professionnelles. Notre étude conclut que les infirmières agissent à titre de stratèges dans le domaine de l'oncologie en Ontario; les développements des trois stratégies permettent de le démontrer.

Notre recherche doctorale contribue à la capacité de renouveler la gouvernance des organisations de santé. La gouvernance clinique peut être vue comme un nouvel objet de gouvernement, un nouveau mode d'action collective qui, au sens de Hatchuel (2000), permet de redéfinir les réseaux de relations entre les acteurs et la mobilisation des savoirs entre les acteurs présents dans le système. La gouvernance clinique se veut aussi un lieu de médiation entre les systèmes de gestion et clinique. Elle permet aux acteurs des deux systèmes de tenter d'établir des rapprochements et d'établir des finalités communes à des systèmes aux finalités souvent contradictoires. La réforme en oncologie s'est avérée un exercice efficace d'implantation de la gouvernance clinique. En effet, le Cancer Care Ontario a mobilisé de nombreux leviers pour favoriser l'implantation d'un contexte organisationnel visant à potentialiser les pratiques des professionnels et en impliquant les professionnels dans le renouvellement de l'organisation. Enfin, Baker et al. (2008) soulignent l'importance de reconnaître la qualité comme une propriété du système et non uniquement comme une caractéristique des individus. Le système de soins en oncologie a appliqué ce principe clé des systèmes de santé performants. La vision a permis de créer une synergie forte entre le système professionnel et le système organisationnel et a permis de rallier les acteurs autour de principes communs. Nous pouvons affirmer que le système de soins en oncologie de l'Ontario a tenté un exercice efficace d'implantation de la gouvernance clinique par la mobilisation d'un ensemble de leviers de gouvernance clinique simultanément à plusieurs niveaux du système et par la mobilisation des groupes professionnels à l'atteinte des objectifs organisationnels.

Dans cette section, nous avons soulevé plusieurs forces de cette recherche. Nous avons déjà identifié certaines limites de cette recherche dans les articles. Nous ne revenons pas sur ces dernières. Parmi les autres limites rencontrées, les processus observés lors de la mobilisation des leviers avaient une intention de performance et d'amélioration de la qualité des soins et des services mais cette étude ne permettrait pas d'évaluer l'efficacité de ces processus en termes de performance et de qualité. Nos données visaient davantage à

développer une meilleure compréhension des dispositifs de gouvernance clinique et des processus associés.

L'étude de cas unique constitue également une limite. En effet, l'étude de plus d'un cas aurait augmenté la capacité à transférer les résultats de cette recherche à d'autres contextes de soins. Cependant, l'analyse approfondie de ce cas unique permet de tirer des conclusions qui peuvent contribuer à mieux comprendre les dynamiques d'implantation de la gouvernance clinique utile dans d'autres contextes.

Chapitre 9 Conclusion

Dans cette thèse, nous voulions mieux comprendre les caractéristiques organisationnelles et professionnelles de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé. Nous nous sommes intéressés au système de soins en oncologie en Ontario et plus particulièrement à l'agence provinciale Cancer Care Ontario. Notre recherche a permis de mieux comprendre l'interface entre l'organisation et les pratiques cliniques. Nous avons analysé l'ensemble des leviers de gouvernance clinique mobilisés dans la réforme des soins en oncologie. Nos données permettent de conclure que la mobilisation simultanée de leviers aux différents niveaux du système a facilité l'implantation des transformations nécessaires à l'atteinte des principes de gouvernance clinique. Nous avons ensuite étudié plus spécifiquement l'un des leviers de gouvernance clinique mobilisé par le CCO, la communauté de pratique des infirmières en pratique avancée pour analyser le rôle des pratiques des professionnels dans le développement de stratégies d'amélioration de la qualité des soins et des services. Nos données permettent de conclure que les infirmières sont des stratèges et qu'en s'investissant dans des domaines stratégiques elles augmentent leurs capacités d'action. Cette thèse nous a permis de mieux comprendre les conditions organisationnelles et professionnelles nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins et des services. L'exemple du Cancer Care Ontario montre qu'il est possible d'introduire des changements à grande échelle dans un système de soins dans la mesure où l'organisation responsable des transformations déteint les capacités de pilotage nécessaires à l'actualisation de la réforme. L'une des conditions de succès dans l'exercice de la gouvernance clinique est la mobilisation de leviers qui favorisent le développement de capacités stratégiques chez les professionnels. Nous avons vu que les infirmières qui investissent un levier comme celui de la communauté de pratique développent des capacités qui permettent de faire évoluer la profession en intégrant de façon optimale les rôles infirmiers dans les milieux de soins et influence l'organisation des services par une meilleure utilisation des ressources infirmières dans les milieux de soins.

Bibliographie complète

- AETMIS. (2008). Cancer Control Interventions in Selected Jurisdictions: Design, Governance, and Implementation. Dans Monograph (dir.). Montreal: AETMIS.
- Allen, P. (2000). Clinical governance in primary care: Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *BMJ*, 321(7261), 608-611.doi:10.1136/bmj.321.7261.608
- Baker, G. R., MacIntosh-Murray, C., Porcellato, C., Dionne, L., Stemacovich, K., & Born, K. (2008). Introduction : Learning from High-Performing Systems: Quality by Design (*High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*). Toronto: Longwoods Publishing Publications.
- Berwick, D. M. (2002). A User's Manual For The IOM's 'Quality Chasm' Report. *Health Affairs*, 21(3), 80-90.doi:10.1377/hlthaff.21.3.80
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Les Éditions de Minuit
- Braithwaite, J., & Travaglia, J. F. (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian health review*, 32(1), 10-22.doi:doi:10.1071/AH080010
- Buetow, S. A., & Roland, M. (1999). Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in health care*, 8(3), 184-190
- Cancer Care Ontario. (2003). Ontario Cancer News. Toronto.
- Cancer Care Ontario. (2006). Organizational structure. Toronto.
- Cancer Care Ontario. (2009). Ontario Cancer Registry. Toronto.
- Cancer Care Ontario. (2011). Radiation Treatment Wait Times Repéré le 5 juillet 2011 à <http://www.cancercare.on.ca/ocs/wait-times/radiationwt/>
- CESSS. (2000). Les solutions émergentes : Rapport et recommandations (p. 410). Québec: Gouvernement du Québec.
- Champagne, F. (2002). *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : Étude No 39: La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Ottawa.

- Coleman, M. P., Forman, D., Bryant, H., Butler, J., Rachet, B., Maringe, C., . . . Richards, M. A. (2011). Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. *The Lancet*, 377(9760), 127-138
- Comité directeur de la Société canadienne du cancer. (2011). Statistiques canadiennes sur le cancer 2011. Dans S. Canada (dir.).
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48(6), 517-539
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-51
- Contandriopoulos, A. P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(2), 4-31
- Contandriopoulos, A. P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance *Santé Publique*, 20(2), 191-199.doi:DOI : 10.3917/pub.082.0191
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Potvin, L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3rd^e éd.). Thousands Oaks, California: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. . (2nd^e éd.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Daunais, J.-P. (1992). L'entretien non-directif (*Recherche Sociale. De la problématique à la collecte de données, sous la dir. de Benoît GAUTHIER* (p. 273-293). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- De Bruijn, J. A., & Ten Heuvelhof, E. F. (1997). Instruments for Network Management. Dans W. J. M. Kickert, E.-H. Klijn & J. F. M. Koppenjan (dir.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (p. 119-136). London: Sage Publications.

- Denis, J.-L. (2002). Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : Étude No 36: Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. Ottawa.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2006). Reforming Health Care: Levers and catalysts for change. Dans A. L. Casebeer, A. Harrison & A. L. Marck (dir.), *Innovations in Health Care : A reality check* (p. 320 p): Palgrave Macmillan.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., & Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems (*Restructuring the Professional Organization, sous la direction de David Brock, Michael Powell, C.R. (Bob) Hinings* (p. 105-130 p). London: London: Routledge.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215 p
- Department of Health. (1995). A policy framework for commissioning cancer services : A report by the Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales (Calman Hine report). Londres, Angleterre: Department of Health.
- Department of Health. (1998). First Class Service: Quality in the New NHS (p. 86 p). Londres, Angleterre: United Kingdom Department of Health.
- Department of Health. (2000). The Nursing Contribution to Cancer Care. London: National Health Services.
- Direction générale de la santé. (2003). Rapport de la commission d'orientation sur le cancer, présidée par Pr Lucien Abenhaim (p. 336). Paris: Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Dobrow, M. J., Paszat, L., Golden, B., Brown, A. D., Holowaty, E., Orchard, M. C., . . . Sullivan, T. (2009). Measuring Integration of Cancer Services to Support Performance Improvement: The CSI Survey. *Healthcare Policy*, 5(1), 35-53.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532
- Feldman, M. S. (2000). Organizational Routines as a Source of Continuous Change. *Organization Science*, 11(6), 611-629

- Feldman, M. S. (2004). Resources in Emerging Structures and Processes of Change. *Organization Science*, 15(3), 295-309
- Feldman, M. S., & Pentland, B. T. (2003). Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. *Administrative Science Quarterly*, 48(1), 94-118
- Ferrell, B. R., Virani, R., Smith, S., & Juarez, G. (2003). The role of oncology nursing to ensure quality care for cancer survivors: a report commissioned by the National Cancer Policy Board and Institute of Medicine. *Oncology Nursing Forum Online*, 30(1), E1-E11.
- Fitch, M. I., & Mings, D. (2003). Cancer nursing in Ontario: defining nursing roles. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 13(1), 28-44
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. (2^e éd.). Montréal: Chenilière Éducation.
- Fyke, K. (2001). Caring for medicare: sustaining a quality system. Regina: Policy and Planning Branch Saskatchewan Health.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration* Berkeley: University of California Press.
- Gilbert, F., Brault, I., Breton, M., & Denis, J. (2007). Le pilotage des réformes. Dans M. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen & L. Bordeleau (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation* (p. 39-49). Montréal: Les éditions de la Chenelière.
- Glesne, C. (2006). *Becoming Qualitative Researcher: An Introduction*. (3rd éd.). Boston: Pearson Education Inc.
- Goodman, N. W. (1998). Clinical governance. *BMJ*, 317(7174), 1725-1727
- Greenberg, A., Angus, H., Sullivan, T., & Brown, A., D. (2005). Development of a set of strategy-based system-level cancer care performance indicators in Ontario, Canada. *International Journal for Quality in Health Care* 17(2), 107-114
- Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1996). Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together The Old and the New Institutionalism *Academy of Management Review*, 21(4), 1022-1054

