

Université de Montréal

La gouvernance clinique pour l'amélioration de la qualité dans les établissements de soins et  
services non hospitaliers

*Enjeux conceptuels, de mise en œuvre et évaluatifs*

*Par*

Christine Lobe Wondje

École de santé publique de l'Université de Montréal

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D)

en santé publique, option Organisation des soins de santé

Décembre 2019

© Christine Lobe Wondje, 2019

Université de Montréal

École de santé publique de l'Université de Montréal

---

*Cette thèse intitulée*

**La gouvernance clinique pour l'amélioration de la qualité dans les établissements de soins et services non hospitaliers**

***Enjeux conceptuels, de mise en œuvre et évaluatifs***

*Présenté par*

**Christine Lobe Wondje**

*A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :*

**François Champagne**

Président-rapporteur

**Marie-Pascale Pomey**

Directrice de recherche

**Régis Blais**

Membre du jury

**Maude Brunet**

Examinatrice externe

## Résumé

**Introduction** : Le cadre de la gouvernance clinique a été développé afin d'atteindre de hauts standards de qualité de soins et de services, en conjuguant les notions d'amélioration continue de la qualité, d'excellence clinique et d'imputabilité corporative. La présente démarche doctorale avait pour objectif de comprendre le processus d'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans un centre de réadaptation.

**Méthodologie** : Une synthèse méta-narrative de 65 documents répertoriés dans 4 bases de données bibliographiques sur la conceptualisation et la mise en œuvre de la gouvernance clinique a été menée. Une étude qualitative de cas unique a été menée dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme, au Québec (Canada). En mobilisant les cinq construits du cadre conceptuel basé sur théorie du processus de normalisation (cohérence, participation cognitive, action collective, suivi réflexif et contexte organisationnel), une analyse thématique des entrevues individuelles auprès de 22 participants (5 administrateurs, 11 gestionnaires et 6 cliniciens) et de 3 groupes de discussion auprès de 8 cliniciens et de 4 proches d'usagers a été menée. Enfin, une analyse d'une centaine de documents administratifs du Centre a été effectuée.

**Résultats** : L'analyse de la littérature a permis de constater que le cadre de la gouvernance clinique est un concept en évolution et encore perçu comme une avenue intéressante pour l'amélioration de la qualité des soins. Toutefois, la confusion autour de sa définition et de sa conceptualisation ainsi que les difficultés de sa mise en œuvre demeurent des enjeux pour les organisations.

Par la mobilisation du cadre de gouvernance clinique, la haute direction du centre de réadaptation à l'étude a souhaité systématiser le processus d'amélioration continue de la qualité des services offerts aux usagers et à leurs proches par l'adoption des bonnes pratiques de gouvernance. Ce virage a été bien reçu par les administrateurs et les gestionnaires, résultant sur une participation active et un fort engagement aux activités de leur part. La complexité du cadre et l'absence d'implication des cliniciens dans le processus de mise en œuvre ont créé chez

ces derniers une appréhension quant à l'apport de la gouvernance clinique pour la pratique clinique et le bien-être des usagers. Les cliniciens ont dénoncé l'absence d'arrimage entre la théorie et les réalités de la pratique clinique ; la grande vitesse d'implantation et une approche décisionnelle de type top-down comme des enjeux de l'institutionnalisation de la gouvernance clinique. Pour les gestionnaires, les défis ont été la mise en place des moyens de communication efficaces ; l'arrimage des mécanismes de gestion et la disponibilité des ressources humaines. Pour les administrateurs, l'enjeu principal a été l'instabilité des contextes organisationnels interne et externe qui a ralenti la mise en œuvre et freiné l'élaboration d'un processus évaluatif.

**Conclusion** : L'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans les établissements non hospitaliers offrant des services sociaux passe par la valorisation de ce concept comme un projet commun au bénéfice de l'utilisateur en vue de renforcer la participation et l'engagement de tous et l'adoption d'une approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les autres acteurs de l'organisation.