- Halligan, A., & Donaldson, L. (2001). Implementing Clinical Governance: Turning Vision Into Reality. *BMJ*, 322(7299), 1413-1417
- Ham, C., Kipping, R., & McLeod, H. (2003). Redesigning work processes in health care: lessons from the National Health Service. *Milbank Quarterly*, 81(3), 415-439.doi:062 [pii]
- Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective? Dans É. Aube (dir.), *Prospective pour une gouvernance démocratique*. Paris.
- Hudson, A. R. (2001). Report of the Cancer Services Implementation Committee Province of Ontario.
- Huntington, J., Gilliam, S., & Rosen, R. (2000). Clinical Governance in Primary Care: Organisational Development for Clinical Governance. *BMJ* 321(7262), 679-682
- Institute of Medicine (1999). *Ensuring Quality Cancer Care*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Jarzabkowski, P. (2003). Strategic Practices: An Activity Theory Perspective on Continuity and Change. *Journal of Management Studies*, 40(1), 23-55 p
- Jarzabkowski, P. (2004). Strategy as Practice: Recursiveness, Adaptation, and Practices-in-Use. *Organization Studies* 25(4), 529-560 P
- Jarzabkowski, P. (2005). *Strategy as Practice: An activity-Based Approach*. London, UK: Sage.
- Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seidl, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1), 5-27.doi:10.1177/0018726707075703
- Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seild, D. (2007). Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1), 5-27 p
- Jarzabkowski, P., & Whittington, R. (2008). A Strategy-as-Practice Approach to Strategy Research and Education. *Journal of Management Inquiry*, 17(4), 282-286.doi:10.1177/1056492608318150
- Johnson, G., Langley, A., Melin, L., & Whittington, R. (2007). Introducing the Strategy as Practice Perspective (*Strategy as Practice* (First^e éd., p. 258 pages). New York: Cambridge University Press.

- Johnson, G., Melin, L., & Whittington, R. (2003). Micro Strategy and Strategizing: Towards an Activity-Based View. *Journal of Management Studies* 40(1), 3-22
- Kirby, M. (2002). The health of Canadians - the federal role. Final Report. Volume Six: Recommendations for Reform. Ottawa: The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.
- Langley, A. (1999). Strategies for Theorizing from Process Data *Academy of Management Review*, 24(4), 691-710
- Leatt, P., Pink, G. H., & Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. *HealthcarePapers*, 1(2), 13-35
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- McColl A, & Roland, M. (2000). Clinical Governance in Primary Care: Knowledge and Information for Clinical Governance. *BMJ* 321(7265), 871-874
- McSherry, R., & Pearce, P. (2002). *Clinical Governance : A Guide to Implementation for Healthcare Professionnal*. Oxford, UK: Blackwell Science
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2005). *Plan d'organisation administrative*. Québec: MSSS.
- Ministry of Health of Ontario (1994). *Life to gain : a cancer strategy for Ontario*. Toronto: [Toronto] : The Ministry, 1994.
- Mintzberg, H. (1989). L'organisation professionnelle (*Le management: voyage au centre des organisations*). Paris: Les Éditions de l'Organisation.
- Mintzberg, H. (1994). Planning and strategy (*The Rise and Fall of Strategic Planning* (p. 5-32): New York : Free Press.
- Mintzberg, H., Lampel, J., & Ahlstrand, B. (1998). *Strategy Safari : A Guided Tour Through The Wilds of Strategic Management*. (First^e éd.). New York: Free Press.
- Organisation mondiale de la Santé (2002). *National cancer control programmes : policies and managerial guidelines*. Genève, Suisse: OMS.
- Orlikowski, W. J. (2000). Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. *Organization Science*, 11(4), 404-428

- Partenariat canadien contre le cancer. (2010). Canada Ranks Highly in Cancer Survival. Repéré le 2011-07-15 2010-12-21 à <http://www.partnershipagaincancer.ca/2010/12/21/canada-ranks-highly-in-cancer-survival/>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (third^e éd.). Thousands Oaks, California: Sage Publications.
- Pringle, M. (2000). Clinical Governance in Primary Care: Participating in Clinical Governance. *BMJ* 321(7263), 737-740
- Rasche, A., & Chia, R. (2008). Strategy Practices- What They Are (Not).
- Reckwitz, A. (2002). Toward a Theory of Social Practices: A Development in Culturalist Theorizing *European Journal of Social Theory* 5(2), 243-263
- Roland, M. (2004). Linking physicians' pay to the quality of care - a major experiment in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 351(14), 1448-1454. doi:10.1056/NEJMhpr041294
- Romanow, R. (2002). Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada : Préparer l'avenir des soins de santé. Ottawa, ON.
- Rosen, R. (2000). Clinical Governance in Primary Care. Improving Quality in the Changing World of Primary Care. *BMJ*, 321(7260), 551-554
- Salamon, L. M. (2002). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. New York: Oxford University Press.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (1998). Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*, 17(2), 85-108. doi:10.1377/hlthaff.17.2.85
- Samra-Fredericks, D. (2003). Strategizing as Lived Experience and Strategists' Everyday Efforts to Shape Strategic Direction. *Journal of Management Studies*, 40(1), 141-174
- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the NHS in England. *BMJ* 317(61), 61-65
- Schneider, A., & Ingram, H. (1990). Behavioral Assumptions of Policy Tools. *The Journal of Politics*, 52(2), 510-529

- Schwartz, F., Evans, W., Sullivan, T., & Angus, H. (2004). *Gaining Access to Appropriate Cancer Services: A Four-Point Strategy to Reduce Waiting Times in Ontario*. Toronto: Cancer quality council of Ontario.
- Shortell, S., Gillies, R., & Anderson, D. (2000). *Remaking Health Care in America: The Evolution of Organized Delivery Systems*. . (2nd edition^e éd.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Société canadienne du cancer. (2006). *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer : Un plan canadien de lutte contre le cancer*. Ottawa.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Starey, N. (2003). What is clinical governance? *Evidence-based medicine*, 1(12)
- Sullivan, T., Dobrow, M., Thompson, L., & Hudson, A. (2004). Restructuring cancer services in Ontario. *HealthcarePapers*, 5(1), 69-80; discussion 96-69
- Sullivan, T., Thompson, L., & Angus, H. (2005). Transforming cancer services in Ontario: a work in progress. *HealthcarePapers*, 5(4), 43-51
- Sylverman, D. (2005). Analysing Talk and Text. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research* (Third^e éd., p. 821-833). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Vanu Som, C. (2004). Clinical governance : a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal*, 9(2), 87-90
- Wallace, L. M., Freeman, T., Latham, L., Walshe, K., & Spurgeon, P. (2001). Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Quality in health care*, 10(2), 76-82
- Whittington, R. (1996). Strategy as Practice. *Long Range Planning*, 29(5), 731-735
- Whittington, R. (2004). Strategy after modernism: recovering practice. *European Management Review*, 1, 62-68
- Whittington, R. (2006). Completing the Practice Turn in Strategy Research. *Organization Studies*, 27(5), 613-634. doi:10.1177/0170840606064101
- Wilson, D. C., & Jarzabkowski, P. (2004). Thinking and acting strategically: New challenges for interrogating strategy. . *European Management Review* 1, 14-20

Wright, J., Smith, M. L., & Jackson, D. R. H. (1999). Opinion clinical governance: principles into practice. *Journal of Management in Medicine*, 13(6), 457-465 p

Yin, R. K. (2003). *Case study research, design and methods*. (3rd^e éd.). Thousand Oaks, California: Sage.

Zietsma, C., & Lawrence, T. (2010). Institutional Work in the Transformation of an Organizational Field: The Interplay of Boundary Work and Practice Work. *Administrative Science Quarterly*, 55, 189-221

Annexe 1 : Formulaire de consentement aux entrevues semi-structurées et à l'observation non participante⁶

⁶ À l'acceptation du protocole de recherche lors de l'examen de synthèse du département de santé publique de l'Université de Montréal, 2 cas avaient été ciblés : l'Ontario et le Québec. En 2008, la décision de s'attarder au cas de l'Ontario uniquement a été prise.



II

UNIVERSITY OF

TORONTO

AGREEMENT FORM FOR SEMI-STRUCTURED INTERVIEWS

Research title:

Relations between organizational models of cancer care services and professional nursing practices: Comparative study of Ontario and Québec provinces.

Principal Investigator: **Isabelle Brault**, RN., Ph.D (cand) in public health
Option health services management
Faculty of Medicine, University of Montreal
Fellow of FERASI Centre (Education, expertise and research in nursing administration)
Fellow of FRSQ

Thesis director: **Jean-Louis Denis**, full professor. Department of Health Administration (DASUM), University of Montreal.

This research is for a Ph.D thesis.

Please read this form carefully before signing it.

INFORMATION

We would like to request your participation in our research examining the relations between organizational models of cancer care services and professional nursing practices.

Research Objectives

The main objective of the research is to understand the relations between organizational models of cancer care services and professional nursing practices. Five specific objectives are at the basis of this proposal: 1) To characterize organizational models in cancer care services in selected provinces 2) To understand the effects of organizational models on professional nursing practices 3) To understand the effects of professional nursing practices on organizational models in cancer care 4) To describe the professional practice model adopted in cancer care in the province 5) To understand the role of scientific knowledge in the transformation and in the renewal of organizational forms and in the renewal of the nursing practices in the cancer care domain.

In terms of scientific relevance, because of the complexity of this illness, there is a need for a better understanding of the organization of cancer care services and the optimization of the nursing practices in this area of care. The results of the research will help decision-makers in health care services to understand cancer care networks and assure the optimization of nursing practices. The comparison of organizational models in cancer care and nursing practices in two provinces will provide information of the impact of the context on the development of nursing practices and on the professional practice model adopted.

Methods

We will use a qualitative strategy in this research and to investigate our objectives, a case study design is used. Each province will be a case and two cases will be study: Ontario and Québec. This choice provides a variety in the geographical context, in cancer care programs, in the governance adopted and in the actors involved in cancer care services. In the province, we will focus on a specific program/network: the breast cancer program/network in an urban area. Semi-structured interviews will be used for data collection. A documentary analysis (e.g. position papers, strategic plans, organigram, and

annual report) and non-participant observations of meetings (e.g. boards meetings, strategic and clinical meetings, and implementation) will also be performed.

Our sample of participants will be composed of different actors involved in cancer care services at a strategic level⁷ (n=25) and operational level⁸ (n=25). We will interview 25 people by province for a total sample of 50 people. We anticipate 45 minutes to 1 hour for each interview. The data analysis will provide information related to organizational model of cancer care service and on nursing professional practices in selected provinces. Non-participant observations will provide information concerning strategic actors in cancer services at strategic and operational level.

Participation

Your participation will consist of one interview of approximately one hour, at a date and place at your convenience. We have attached to this form a copy of the interview guide. It is not essential to answer all our questions. Also, you will be free to elaborate as much as you want on any points that you judge important. With your agreement, interview will be taped on an audio tape.

Risks and Discomfort

Besides the time that you will spend in answering our questions, there is no risk or discomfort associated with your participation in the research.

Benefits to Participation

At the end of the study, we will send you a report summarizing the results of the research, which might help you to better understand the relations between organizational model of cancer services and nursing professional practices. We will be available by phone to answer all your questions about this.

Withdrawal from the Study

Your participation in this research is on a voluntary basis. You are free to participate or not. Every person who has agreed to participate in our research will be free to withdraw

⁷ Board members, agency CEO, executive team, provincial leader in cancer care

⁸ Managers, clinical leaders, nurses, Professional team

from it at any time without prejudice, and without having to justify his or her decision. You will simply have to communicate your decision with the principal investigator. Any information that might influence your decision to participate will be transmitted to you as soon as possible.

Confidentiality

All your answers will remain entirely confidential; they will only be discussed between the principal investigator and her thesis director.

The cassettes and the transcriptions of the interviews will be coded to ensure that your name will not be revealed. Moreover, the computer in which the data will be stored will be password-protected. Any documentation that contains names of participants (e.g. agreement contracts, list of participants) will be conserved in a locked filing cabinet. No medical files will be consulted by the researcher. The results of the study will be communicated in an aggregated way. Therefore, no information that could identify participants will be revealed.

Finally, in order to optimize their scientific use, data will be stored for 5 years in the locked office of the principal investigator Isabelle Brault. At the end of this term, all electronic data and tape recordings will be deleted and paper documents will be shredded.

Compensation

Participant will not receive any compensation for their participation in the study.

Further information

If you have questions about your rights as a research participant, please contact Jill Parsons, Health Sciences Ethics Review Officer, Ethics Review Office, University of Toronto, at telephone (416) 946-5806

AGREEMENTResearch title:

Relations between organizational models of cancer care services and professional nursing practices: Comparative study of Ontario and Québec provinces.

I declare that I have read the present form and I understand his content. I understand the purpose, nature, risks and benefits of participating in this study. I had the opportunity to ask all the questions concerning this project and I received satisfying answers. I declare that I had enough time to reflect and decide. I know that I can withdraw at any moment.

After reflection and a reasonable period, I voluntarily consent to participate in this study.

_____	_____	_____
Name of the participant	Signature of the participant	Date

I agree to allow this conversation to be audio taped: Yes..... No..... initial:

I declare that I have explained the purpose, nature, risks and benefits of participating in this study to the signatory. I also certify that the participant will be free to withdraw from the research at any time without any prejudice and that information revealed by the participant will remain confidential.

_____	_____	_____
Name of the researcher or his representative	Signature of the researcher	Date

Administrative Information:

The original copy of this form will be kept in the researcher Isabelle Brault office and a signed copy will be given to the respondent

This research project and the present form of consent have been approved by the CERFM (University of Montreal Ethic Board) on:

Reference No: CERFM-74 (06)4 #201

Date of present form: July 1st 2006

This research project and the present form of consent have been approved by the Health Sciences 1 REB (University of Toronto) on: september 6th 2006

Reference No: 18006



UNIVERSITY
TORONTO

OF



AGREEMENT AND INFORMATION FORM RELATIVE TO NON-PARTICIPATIVE OBSERVATIONS

Research title:

Relations between organizational models of cancer care services and professional nursing practices: Comparative study of Ontario and Québec provinces.

Principal Investigator: **Isabelle Brault**, RN., Ph.D (cand) in public health
Option health services management
Faculty of Medicine, University of Montreal
Fellow of FERASI Centre (Education, expertise and research in nursing administration)

Thesis director: **Jean-Louis Denis**, full professor. Department of Health Administration (DASUM), University of Montreal.

This research is for a Ph.D thesis.

Please read this form carefully before signing it.

INFORMATION

We would like to obtain your agreement in order to proceed with non-participative observations of meetings in which you are involved. Our research aims to understand the relations between organizational models of cancer care services and professional nursing practices.

The main objective of the research is to understand the relations between organizational models of cancer care services and professional nursing practices. Five specific objectives are at the basis of this proposal: 1) To characterize organizational models in cancer care services in selected provinces 2) To understand the effects of organizational models on professional nursing practices 3) To understand the effects of professional nursing practices on organizational models in cancer care 4) To describe the professional practice model adopted in cancer care in the province 5) To understand the role of scientific knowledge in the transformation and in the renewal of organizational forms and in the renewal of the nursing practices in the cancer care domain.

In terms of scientific relevance, because of the complexity of this illness, there is a need for a better understanding of the organization of cancer care services and the optimization of the nursing practices in this area of care. The results of the research will help decision-makers in health care services to understand cancer care networks and assure the optimization of nursing practices. The comparison of organizational models in cancer care and nursing practices in two provinces will provide information of the impact of the context on the development of nursing practices and on the professional practice model adopted.

Methods

We will use a qualitative strategy in this research and to investigate our objectives, a case study design is used. Each province will be a case and two cases will be study: Ontario and Québec. This choice provides a variety in the geographical context, in cancer care programs, in the governance adopted and in the actors involved in cancer care services. In the province, we will focus on a specific program/network: the breast cancer

program/network in an urban area. Our sample of participants will be composed of 50⁹X actors involved in cancer care services at the strategic level¹⁰ and the operational level¹¹.

Semi-structured interviews will be used for data collection. A documentary analysis (e.g. position papers, strategic plans, organigram, and annual report) and **non-participant observations of meetings** (e.g. boards meetings, strategic and clinical meetings) will also be performed. By these observations, we intend to better understand the interactions between the different actors involved in cancer care services. We which to attend approximately 10 meetings in each province.

The data analysis will provide information related to organizational model of cancer care service and on nursing professional practices in selected provinces. Non-participant observations will provide information concerning strategic actors in cancer services at strategic and operational level.

Participation

The purpose of this form is to obtain your agreement to allowing the researcher to observe meetings of the committee X. By this observation, the researcher which to better understand the context within which people interact, the social environment and the hole cancer care environment. I which to attend to two or three committees where you sit on.

Risks and Discomfort

There is no risk or discomfort associated with your participation in the research.

Benefits to Participation

At the end of the study, we will send you a report summarizing the results of the research, which might help you to better understand the relations between organizational model of cancer services and nursing professional practices. We will be available by phone to answers all your questions concerning this project.

⁹ Note that the numbers are approximated and could be modified depending on the evolution of the study

¹⁰Members of the administration board, executive team management, regional program leader in cancer care.

¹¹ front line managers, chiefs of services or programs, clinical leaders in cancer care, nurses, clinical team members , employees.

Voluntary participation and withdrawal from the Study

Your participation in this research is on a voluntary basis. You are free to refuse our presence in committees in which you are involved. You may also decide at any moment to terminate your agreement without prejudice, and without having to justify your decision. You will simply have to communicate your decision to the student researcher of the research. Any information that might influence your decision will be transmitted to you as soon as possible.

Confidentiality

In order to perform the observations of meetings, we need a written agreement from a representative mandated for this purpose. We will proceed only if we have the written agreement of every member of the committee. The data collected within the different meetings will be analyzed in an aggregated way so that no individual could be identified.

Finally, in order to optimize their scientific use, data will be stored for 5 years in the locked office of the principal investigator Isabelle Brault. After this term, all electronic data will be deleted and paper documents, shredded. All your answers will remain entirely confidential; they will only be discussed between doctoral student researcher and her thesis director.

Compensation

Participant will not receive any compensation for their participation in the study.

Information

If you have questions about your rights as a research participant, please contact Jill Parsons, Health Sciences Ethics Review Officer, Ethics Review Office, University of Toronto, at telephone (416) 946-5806.

AGREEMENT

Research title:

Relations between organizational models of cancer care services and professional nursing practices: Comparative study of Ontario and Québec provinces.

I declare that I have read the present form and I understand his content. I understand the purpose, nature, risks and benefits of participating in this study. I had the opportunity to ask all the questions concerning this project and I received satisfying answers. I declare that I had enough time to reflect and decide. I know that I can withdraw at any moment.

After reflection and a reasonable period, I voluntarily consent to participate in this study.

Name of the participant Signature of the participant Date

I declare that I have explained the purpose, nature, risks and benefits of participating in this study to the signatory. I also certify that the participant will be free to withdraw from the research at any time without any prejudice and that information revealed by the participant will remain confidential.

Name of the researcher or his Signature of the researcher Date

representative

Administrative Information:

The original copy of this form will be kept in the researcher Isabelle Brault office and a signed copy will be given to the respondent

This research project and the present form of consent have been approved by the CERFM (University of Montreal Ethic Board) on:

Reference No: CERFM-74 (06)4 #201

Date of present form: July 1st 2006

This research project and the present form of consent have been approved by the Health Sciences 1 REB (University of Toronto) on: september 6th 2006

Reference No: 18006

Annexe 2 : Guide d'entrevues semi-structurées

Research title:

Relations between organizational models of cancer care services and professional nursing practices: Comparative study of Ontario and Québec provinces.