**Mots-clés** : gouvernance clinique, qualité des soins, amélioration continue, implantation, pratiques cliniques, centre de réadaptation, services sociaux, gestion organisationnelle, théorie du processus de normalisation, synthèse méta-narrative.

## Abstract

**Introduction:** Clinical governance framework was developed in order to achieve high standards of quality of care and services, by combining the concepts of continuous quality improvement, clinical excellence and corporate accountability. The aim of this doctoral thesis was to understand the implementation process of clinical governance in a rehabilitation center.

**Methods:** A meta-narrative synthesis on the conceptualization and implementation of clinical governance was conducted. 65 titles screened in 4 international databases were analysed. A qualitative single case study was conducted in a rehabilitation center for intellectual disabilities and autism spectrum disorders, in Quebec (Canada). By mobilizing the five constructs of the conceptual framework based on normalization process theory (coherence, cognitive participation, collective action, reflexive monitoring and organizational context), a thematic analysis of individual interviews with 22 participants (5 administrators, 11 managers and 6 clinicians) and three focus groups with 8 clinicians and 4 relatives of users were conducted. Finally, an analysis of around hundred administrative documents from the Center was conducted.

**Results:** The literature revealed that the clinical governance framework is an evolving concept and still seen as an interesting avenue for improving the quality of care. However, confusion over its definition and conceptualization, and the difficulties of its implementation remain challenges for organizations.

By mobilizing the clinical governance framework, the senior management of the rehabilitation center under study wished to systematize the process of continuous improvement of quality of services offered to users and their families, by adopting good governance practices. This shift was well received by administrators and managers, resulting in active participation and a strong commitment to activities. The complexity of the framework and the absence of involvement of clinicians in the implementation process have created in them an apprehension regarding the contribution of clinical governance to clinical practice and the well-being of users. Clinicians have criticized the lack of alignment between theory and the realities of clinical practice; the

high speed of implementation and a top-down decision-making approach as issues of the implementation of clinical governance. For managers, the challenges have been the establishment of effective communications; the alignment of management mechanisms and the availability of human resources. For administrators, the main issue was the instability of the internal and external organizational contexts which slowed down the implementation and the development of an evaluation plan.

**Conclusion:** The implementation of clinical governance in non-hospital facility requires the promotion of this concept as a joint project for the benefit of the user with a view to strengthening the participation and commitment of all and the adoption of a partnership approach between users, caregivers and other actors in the organization.

**Keywords:** clinical governance, quality of care, continuous improvement, implementation, clinical practices, rehabilitation center, social services, organizational management, Normalization process theory, meta-narrative synthesis.

# Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iv
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	xiv
Liste des figures.....	xv
Liste des sigles et abréviations.....	xvi
Remerciements.....	xviii
Chapitre 1 — Introduction.....	1
Problématique.....	1
Cadrage de la thèse.....	2
Question de recherche et objectifs.....	2
Prémisse de l'étude.....	3
Pertinence scientifique de l'étude.....	4
Chapitre 2 — Recension des écrits.....	7
Définition de la gouvernance clinique.....	7
Modélisation de la gouvernance clinique.....	8
Mise en œuvre de la gouvernance clinique.....	10
Effets de la gouvernance clinique.....	13
Approches méthodologiques pour l'étude de la mise en œuvre gouvernance clinique.....	13
Points saillants de la revue de littérature.....	14
Contribution de la thèse.....	16
Chapitre 3 — APPUI THÉORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL.....	17