Interview guide

Theme: Ideology

1. Can you describe the vision/culture underlying the organization of cancer services in your jurisdiction?
 - *Underlying values and principles*
2. How is this vision/culture reflected in your management practices?
3. According to your perception, is organization of cancer services in Ontario reflect this vision?
4. How quality is defined in your organization?
5. According to your perception, what is the distinctiveness of the CCO model compared to others approaches of organization of services in the cancer domain?

Theme: Governance

6. Can you describe the overall governance structure of the cancer services in your jurisdiction according to those dimensions:
 - *Hierarchical links (links between primary, secondary and tertiary care)*
 - *Accountability mechanisms*
 - *Institutions and professionals involved in cancer care*
7. What are the relations between the CCO, the Quality council and the Cancer Quality Council?

8. What are the accountability mechanisms between CCO and the cancer quality council?
9. How do you define the relationship between cancer system performance and quality?
10. What are the top priorities in the quality agenda for the CCO for the next 5 years?
11. Can you describe me the links/relations between CCO and MHLTC?
12. Can you describe me the links/relations between CCO and the regional cancer programs?
- 13.
14. What are the functions and responsibilities of the other organizations involved in the cancer network?
15. How do you share clinical and administrative information?
 - *Tools and procedures*
 -
16. How is the budget of cancer care allocated in your province?
 - *Global budget from the ministry (department of health)*
 - *Other sources?*

Theme : Coordination mechanisms

17. How do you ensure coordination between your organization, the other organizations of the cancer network and the professionals who work with patients?
 - *Formal informals coordination mechanisms*
 - *Case management*
 - *Coordination meetings*

Theme: Integration strategies

18. What are the strategies used to increase integration of services?
 - *Financial incentives*
 - *Clinical projects*
 - *Education*

19. Do you think professionals have a particular role in the integration of services?
- *Can you describe their specific roles in coordination /liaison ?*

Theme: Professional practices and nursing practices

20. What is the specific role of the nursing profession in your organization?
21. What is the specific role of the others professions in your organization?
22. Do you think that professional practices and specifically nursing practices influence the organization of services?
- *How?*
- *Influence on the provision of care or on the development/design of programs?*
23. From your perspective, what are the means (resources/tools) mobilized by professionals to make a change in the organization of services?
- *Resources from their education professional knowledge*
- *Resources from their technical knowledge*
- *Expertise*
24. Which mechanisms should the network implement to increase the influence of professionals/nurses in the organization and provision of care?
25. From your perspective, what are the means (resources/tools) mobilized by the organization/network to change professional practices?
- *Clinical audit*
- *Clinical guidelines*
- *Education*
- *Clinical leadership*

Theme: Professional nursing practice model

26. How does the regulation of the nursing profession in Ontario has an influence on the organisation of the nursing practices in the CCO and in the cancer domain in Ontario?
27. What is the role of the nursing profession in cancer services in Ontario?
28. What constitute the nursing practices in cancer services?
29. Can you describe your daily practices? (clinical, research, education, administration)
30. What is the philosophy of nursing care in your organization?
31. Which mechanisms should be implemented to increase the influence of nurses in the organization and provision of care?
32. Who is responsible/accountable for the delivery of cancer care services?
 - *Professional team*
 - *Case manager*
 - *Organization*
33. Who is responsible for decision making and development of cancer care programs in your organization/jurisdiction?
 - *Managers*
 - *Doctors*
 - *Nurses*
34. How do you perceive your role in the improvement of clinical practices?
35. How do you perceive your role in the improvement of the organization of services?
36. Are there any resources in your work environment that allow for a change in your practices?
 - *Education*
 - *Informational tools*
37. Do you use clinical guidelines in your practice? Do you participate in their development? If not, who is responsible?
38. What resources available to professionals that can make a change in their practice?

39. (à conserver?) From your perspective, who is in the best position to influence choices in the organization and provision of cancer care services in your jurisdiction?

- *Managers*
- *Professional team*
- *Patient groups*

Can we contact you again to obtain further details on anything we discussed? Y / N

Further contacts suggested for follow-up:

Further contacts suggested for interview :

Suggested documents:

Annexe 3 : Cancer Care Reform in Ontario: Using Clinical Governance Levers to Support Change

Brault, Isabelle, Denis, Jean-Louis

Article présenté à titre de *discussion paper* à la conférence annuelle de l'Academy of Management tenue à Montréal, le 10 août 2010.

ABSTRACT

Background: In the early 2000s, Ontario undertook a major reform of cancer services based on clinical governance principles. Clinical governance aims for continuous quality improvement by creating an environment that supports the development of professional practices and by enlisting the commitment of professionals to ensuring service quality.

Purpose: The objective of this article is to understand better the intentional change processes that were made possible by applying clinical governance levers. These levers are the means of action by which change can be introduced into health care system. They can be categorized into three types: legal/structural, economic, and communicational and serve functions of negotiation, persuasion, coercion and involvement. They operate at various levels of the health care system and target changes in actors' practices or in the relationships among actors.

Methods: Our empirical analysis deals with the in-depth study of a specific case, which is the organizational model for Ontario's cancer sector. We used a qualitative research strategy, and drew our data from three sources: semi-structured interviews, analysis of documents, and non-participative observations.

Results: From our results, we identified three phases and several steps in the reform of cancer services in this province. In the transformation sequence, the legal/structural levers were the first to operate, followed by communication levers.

Practice implication: Our study leads us to conclude that, to transform the cancer services system in a way that is sustainable, it is preferable to use levers that combine all four types of functions.

Keywords: Clinical governance lever, organizational change, cancer care reform

INTRODUCTION

Today's governments are deliberately attempting to reform health care services according to criteria of effectiveness and efficiency (Saltman & Figueras, 1998). In the late 1990s, the United Kingdom undertook a major health care reform focused on two performance criteria: excellence and efficiency (DoH (Department of Health), 1998). At that time, clinical governance was introduced as the tool for meeting these criteria and for supporting the transformation of clinical and organizational processes. By definition, clinical governance is a framework through which all National Health Service (NHS) organizations are accountable for continuously improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish (DoH (Department of Health), 1998). In this perspective, organizations and professionals become jointly responsible for the quality of care and services (Wallace, Freeman, Latham, Walshe, & Spurgeon, 2001), and clinicians are expected to assume a greater role in quality improvement initiatives (Buetow & Roland, 1999). This means that clinical governance is more or less hierarchical or participative and allows for interaction between the formal and informal structures of the organization. Implementing it involves taking into consideration a whole set of organizational dimensions (Vanu Som, 2004) that will be helpful in making long-term changes to health care organizations. It requires a radical transformation of the organization (Scally & Donaldson, 1998) and new infrastructures to support clinical governance (Roland, Campbell, & Wilkin, 2001).

Thus, we see clinical governance as a desire to transform an entire organization in such a way as to render it empowering for the professionals and workers who provide health care services. In this article, we are interested in the different levers used to transform both the organization and clinical practices in order to achieve the principles of excellence and efficiency promoted by clinical governance. Clinical governance levers encompass a series of processes that connect clinical practice more explicitly to the organizational context. However, in the clinical governance literature, organizational levers for supporting professional practice seem to be targeted more at controlling clinical practices than advancing them toward clinical excellence. The objective of this article is to understand better the intentional change processes that are enabled by applying clinical governance levers. Our hypothesis is that transformations associated with implementing clinical governance principles require the application of levers that operate on several different levels of the health care system. We believe that effective clinical governance can only be achieved by creating an organizational and professional system that fosters the development and optimization of clinical practices.

Our empirical analysis is focused on the reform of cancer services in the Canadian province of Ontario. In this province, Cancer Care Ontario is the organization responsible for the strategic orientations, quality and accountability of cancer services. We analyzed the clinical governance levers used to support the transformations undertaken to implement, in this province, a continuous quality improvement project in the cancer sector. We believe

that the complexity of cancer care and the interdependence of the professionals providing treatment provide the ideal arena in which to analyze how an organization functions when it comes to orchestrating and regulating professional practices to provide high quality care and services.

This article is structured as follows: The first section is essentially descriptive and presents current knowledge about change levers and governance mechanisms used to transform organizations. Based on this literature, we present a conceptual model of clinical governance levers. In the next section, we present our empirical results and illustrate the different phases of the cancer services reform in Ontario. We then analyze the presence and the impact of the levers used to implement large-scale changes in this health care system and to actualize a project to improve the quality of care and services in a specialized sector of the health system.

CLINICAL GOVERNANCE LEVERS

In this article, we define clinical governance levers as the mechanisms used by actors in positions of authority to effect changes in the relationships among the various actors involved in providing services, as well as changes in professional practices. For the purposes of continuous quality improvement and patient safety, these mechanisms are aimed, on the one hand, at fostering the creation of an organizational environment that develops professional practices and, on the other, at operating directly on professional practices to ensure better quality of care. Directors in strategic positions use clinical governance levers to try to improve clinical practices. In this section, our aim is to describe

the different types of levers encountered in the literature and their primary functions, and to provide representative examples of these levers in the health care system and their limitations.

Many scientific articles on organizational change and governance advocate the use of levers for introducing change in actors' practices (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Denis, Lamothe, & Langley, 2006; Gilbert, Brault, Breton, & Denis, 2007; Salamon, 2002). These levers, or change instruments, are action mechanisms aimed at influencing collective action and at facilitating the introduction of change in health organizations. They can be categorized according to their powers of negotiation, persuasion, coercion, or involvement (Salamon, 2002). These various functions of the levers allow us to choose the one that is appropriate to the type of change envisioned.

For Salamon (2002), governance tools respond to the principles of "new governance", a public management approach that is more geared toward networking, involving public and private actors in the provision of services, and negotiation and persuasion, rather than on the command and control of new policies. Denis et al. (2006) advocate the use of change levers in health care organizations to counterbalance the profound inertia of the health care system caused by the different actors' personal autonomy, by power that is diffused, and by these actors' divergent goals. When it comes to implementing change, the governance instruments used to manage public networks reflect the specificities of these networks: pluriformity (involving many actors), the autonomy of the actors, their interdependence, and variations between networks (de Bruijn & Ten

Heuvelhof, 1997). These specificities must be considered when implementing change and when trying to achieve objectives that are particular to the networks.

Governance instruments and change levers can be categorized into three broad types: levers that are structural and legal, levers of exchange and communication, and economic levers. Structural and legal levers consist of laws and of prohibitions (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997) and are aimed at deliberately modifying organizations' formal boundaries (Denis et al., 2006). Applying this type of instrument, which acts directly on organizations, requires formal authority and hierarchical power (Gilbert et al., 2007). Structural and legal changes are used to create new organizations and build new social entities. According to Brunsson and Sahlin-Andersson (2000), the construction of new organizations is also based, among other things, on organizational identity, which also acts as a lever of change. These levers have a role that is predominantly coercive, as their use is aimed at compelling the actors to submit to a specific action. This coercive lever corresponds to the "top-down" perspective (Sabatier 1986), in which policies from high up in the hierarchy are transmitted down to the organization's operational base. New organizational forms, laws modifying the provision of health services, health policies, mergers of establishments and the creation of new service networks, and even the organizational vision, are examples of concrete representations of structural and legal levers.

Levers of exchange and communication deal with information transfer (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997) and are aimed at bringing about change through deliberation and conversations among the actors (Denis et al., 2006). According to these authors, this type of lever works non-intrusively on the actors' behaviour and enables groups with divergent interests to express themselves and to participate in the organization's transformation. The functions of these levers are primarily persuasion and influence. Exchanging views, discussing and talking all promote the sharing of the actors' representations. They make it possible for the actors to take up an issue and work to resolve it with concrete actions. Levers of exchange and communication include such items as the planning of strategic orientations, development of care protocols, round tables on health, participation in special projects, practice communities, and involving professional teams in the development of new care programs.

Economic levers have to do with financial incentives attached to the implementation of certain projects or with changes in remuneration modalities (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). Injecting money into specific clinical reorganization projects would be an example of financial incentives whose potential for effecting change is significant (Denis et al., 2006). In these specific cases, the role of economic levers is one of persuasion, i.e., getting the actors involved in these projects. The example of "pay-for-performance" in the United Kingdom shows that economic levers can exercise powers of coercion and influence at the same time in the provision of care. In that country, supplementary payment for certain medical acts is linked with meeting quality criteria in health care services (Roland, 2004).

For Giacomini et al. (1996), financial incentives serve a communication function because funding changes the relationships and structures of social systems and provides motivations for action. Thus, economic levers include all financial incentives used to create new projects and attract actors to participate in them, to change methods of funding between the different levels of government, and to require results in terms of quality of care for specific care interventions.

The choice of what types of levers to apply when implementing a change is determined by the actors being targeted by the change, who have their own views and interests (Salamon, 2002), as well as by the objectives that must be met, the specific characteristics of the environment, and the level (operational or strategic) targeted by the change (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997). In fact, according to de Bruijn and Ten Heuvelhof (1997), the characteristics of the environment can facilitate or inhibit governance activity and, by extension, the implementation of change. For Salamon (2002), the choice of what lever to use is decisive because it has an impact on the processes and the results to be achieved. De Bruijn and Ten Heuvelhof (1997) mention that instruments used at the operational level are directed at changing actors' behaviours, whereas the aim of instruments used at the institutional level is to change the relationships among the actors.

Levers are limited in their capacity to effect change. Structural and legal levers send a clear and powerful signal to the actors to promote change (Denis et al., 2006), and they radically transform the organization (Greenwood & Hinings, 1996) by fundamentally changing the direction and goals to be pursued. However, these levers are not really

concerned with learning, such as actors might get from the use of levers of exchange and communication, which tend rather to induce changes that are convergent (Greenwood & Hinings, 1996). Other limitations have to do with the actors and the characteristics of the environment. According to de Bruijn and Ten Heuvelhof (1997), some actors will only respond to one type of instrument because they have the expertise and knowledge needed for its manipulation. As for the environment, an in-depth knowledge of it is required for successful application of instruments. In applying instruments, a hierarchical organizational structure will present specific requirements that will be different from those of network-based structures. According to Salamon (2002), every governance tool or instrument has its own mechanism of functioning, its own rules. Applying governance levers therefore requires particular skills that are based not only how things are done, but also how they are reported, in an environment where power is diffuse and the goals of the various actors are sometimes divergent. According to Denis et al. (2006), levers do not move by themselves, and to effect real change, they must be applied concurrently and operate on different levels. Still, the success of the instruments should not depend only on whether the original objectives were met (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997), but also on what the actors learned from their utilization. In the following section, we present the conceptual model of clinical governance levers that underlies our empirical analysis.

CONCEPTUAL MODEL OF CLINICAL GOVERNANCE LEVERS

In light of the literature on change levers (Denis et al., 2006), tools (Salamon, 2002) and instruments (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997) of governance, we will use in our

research framework the term “clinical governance levers” to refer to the various instruments, tools or levers used to effect change. We define clinical governance levers as the means of action for influencing collective action and producing change.

Clinical governance levers are used in the context of a purposive change process. Even while recognizing that levers are limited in their ability to produce change, we learn from the writings of the authors previously cited that the choice of what type (legal/structural, economic, communicational) of clinical governance levers to use depends fundamentally on the goals being targeted in the change, the different functions of negotiation, persuasion, coercion and involvement carried out by the levers, the actors targeted, and the characteristics of the environment that is to be transformed. As emphasized by de Bruijn and Ten Heuvelhof (1997), instruments behave differently according to the level targeted for change. Levers can act at the macroscopic level of the health care system, at the level of the organization, or at the microscopic level, in the actors’ practices. Each of these levers has its own capacities and limitations for producing change in professional organizations.

Using instruments makes it possible to structure collective action toward very specific goals. The choice of instruments is decisive because processes and results will be affected differently depending on the instrument that is used. Ultimately, the use of levers fosters change either in the actors’ practices or in the relationships among the various

actors. For the change to be long-term and substantive, it is better if the levers are applied concurrently (Denis et al., 2006). Figure 1 presents the clinical governance levers.

<< Insert Figure 1 about here >>

METHODS

Our empirical data are drawn from a case study. We conducted an in-depth study of a case that consisted of one organizational model of cancer services. We decided to study the organizational model for cancer services in the Canadian province of Ontario. Because of recent transformations in the organization of cancer services in this province and the implementation of a new governance structure, we believed it could be very enlightening to use this case for an analysis of organizational environment and of the strategies employed to actualize or restrict professional practices. According to Yin (2003) and Stake (1995), a case study allows for in-depth understanding of the environment being examined. We used a qualitative research strategy and our data are taken from three primary sources: semi-structured interviews, analysis of documents, and non-participative observations. We carried out our observations between 2006 and 2008. We interviewed key informants in the cancer sector who are involved in every stage and at all levels of the fight against cancer (president and director of cancer services, managers of regional programs, clinical leaders, nursing professionals, etc.). We conducted 25 interviews, each one 60 to 90 minutes in duration. Each interview was transcribed and coded according to predetermined themes. Through these interviews, we were able to meet with key informants in eight different types of organizations that report to Cancer Care Ontario on the provision of cancer services.

Our data include the analysis of copious documentation (organization charts, government reports, annual reports, websites, position papers, publications, etc.). This documentation allowed us to characterize the model of service organization in the cancer sector. Finally, our data include non-participant observation of strategic meetings and the clinical meetings of the Oncology Advanced Practice Nurses Community of Practice. In all, we attended 22 meetings. These meetings allowed us to observe the dynamics among the actors involved in cancer service and in the organizational environment.

RESULTS

Environmental analysis

In 2001, following a crisis related to wait times for surgeries and radiotherapy treatments for cancer in Ontario, the Ontario government undertook a major restructuring of services in the cancer sector (Sullivan, Dobrow, Thompson, & Hudson, 2004). This restructuring was aimed at improving the performance and quality of services and consisted of the creation of the Cancer Quality Council of Ontario, charged with developing performance indicators for cancer services, and the substantial modification of the roles and mandates of the province's cancer agency, Cancer Care Ontario (Sullivan et al., 2004). These changes introduced a new philosophy of performance management based on already existing evidence-based knowledge (Greenberg, Angus, Sullivan, & Brown, 2005).

It was from this perspective of service reorganization in the cancer sector of the province of Ontario that we analyzed the presence and the impact of clinical governance

levers applied to support all the transformations. We present the three phases and numerous steps in the transformation of Ontario's cancer care system, beginning with Phase 1, the restructuring of Cancer Care Ontario (CCO); then Phase 2, the revision of external organizational structures and of the relationships between CCO and service providers; and finally Phase 3, performance measurement. To facilitate the following analysis, we present these phases sequentially, but some steps occurred concurrently or nearly so. Figure 2 provides an overview of the transformation sequence.

<< Insert Figure 2 about here >>

Phase 1: The restructuring of Cancer Care Ontario

Phase 1 of restructuring cancer services in Ontario began with the transformation of the cancer agency, Cancer Care Ontario (CCO), which was done in three stages. The first stage consisted of developing the vision, the second focused on developing the internal organizational structure CCO needed to achieve its mission and vision objectives, and the third stage was the creation of the Cancer Quality Council of Ontario. The time horizon for this Phase 1 was about two years.

In Ontario's reform of cancer care, CCO was relieved of its mandate of direct service provision in order to concentrate on its strategic role of service planning and quality assurance. Previously a provider of care and services via the regional cancer centres, CCO has had, since 2004, the authority and the responsibility for purchasing services from health care provider organizations (Sullivan et al., 2004). Cancer Care Ontario was mandated to advise Ontario's Ministry of Health and Long-Term Care on strategic planning of cancer

services in the province. The organization moved away from its traditional role of service provision and adopted a mission focused on the quality, innovation and accountability of the province's entire cancer care system (Sullivan, Thompson, & Angus, 2005). This mission statement became the driving force behind the internal reorganization of CCO and its positioning in the province's health care system.