Théorie du processus de normalisation .....	17
Cadre conceptuel .....	24
Chapitre 4 — Méthodologie.....	28
Stratégie de recherche .....	28
Revue systématique de la littérature.....	28
Étude de cas .....	29
Description du cas et unités d'analyse.....	30
Présentation générale .....	30
Structure de gouvernance : niveaux d'analyse .....	31
Pertinence du cas pour le projet doctoral .....	31
Contexte de recherche .....	32
Opérationnalisation de l'étude .....	33
Cadre d'analyse pour la revue de la littérature .....	33
Opérationnalisation de l'étude de cas .....	33
Appréciation de la dimension de la cohérence.....	33
Appréciation de la dimension de la participation cognitive .....	34
Appréciation de la dimension de l'action collective .....	35
Appréciation de la dimension du suivi réflexif.....	37
Influence des contextes .....	39
Collecte des données .....	39
Revue systématique de la littérature.....	39
Étude de cas .....	39
L'analyse documentaire .....	39
Les entrevues individuelles .....	40

Les groupes de discussion .....	41
Qualité des outils de mesure .....	43
Analyse des données.....	43
Volet 1 — Revue systématique de la littérature.....	43
Volet 2 — Étude de cas .....	43
Analyse thématique qualitative .....	43
Triangulation des données.....	44
Considérations éthiques.....	44
Chapitre 5 — Résultats.....	45
Article 1 — CONCEPTUALISATION ET MISE EN ŒUVRE DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE : SYNTHÈSE META-NARRATIVE.....	46
Résumé.....	47
Abstract .....	48
Introduction.....	49
Méthodes .....	50
Type de revue.....	50
Examen de la portée de la littérature .....	50
Stratégie de recherche .....	50
Sélection des documents .....	51
Appréciation de la qualité des documents .....	52
Extraction de données.....	52
Processus d’analyse et de synthèse .....	52
Résultats .....	52
Diagramme de flux et caractéristiques des documents retenus .....	52

Résultats principaux .....	53
Définitions de la gouvernance clinique : plusieurs concepts mobilisés.....	53
Modélisation de la gouvernance clinique .....	62
Opérationnalisation de la gouvernance clinique .....	67
Discussion .....	70
Perspectives .....	70
Forces et limites de la revue .....	73
Financement.....	73
Références.....	75
Article 1 - Annexe A – stratégie de recherche de l’information scientifique.....	83
Mise à jour de la stratégie de recherche .....	85
Article 1 — Annexe B – Diagramme de flux.....	87
Article 2 — ANALYSE DU PROCESSUS D’INSTITUTIONNALISATION DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE DANS UN ÉTABLISSEMENT NON HOSPITALIER.....	88
Résumé.....	89
Abstract .....	90
Introduction.....	91
Méthodologie .....	97
Participants à la recherche.....	97
Collecte de données .....	98
Analyse des données.....	99
Considérations éthiques.....	99
Résultats .....	100
Caractéristiques des participants.....	100

Contexte du cas à l'étude .....	101
Processus d'institutionnalisation de la gouvernance clinique .....	103
Cohérence — la construction de sens autour de la gouvernance clinique .....	103
Participation cognitive — l'engagement et la participation des acteurs.....	107
Action collective — l'adoption de la gouvernance clinique.....	111
Suivi réflexif — la mesure des effets de la gouvernance clinique .....	114
Contexte organisationnel interne .....	115
Contexte organisationnel externe.....	116
Discussion .....	116
Limites de l'étude .....	120
Recommandations .....	121
Conclusion et implication pour la recherche .....	121
Références.....	123
Article 3 — ENJEUX DE MISE EN ŒUVRE DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE DANS UN ÉTABLISSEMENT NON HOSPITALIER.....	129
Résumé.....	130
Abstract .....	131
Introduction.....	132
Méthodologie .....	133
Devis de l'étude.....	133
Contexte de l'étude.....	133
Participants à l'étude .....	134
Collecte de données .....	135
Analyse des données.....	135

Résultats .....	136
Enjeux conceptuels.....	137
Communication efficace.....	137
Enjeux cognitifs .....	138
Co-construction .....	138
Changement de culture.....	139
Leadership .....	139
Enjeux opérationnels.....	140
Arrimage entre la théorie et la pratique.....	140
Rapidité d’implantation.....	141
Stabilité du contexte organisationnel .....	142
Arrimage des mécanismes de gestion .....	143
Disponibilité des ressources.....	144
Enjeux évaluatifs .....	144
Discussion .....	145
Limites de l’étude .....	147
Conclusion .....	147
Références.....	149
Résultats complémentaires — UN APERÇU DE LA PERSPECTIVE DES PROCHES D’USAGERS SUR LA QUALITÉ DES SERVICES.....	153
Contexte .....	153
Méthodologie .....	154
Résultats .....	154
L’expérience de services .....	155

Services adaptés.....	155
Stabilité de l'intervention.....	155
Le partenariat des services.....	156
Prise en compte des préférences.....	156
Suivi systématique des interventions .....	157
Limites de la démarche .....	157
Conclusion .....	157
Références.....	159
Chapitre 6 — DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION .....	160
Discussion générale.....	160
Gouvernance clinique dans le secteur non hospitalier.....	163
Forces et limites .....	168
Implications pratiques de la thèse .....	170
Pistes de recherche futures.....	171
Conclusion .....	171
Références bibliographiques.....	173
Annexes .....	181
Annexe 1 — STANDARDS RAMESES POUR LA PUBLICATION D'UNE REVUE MÉTA-NARRATIVE .....	181
Annexe 2 — STRATÉGIE DE RECHERCHE DE L'INFORMATION - REVUE SYSTÉMATIQUE.....	184
Annexe 3 - LETTRE D'INVITATION AUX ENTREVUES INDIVIDUELLES .....	187
Annexe 4 — GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE .....	191
Annexe 5 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	194
Annexe 6 - LETTRE D'INVITATION – GROUPES DE DISCUSSION.....	199

Annexe 7 — GUIDE DE DISCUSSION – INTERVENANTS.....	201
Annexe 8 – LETTRE D’INVITATION AUX PROCHES D’USAGERS .....	203
Annexe 9 — GUIDE DE DISCUSSION – PROCHES DES USAGERS .....	205
Annexe 9 - CERTIFICAT ÉTHIQUE.....	206

## Liste des tableaux

Tableau 1. – Définition des construits et des composantes de la théorie du processus de normalisation	18
Tableau 2. – Opérationnalisation de la dimension de la cohérence .....	34
Tableau 3. – Opérationnalisation de la dimension de la participation cognitive .....	35
Tableau 4. – Opérationnalisation de la dimension de l'action collective .....	36
Tableau 5. – Opérationnalisation de la dimension du suivi réflexif.....	38
Tableau 6. – Distribution des entrevues individuelles par niveau de gouvernance .....	41
Tableau 7. – Distribution des groupes de discussion.....	43
Tableau 8. – Article 1— Tableau 1 – Nouvelles définitions de la gouvernance clinique citées dans les documents originales .....	54
Tableau 9. – Article 1 — Tableau 2 : Dimensions mobilisées dans les cadres de gouvernance clinique	63
Tableau 10. – Article 2 - Tableau 1 – Construits de la théorie du processus de normalisation et leurs composantes .....	94
Tableau 11. – Article 2 — Tableau 2 : Répartition des entrevues individuelles .....	100
Tableau 12. – Article 2 — Tableau 3 : Répartition des groupes de discussion .....	101
Tableau 13. – Article 3 - Tableau 1 – Enjeux de mise en œuvre de la gouvernance clinique...	136

## Liste des figures

Figure 1. –	Modèle de la théorie du processus de normalisation .....	22
Figure 2. –	Cadre conceptuel du processus d'intégration de la gouvernance clinique .....	27
Figure 3. –	Article 1 — Figure 1 : Composantes des définitions de la gouvernance clinique .....	62
Figure 4. –	Article 1 — Figure 2 : Analyse historique de la conceptualisation de la gouvernance clinique	66
Figure 5. –	Article 1 — Figure 3 : Cycles d'amélioration continue et d'un système apprenant	72
Figure 6. –	Article 1 - Figure 1 – Clivage entre les niveaux de gouvernance lors processus de mise en œuvre de la gouvernance clinique .....	119
Figure 7. –	Cadre conceptuel révisé pour l'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier .....	165