“...that changed us from being an employer to being an overseer and recommender of changes in the cancer system to both the government as well to the hospitals. So it really changed our relationships, changed the relationships within the hospital...with the cancer programs...and changed, I'd say, the whole environment of cancer services delivery.”

Thus, CCO is the organization that governs cancer services in the province of Ontario and holds the legal authority conferred upon it by the Ontario government's Cancer Act (Government of Ontario, 1990). The Cancer Act stipulates that the members of Cancer Care Ontario's board of directors must be appointed by the Ontario government.

“...by having an organization such as Cancer Care, you have some kind of advocates... for cancer patients in Ontario. You have people who have expertise in cancer, who can actually provide comments, provide some sort of evidence-based deliberation on certain things. You talk about cancer drugs, you talk about delivery of the system, and also make sure that there is somebody who is looking after the cancer patients and the system in Ontario.”

Stage 1: The organizational vision

Phase 1 was also characterized by the development of new statements of vision and mission to guide the transformations and to build an organization, Cancer Care Ontario,

with a strong organizational identity that would enable it to transmit a systemic vision throughout the province's entire cancer sector.

Cancer Care Ontario's vision is one of "working together to create the best cancer system in the world", and its mission is to "improve the performance of the cancer system by driving quality, accountability and innovation in all cancer-related services". CCO's actions are guided by transparency, equity, evidence-based care, good system performance, active engagement, and wise use of public funds. The majority of the respondents positioned at strategic levels asserted that they had incorporated the statement of vision into their daily practices.

"...if you look at the work that we are doing, it is aligned with that overall vision, **so we're very much an organization that is aimed at changing the system.** So we're not...looking at just being stewards of the system or keeping the status quo. ...the way in which we manage Cancer Care Ontario is aimed at initiatives that...improve the cancer systems."

"I make sure that those three areas [quality, accountability, innovation] are within my workplans, that I have deliverables within that workplan each year that will be oriented to quality, innovation, accountability. I make sure that all of the stakeholders across the province with whom I work...understand that those are the three perspectives for which we are working in collaboration to fill and achieve."

Still, at the level of the regional partners, it would be helpful if the vision were somewhat more precise:

“I can’t articulate exactly the mission or vision goal but it’s around quality, so it’s around delivery of good practices and quality services to improve the health of Ontarians.”

One respondent explained that there are several visions of cancer in the province:

“...Health Sciences’ has a vision ...I have a vision for radiation therapy and where that’s going.... So there are many many different visions, and we work in partnership with Cancer Care Ontario.”

Stage 2: Cancer Care Ontario’s internal organizational structure

The first phase of CCO’s transformation included reviewing its internal organizational structure. To fulfill its vision and mission, CCO adopted and developed an organizational structure that included a strategic management team at the provincial level, another strategic management team at the regional level, and two teams of clinical directors, one provincial and the other regional.

The provincial-level management team has about 20 members: one president–executive director, nine vice-presidents, and a dozen clinical directors. Each member of the team has a specific expertise: strategic planning, communications, finance, specific clinical programs, information systems, etc. The human resources at the strategic level are highly qualified. The majority of them hold either a master’s degree or PhD in a specific field.

At the regional level, the strategic management team is made up of 14 regional vice-presidents. They are in charge of implementing regional cancer programs (e.g. Integrated Cancer Programs, or ICPs). The vice-presidents are accountable to two levels of governance: the regional hospital that hosts the cancer centre and oversees the provision of cancer treatments in the hospital, and CCO, for the development of the regional cancer program. According to one respondent, this dual accountability places the vice-presidents in an awkward position:

“At each of the integrated cancer programs, there is a leader, who usually is called the regional vice-president. So he has two jobs. Or she has two jobs. ...they lead the cancer program in that hospital, and they lead this regional cancer program. So they are primarily accountable to the hospital for delivering that cancer program in the hospital, and primarily accountable to Cancer Care Ontario...for delivering the regional cancer program. So they are a bit in a funny position because they both have to look at the whole region and their own hospital. But in the end they are accountable for the quality and access issues within their region as a whole. Their own hospital and the whole region. And so to do that, they've been developing regional teams.”

However, there is a desire to see the previous leader of the cancer centre become a regional manager:

“...those regional leaders usually will come from the integrated cancer programs in the centres but some of the regions will have the head of radiation oncology. Radiation oncology is only given in an integrated cancer program. So the regional radiation program lead for will always be from the integrated cancer program. But they might have a systemic program lead from another hospital who is the head for the region.... By and large, most of the regional leaders come from the integrated

cancer programs, but now, and this again I think has changed, our expectations have changed in the last couple of years, is we want them to be regional heads as well.”

Members of the provincial team of clinical directors have expertise in a specific field (nursing, surgery, radiotherapy, palliative care, patient education, imaging, etc.) and serve as provincial experts in these specialties. The 12 provincial clinical directors are in charge of recruiting the regional clinical directors. The regional clinical directors work closely with the provincial clinical director to oversee the advancement of both care and quality in each of these specialties. For example, in nursing, one provincial clinical department is dedicated to nursing and psycho-oncology, and in each region one clinical director position is assigned to nursing and psycho-oncology. The provincial clinical directors are mandated to meet with the regional clinical directors and transmit to them CCO’s vision and strategic orientations. In most cases, the regional clinical program directors are located in the host hospitals that have incorporated the cancer centres.

The reform of CCO is characterized by the development of an organizational vision and the implementation of an organizational structure to support this vision:

“...a lot of visioning around how we might manage the cancer care burden into the future with projected increases in cancer. ...the way that it’s being delivered now is through a model of having regional cancer centers paired up or integrated with host hospital sites, and having the science and the treatment delivery and the prevention roles being executed through that cancer center/hospital model, and then having Cancer Care Ontario more as a body that’s...monitoring the quality of that service, and also...looking at ways to improve things,...quality indicators such as wait-

times, and...providing standards of practice by which all of the regional cancer centers and their hospital sites operate, so that we're all aspiring to the same level of quality in terms of standards. ...you know, the approach that we are taking is very much aligned with the vision that had been articulated by CCO.”

Stage 3: the creation of the Cancer Quality Council of Ontario

At the same time as CCO was undergoing its internal restructuring, the Cancer Services Implementation Committee (2001) recommended the creation of the Cancer Quality Council of Ontario (CQCO). Created in 2002, this independent organization was mandated to monitor the quality of services and to report to the public on the quality and performance of cancer services in the province of Ontario (Sullivan et al., 2004). In its restructuring, CCO developed a strategic plan (strategy map) for achieving five goals of the cancer care system: accessibility of services, measurement of interventions, evidence-based practice, efficiency, and productivity. The CQCO developed a series of performance indicators on all aspects of cancer (Sullivan et al., 2004) in relation to the five cancer system goals (Greenberg et al., 2005). The CQCO's budget came from two sources: the Ministry of Health and Long-Term Care and Cancer Care Ontario.

“Set up as an arm's-length organization [Cancer Quality Council] to report on essentially Cancer Care Ontario and our regional program's progress...with a relatively small number of indicators that looked at the overall system. I think there's 25 or so...indicators. So the...Cancer Quality Council is set up at arm's-length with its own governance to report publicly on our progress as a cancer system in Ontario, so we don't take the primary role in doing that reporting.”

“...we publicly report...in quite a lot of detail, in terms of improvements in the cancer system. But we wanted also a kind of formal report every year to the public on the status of cancer services in the province, and so in partnership with the government and with Cancer Care Ontario, the Cancer Quality Council was set up.”

Phase 1 of the cancer services reform was centred on overhauling the province’s cancer agency, Cancer Care Ontario, and was characterized by the development of the organization’s vision, the implementation of an organizational structure to support its mission, and the creation of the Cancer Quality Council of Ontario. Figure 3 presents the organizational model for cancer services in Ontario.

<< Insert Figure 3 about here >>

Phase 2: Revision of external organizational structures and of the relationships between CCO and service providers

Phase 2 of the cancer system’s transformation was focused primarily on transforming external organizational structures and on the relationships between CCO and the organizations that were providing cancer care and services. This phase was defined by a complete system overhaul. CCO began this phase (stage 1) by integrating cancer centres into host hospitals and developing with these hospitals a system of contracts and accountability based on meeting performance criteria. Stage 2 was defined by the development of the Ontario Cancer Plan, which mobilized the provincial and regional teams around concrete objectives for the continuum of care and services.

Stage 1: Integration, contracting and accountability

Once CCO had completed its internal restructuring, one of its first mandates was to integrate cancer centres into host hospitals, which were usually regional hospitals. The aim of this integration was, on one hand, to create a stronger alliance between the regional hospital, the cancer centre and the region being served, and, on the other, to develop Integrated Cancer Programs (ICPs) in the region. This process was completed in 2004 and involved redirecting human, financial and material resources to the host hospitals.

“Cancer Care Ontario essentially got out of the business of delivering just radiation [therapy] and chemo [therapy] and said...let the hospitals do that...and then Cancer Care Ontario will look at the whole system...as a kind of monitoring and standards and quality organization. So to do that, we integrated...regional cancer centres with their host hospitals.”

In its new role as the organization overseeing the province’s cancer services, CCO had the financial authority. In fact, the budget allocated to the cancer sector in Ontario was transferred to CCO from two sources: the Ministry of Health and Long-Term Care and the Ministry of Health Promotion.

Services to the population are ensured through a process of negotiated contracts and collaboration between CCO and the regional hospitals’ cancer centres. Based on service contracts between the regional entities and CCO, budgets are allocated to the regional centres according to various criteria: wait times for radiotherapy and surgery, evidence-based quality criteria, service volumes, etc. Hospitals signing these contracts commit to providing services according to pre-established quality criteria, and CCO is authorized to

evaluate the performance of regional cancer programs. Each quarter, CCO evaluates the centres' performance according to process indicators.

“... Cancer Care Ontario is an agency, as I said, which is not...directly delivering the services itself. So we don't employ the people who are actually...involved in delivering cancer services to patients.... So we're at arm's-length in that sense, and through this contracting mechanism we're aiming to influence and improve the cancer system.”

Contracts are used to link services to the achievement of quality criteria, as well as to the implementation of clinical practice guidelines:

“We signed a contract with them and the contract says and also you agree to implement the cancer standards.”