## Liste des sigles et abréviations

CH : Centre hospitalier

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CIUSSS MCQ : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

CLSC : Centre local de services communautaires

CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

CR : Centre de réadaptation

CRDITED : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

CRDITED : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

DI : Déficience intellectuelle

GC : Gouvernance clinique

NPT : Théorie du processus de normalisation (Normalization Process Theory)

RLS : Réseau local de services

TSA : Trouble du spectre de l'autisme

*À ma mère...*

*Femme forte, femme déterminée.*

*À celle pour qui chaque obstacle de la vie  
est un tremplin vers une plus grande destinée*

## Remerciements

Une étudiante, Un projet de doctorat, Plusieurs collaborateurs. Un grand MERCI à tous.

Je tiens particulièrement à remercier ma directrice de Thèse, Docteure Marie-Pascale Pomey, pour son soutien moral et académique et sa confiance sans faille dans mes capacités à mener à terme cette thèse de doctorat. Merci Marie-Pascale, pour ton franc-parler qui a littéralement « ressuscité » cette thèse à un moment critique de son parcours.

Une énorme reconnaissance aux participants de cette recherche. Merci aux administrateurs, aux gestionnaires, aux intervenants et aux proches d'usagers du CRDITED MCQ-IU pour votre disponibilité et votre générosité lors des rencontres. Cette thèse est le reflet de votre engagement pour l'amélioration de la qualité des services. Merci à Cathy d'avoir facilité les communications sur le terrain. Merci aux visionnaires qui ont cru au projet, bien avant moi : Sylvie, Marlène et Pierre ; vous m'avez inspirée.

Je remercie les responsables du programme de doctorat de l'École de santé publique, qui au-delà des considérations statistiques, ont considéré « l'humain » et ses défis, derrière ce projet de doctorat. Merci également aux membres du jury qui ont accepté de partager leur expertise pour l'évaluation de cette thèse.

Mes remerciements aux collègues et amis pour tous les moments d'échanges constructifs.

Un merci tout particulier à ma famille. À mes parents qui, contrairement au courant de leur époque, ont toujours valorisé l'éducation des « filles ». Papa, maman, ceci est le fruit de votre investissement. À mes sœurs, vos encouragements m'ont porté plus loin. À mes enfants, pour avoir apporté une joie à ce parcours. À mon bien-aimé, pour m'avoir accompagné et soutenu avec amour et patience dans ce projet.

Toute ma reconnaissance à l'Éternel Dieu ; sans sa grâce tout ceci n'aurait pu aboutir.

# Chapitre 1 — Introduction

## Problématique

Depuis le début des années 90, l'amélioration de la qualité des soins et services est au centre des préoccupations des systèmes de soins, notamment à cause d'une augmentation des incidents et accidents médicaux et de la variation dans la qualité des soins, entre les établissements au sein d'un même système ou entre les systèmes de différents pays (Ferlie et Shortell, 2001). Dans cet élan, il a été reconnu que les professionnels de la santé et les instances de gouverne du système devraient avoir une responsabilité centrale dans l'atteinte de hauts standards de qualité. C'est dans cette perspective que, dans sa réforme du système de soins en 1998, le National Health System (NHS) au Royaume-Uni a développé un cadre conceptuel conjuguant l'amélioration de la qualité des soins et la notion de reddition de comptes. Ce cadre fut nommé « la gouvernance clinique » (Department of Health, 1998).