“We used to deliver the services ourselves, but now we contract services from hospitals, across the province and...through those contracts, we're aiming to increase and improve access and the quality of cancer services by linking those contracts to improvements in access and quality, and in that way we're hoping to...very significantly improve the cancer system in Ontario.”

Cancer Care Ontario oversees performance in the cancer system and maintains control of service funding that is linked to the achievement of performance targets. If performance targets are not met, funding is not renewed.

“...Just to make sure that there is somebody who is watching over their performance, and we can do that, because we have a mandate to do that. We provide them with money. If they don't perform... we take some of the money back. So that's how we try to enforce...the standards, the quality and make sure the work is

done. Making sure that...people are not waiting for a long time if they want to get chemotherapy or radiation therapy.”

The implementation of performance contracts with the care provider organizations was characterized by a revision of the accountability structures among the various actors in the cancer care system. The organizations, and particularly cancer centres, are required to account for the care and services they provide according to indicators specified in the performance contracts. The contracts are linked to quarterly performance reviews, and their purpose is to readjust services and professional practices based on these reviews. However, since the indicators and performance measurement were developed at the broad level of the cancer system, these are population-based and not clinical care indicators, and they do not evaluate clinical practices in depth. Accountability structures are located at different levels, both at the system level and at the clinical practice level. Respondents in our study, however, asserted that performance indicators had been first developed at the system level, and that there was still a need to develop indicators that are closer to the care provided to patients.

“I think that, for the point of care piece,... it falls off a little bit, because you have got the higher level quality and those population-based indicators of whether you’re achieving quality, but again at the real point of care—and nursing being right at the point of care—we probably haven’t got as strong an emphasis on quality indicators for nursing care and whether they’re actually putting interventions into place that we know would be effective and would work for care of the patient population, so I think that’s a really important strong piece that is missing at the point of care.”

Stage 2: the Ontario Cancer Plan (OCP)

The Ontario Cancer Plan is a three-year provincial and regional development plan for the different sectors involved in cancer care and services. The OCP, which provides a detailed strategic plan, was a product of the combined expertise of all the actors involved in providing care. The OCP is not simply a compilation of the province's 14 regional programs, but is rather a negotiation between the provincial and regional perspectives, i.e., its aim is to align regional and provincial objectives. Professionals were involved in the OCP's development via the clinical directors of the various programs. These provincial leaders go into the regions and meet with regional leaders, who themselves have met with the clinicians (most often in the cancer centres).

Phase 3: Performance measurement

The third phase of service restructuring in the cancer sector is characterized by two stages: gathering many types of data and preparing public reports.

Stage 1: Data gathering

Major investments were made in information systems to collect and analyze data and to ensure access to information. The data collected were aligned with the five goals of the cancer care system and provide information on wait times, surgery volumes, and certain clinical outcomes. The data were used purposively to implement system changes.

“...there's been a significant, multimillion dollars investment in data collection, analysis, making sure that people have access to the information.”

“...you know, one of the important thing that we have had to do as an organization to improve the cancer system is to get good data.... ...frankly, four years ago, five

years ago...we did not have good data on the cancer system other than on radiation therapy.”

For the managers, access to data supports decision-making and helps to legitimize their decisions:

“...I use this [data] for two purposes. One, so that I can make some decisions in terms of nursing and psychosocial oncology with respect to my work plan, but also when I’m going externally giving presentations, it helps me to present a good picture.... So without that data, I wouldn’t have been able to present the rationale for why they needed to change the curriculum.”

The data support new initiatives:

“I think getting data to support initiatives...is really important. It still doesn’t mean people are going to buy in. You’re always going to have those people that won’t. But we really have implemented radiation therapy advanced roles in an evidence-based manner...by doing systematic research.”

The data encourage dialogue between the various partners in care: CCO, the cancer centres, and the regional partners and professionals. The data provide opportunities for interaction among the partners and for knowledge sharing in the interests of improving service quality.

“...if you have data, that’s where you can...provide evidence for people. I mean, I can say, ‘Oh, wow, your wait times are too high’, but what kind of evidence do you have, right? So that’s when you’re able to have some ammunition for getting into a dialogue and actually seeing if there is an improvement in the numbers of days people are waiting or the standard of care.”

Given that the professionals want to provide the best possible care to patients, the data collected on interventions encourages them to reflect on their practices.

“I think the most powerful motivator is data that shows that the outcomes are not as good as a reasonably achievable best practice. ...the primary thing that we can provide is good data that shows what our outcomes are in the cancer system in Ontario, and that becomes a very powerful motivator for change because people want to provide the best care they can....”

The indicators developed by the Cancer Quality Council of Ontario are systemic. Therefore, the data collected provide information primarily on the status of Ontario’s cancer system; they are systemic rather than being focused on specific clinical interventions. The result is that clinical practices are not evaluated in depth, which makes changing them more difficult.

“I think there’s a strong emphasis on quality and measuring quality and then being able to report the performance of organizations in terms of where they stand on quality. ...those quality indicators that were still quite population-based, so they tell you at a crude level...what quality you’re delivering, but in terms of actually stimulating quality improvement at the level of point of care, it’s still a bit challenging.... ...we still are working on developing balanced scorecards which are more at the level of point-of-care quality so that we’re hopefully informed on the population-based indicators....”

According to the regional respondents, there seems to be no consensus on how data are to be gathered in the regions, producing differences among regions. For the regions, and especially for the cancer centres, the data are a source of anxiety and stress. The way

information is compiled and the tension related to benchmarking among the cancer centres puts a lot of pressure on their performance.

The following statement illustrates this situation:

“I think what they’re [CCO] doing by measuring data is important. And I think that...our problem is we have to make sure that the data they get from [one region] is the same data they get from [another region], and, after that, is to make sure that the data means something. So I think that collecting the data and disseminating it is important.”

“...what is the data that you put down? Is it the day the referral arrives as a piece of paper, or is it the day the whole package is finally ready and all the information is gathered? So, the wait time data...drives a lot of stress, because everyone knows we want it to be as short as possible, but we want to make sure that all the processes that are knitted in are still good quality.”

Stage 2: Public reporting

This stage of cancer care reform consisted of ensuring transparency in care and services. The CQCO was mandated to report to the public on the status of the cancer care system. These reports are intended for the general public, but they are consulted primarily by the regions. Through such interregional comparison, the CCO hopes to influence change in clinical practices, steering them toward quality and performance criteria. The respondents confirmed that these public reports are powerful levers of change.

“...another commitment, which is another lever, if you like, to getting change to happen, is to report publicly.”

“...one of our major elements to...achieving change in the cancer system is public reporting.”

“Reporting is a very new concept for clinicians. It is a very new concept for hospitals boards too, and for executive teams, and executives from hospitals never really felt responsible for waiting times before, for access, because the traditional model is very much a physician-based model, and the role of the physician traditionally was to be an independent practitioner that just happens to work in an hospital.”

Phase 3 includes the application of various clinical governance levers. The data and the public reports have enabled change in organizations.

To summarize, the cancer system has undergone major transformations over recent years. Using the three phases and various steps, we have been able to present a comprehensive picture of the sequential but also sometimes overlapping restructuring process. In the following section, we analyze the presence and the impact of the clinical governance levers used at each phase of change, in order to understand better the process of change in this health care system.

DISCUSSION: THE APPLICATION OF CLINICAL GOVERNANCE LEVERS IN ONTARIO'S CANCER CARE SYSTEM

Our analysis looks at the application of various clinical governance levers used to transform Ontario's cancer care system. For each phase of transformation, our analysis is based on the conceptual model presented earlier, and is focused on identifying what levers

were selected for use according to the function(s) associated with the lever(s), the intended goals, the level of the health care system targeted by the transformation, and the type of change desired, i.e., changes in actors' practices or in the relationships among the actors. We then discuss the challenges involved in applying the different levers to effect change.

Before Phase 1, the Ontario government had created the Cancer Services Implementation Committee to respond to the public's concerns about wait lists for radiotherapy and the system's real capacity to cope with the growing demand for cancer care and services. In that stage, the State used a communication lever whose function was one of involvement, to bring together a group of experts to try to resolve this issue. This lever was used at the macroscopic level to transform the health care system as a whole.

Phase 1

The objective of Phase 1 was to create a new organization, CCO, that could steer change throughout the province's entire cancer care system. CCO adopted a strong mission in order to transmit, to all partners involved in care, the ultimate goal: "to create the best cancer system in the world". This communication lever was associated with a variety of functions over the course of the transformation: negotiation among the partners, as cancer centres were being integrated into the host hospitals; persuasion of certain members, in the application of care guidelines; coercion, in the application of some of the accountability structures and in involving actors in the Cancer Plan development. In addition, this clinical

governance lever operated at all levels of the cancer system and enabled change in both the actors' practices and the relationships among the actors.

Phase 1 also includes the application of structural levers, in the internal reorganization of CCO. New provincial and regional structures were put in place, mainly to transform the relationships between the system's actors. In this phase, the legal/structural lever was used at both the macroscopic and mesoscopic levels of the health care system. The creation of the CQCO also involved using the structural lever, by which this new actor appeared in the cancer care system, whose mandate was to ensure the quality of care and to report to the public on services provided to the population.

Phase 1 was aimed at achieving the objectives of quality, innovation and accountability in the cancer system. It also guided the other phases of transformation, so that the system's actors could translate these objectives into concrete actions.

Phase 2

Phase 2, which involved revising external organizational structures and the relationships between CCO and the service providers, was characterized primarily by the application of structural and legal levers of a coercive nature operating at the strategic level. The objective of Phase 2 was to review the relationships among the actors involved in service provision and the levers that were applied. As pointed out by de Bruijn and Ten Heuvelhof (1997), transforming the actors' relationships required using an instrument operating at the strategic level. The mandatory integration of cancer centres into host

hospitals transformed the organizational structure and was done by transferring significant amounts of human, financial and material resources to the host hospitals. Contracting was another lever used to achieve quality and accountability in services. Phase 2 of the restructuring presents the following question: to change the relationships among the actors, is it really necessary to revise the structures? In this particular case, changes in the structures unavoidably transformed the relationships of, among others, accountability among the actors. The performance indicators developed by the CQCO were macroscopic indicators that provided information about the cancer system, but not much about clinical practices. Respondents in our study pointed out, on several occasions, that the data sent to CCO gave information about the cancer system but did not really reflect clinical practices. Also, the indicators are mostly hospital-focused and provide information on the regional cancer centre, even if it is integrated, but not so much on the regional cancer program.

However, contracting remains one of the primary means by which CCO can influence the cancer system, and clinical practices play a determining role in enlisting the actors to provide services. This lever influences and restricts activities because the contracts are tied to meeting criteria on activity volumes, wait times, quality of care, multidisciplinary involvement, etc. Contracting is a means of enforcing the concept of reporting on care and services in relation to specific indicators, which allows the organization to reflect on how services are organized and to make the changes required to provide good quality services. For professionals, reporting on clinical practices involves reflecting on those practices and enables them to change those practices that are ineffective.

Contracting is therefore, all at the same time, a lever of communication, because it stimulates exchange among the actors about the objectives to be met; an economic lever, since the contracts are tied to funding for services; and also a structural lever, because it structures the relationships among the actors. The Ontario Cancer Plan is a communication lever, with the functions of involvement and influence that made it possible to unite the system's actors around shared objectives for transformation.

To summarize, Phase 2 applied significant levers that had coercive power. Contracting and accountability are clinical governance levers used to achieve specific objectives.

Phase 3

Phase 3 of the restructuring dealt with everything involved in measuring the performance of the cancer care system. In this stage, the levers applied were primarily levers of communication.

The data and public reports acted as communication levers with diverse functions. These two levers enabled negotiation among the actors, persuasion, and involvement, and they were also used to restrict certain practices. In fact, the data were transformed to inform the whole system on specific indicators (access, measurement, wait times, etc.). Public reports are management tools used strategically as “benchmarking” instruments to enable comparisons among organizations and to improve the quality of clinical practices. They act

at both the system and the organizational levels and make it possible to change practices as well as relationships among the actors.

To summarize, our data allow us to identify many clinical governance levers used to transform the cancer care system. These levers were used at different levels of the system, sometimes alternately, sometimes concomitantly. Still, it is difficult to evaluate the impact of these levers in achieving clinical outcomes. All the levers are ultimately aimed at transforming clinical practices, but we are unable to observe, from our data, changes in clinical practices or in services provided to patients with cancer. In our opinion, the most effective levers are those that combine several functions at the same time. In our research, contracting is a lever with multiple functions. Still, clinical governance levers are not activated on their own; they are created, operated and managed by people in positions of authority at all levels of the organization. In this specific case of the cancer care system, levers were applied to revise the whole system of care and to create a supportive environment for achieving the efficiency and excellence criteria promoted by the clinical governance.

CONCLUSION

In this study, we have tried to understand better the process of large-scale change within a specific system of care, i.e., the cancer system in Canada's province of Ontario. We have analyzed the clinical governance levers used in the reform of cancer services. This restructuring of the cancer care system was carried out in three phases and required a mix of levers to support all the transformations. From our results, we can conclude that a whole

combination of levers—legal/structural, communicational, and economic—was used to transform the system. These levers operated at different levels of the system in order to meet the targeted objectives.

REFERENCES

- Brunsson, N., & Sahlin-Andersson, K. 2000. Constructing organizations: the example of public sector reform. *Organization Studies*, 21(4): 721-746.
- Buetow, S. A., & Roland, M. 1999. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in Health Care*, 8(3): 184-190.
- de Bruijn, J. A., & Ten Heuvelhof, E. F. 1997. Instruments for network management. In W. J. M. Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Networks - Strategies for the Public Sector*: 119-136. London: Sage Publications Ltd.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. 2006. Reforming health care: levers and catalysts for change. In A. L. Casebeer, A. Harrison, & A. L. Marck (Eds.), *Innovations in Health Care: A Reality Check*: 3-16: Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- DoH (Department of Health). 1998. *First Class Service: Quality in the New NHS*. London, UK: United Kingdom Department of Health.
- Gilbert, F., Brault, I., Breton, M., & Denis, J. 2007. Le pilotage des réformes. In M. Fleury, M. Tremblay, H. Nguyen, & L. Bordeleau (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation*: 39-49. Montréal: Les éditions de la Chenelière.
- Government of Ontario. 1990. Cancer Act, R.S.O. 1990, Chapter C.1.
- Greenberg, A., Angus, H., Sullivan, T., & Brown, A., D. 2005. Development of a set of strategy-based system-level cancer care performance indicators in Ontario, Canada. *International Journal for Quality in Health Care* 17(2): 107-114.

- Greenwood, R., & Hinings, C. R. 1996. Understanding radical organizational change: bringing together the old and the new institutionalism *Academy of Management Review*, 21(4): 1022-1054.
- Roland, M. 2004. Linking physicians' pay to the quality of care - a major experiment in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*, 351(14): 1448-1454.
- Roland, M., Campbell, S., & Wilkin, D. 2001. Clinical governance: a convincing strategy for quality improvement? *Journal of Management in Medicine*, 15(3): 188-201.
- Salamon, L. M. 2002. The new governance and the tools of public action: an introduction. In L. M. Salamon (Ed.), *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*: 1-48. New York: Oxford University Press.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. 1998. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*, 17(2): 85-108.
- Scally, G., & Donaldson, L. J. 1998. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*, 317: 61-65.
- Stake, R. E. 1995 *The Art of Case Study Research* (1st ed.). Thousand Oaks. : Sage Publications.
- Sullivan, T., Dobrow, M., Thompson, L., & Hudson, A. 2004. Restructuring cancer services in Ontario. *Healthcare Papers*, 5(1): 69-80; discussion 96-69.
- Sullivan, T., Thompson, L., & Angus, H. 2005. Transforming cancer services in Ontario: a work in progress. *Healthcare Papers*, 5(4): 43-51.
- Vanu Som, C. 2004. Clinical governance : a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal*, 9(2): 87-90.

Wallace, L. M., Freeman, T., Latham, L., Walshe, K., & Spurgeon, P. 2001.

Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Quality in Health Care*, 10(2): 76-82.

Yin, R. K. 2003. *Case Study Research: Design and Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

FIGURE 1

Clinical governance levers

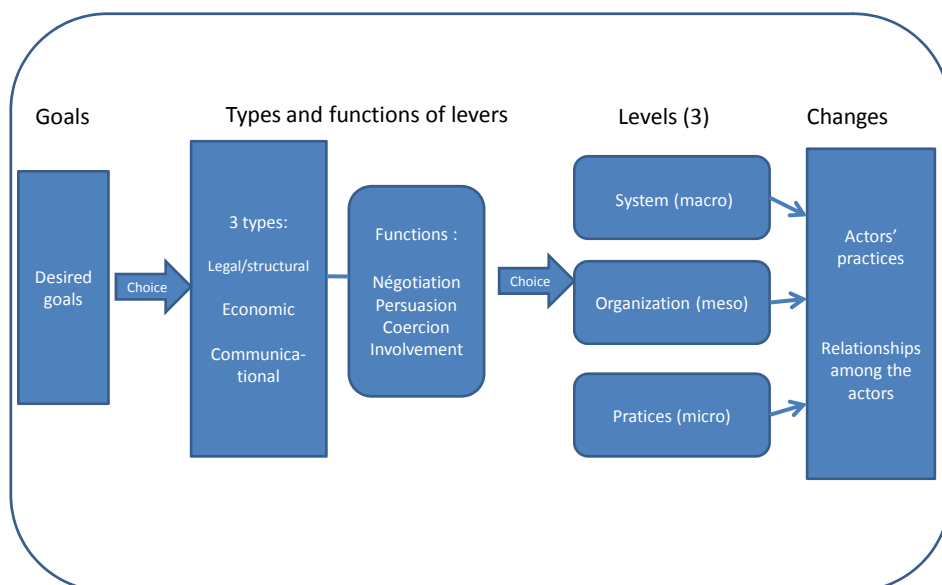


FIGURE 2

The phases of transformation of the cancer care system

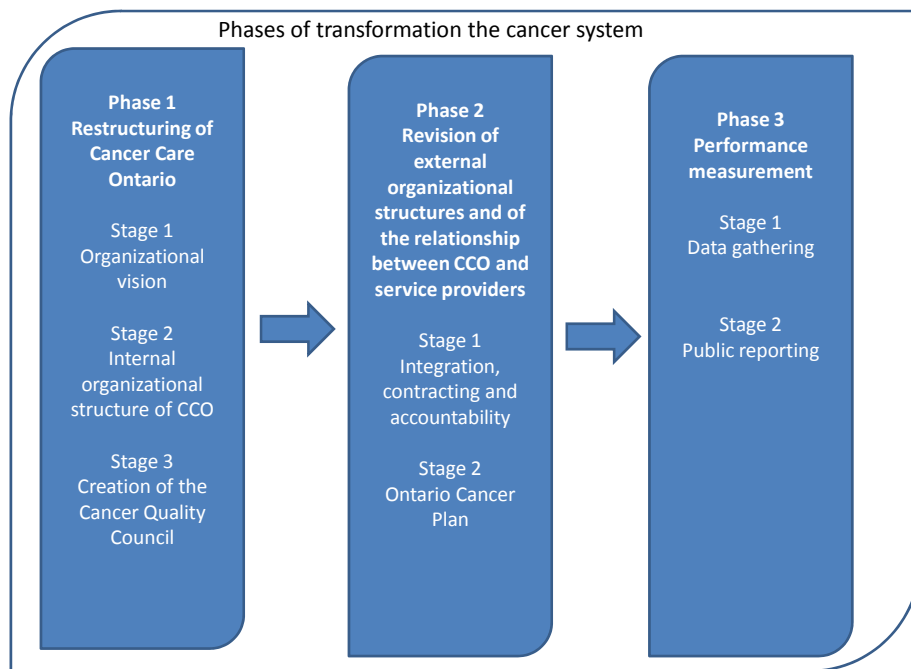


FIGURE 3
Organizational model of cancer services in Ontario