La gouvernance clinique est une approche multifacette et systématique dont le but ultime et reconnu est l'amélioration continue de la qualité des soins et services. Elle mobilise et intègre plusieurs approches de mesure et d'amélioration de la qualité des soins qui étaient jusque-là appliquées séparément ; il s'agit entre autres de l'évaluation des pratiques professionnelles, de la gestion des risques, de la gestion des plaintes, l'amélioration continue de la qualité, de la satisfaction des patients et l'efficience des soins et services (Berg, Schellekens et Bergen, 2005 ; Braithwaite et Travaglia, 2008 ; Buetow et Roland, 1999).

Au cours des 20 dernières années, l'approche de la gouvernance clinique a surtout été évoquée dans le milieu des soins hospitaliers (domaine médical). Bien qu'elle soit largement comprise comme moyen de gestion et d'amélioration de la qualité des soins, force est de constater que la compréhension de plusieurs gestionnaires et praticiens cliniques de ce qu'est la gouvernance clinique demeure limitée (O'Connor et Paton, 2008) et que sa mise en œuvre a toujours été un défi pour les établissements de soins. En effet, la plupart des cadres conceptuels de gouvernance proposés dans la littérature consistent en des énoncés de principes sans nécessairement mettre de l'avant les modalités d'implantation de ces principes. De plus, ces

cadres sont en général restreints à un contexte de pratique ou législatif particulier, le plus souvent celui des systèmes de santé anglais ou australiens, et par conséquent difficilement transférables à d'autres contextes (Holden et Moore, 2004). Tout ceci a amené certains auteurs à exprimer des doutes sur le réel potentiel de la gouvernance clinique et à se demander si elle ne serait pas qu'un vœu pieux. Malgré ces constats, le nombre de publications sur le sujet dans la littérature scientifique ne cesse de croître ; témoignant ainsi de l'intérêt que suscite encore le concept.

Par ailleurs, on observe un intérêt récent pour le transfert du concept de gouvernance clinique vers des milieux de soins et services non hospitaliers. L'Irlande du Nord en a été le précurseur en proposant le premier cadre conceptuel pour la gouvernance en services sociaux (Social care institute for excellence (SCIE), 2013). Au Québec, cet intérêt s'est manifesté dans les secteurs de la première ligne (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), 2014) et celui des services sociaux (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire, 2012). À l'heure actuelle, aucune étude n'a encore été menée sur la mise en œuvre du cadre de la gouvernance clinique dans un contexte de pratique axée sur les soins et services non hospitaliers, notamment dans le secteur des services sociaux.

## **Cadrage de la thèse**

### **Question de recherche et objectifs**

Afin de pallier le manque de connaissances de l'application de la gouvernance clinique dans le secteur des soins et services non hospitaliers, la présente étude doctorale a pour objectif de décrire et d'analyser le processus de l'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier et d'en ressortir les enjeux inhérents. Ainsi, la recherche vise à répondre à la question de recherche suivante :

*Comment la gouvernance clinique est-elle conceptualisée et par quel processus est-elle mise en œuvre et institutionnalisée dans un établissement offrant des services non hospitaliers ?*

Pour répondre à la question de recherche, quatre objectifs spécifiques ont été formulés.

▪ **Concernant la conceptualisation de la gouvernance clinique**

1. Explorer la définition et les éléments structurants du cadre conceptuel de la gouvernance clinique dans le domaine médical en général et ses particularités dans le secteur non hospitalier.

▪ **Concernant la mise en œuvre de la gouvernance clinique**

2. Déterminer les mécanismes de mise en œuvre de la gouvernance clinique en termes de structures et de processus.

▪ **Concernant l'institutionnalisation de la gouvernance clinique**

3. Comprendre le niveau d'institutionnalisation de la gouvernance clinique au sein d'un établissement non hospitalier.
4. Expliquer les enjeux de mise en œuvre et d'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier en identifiant les facteurs facilitateurs et les barrières.

### **Prémisse de l'étude**

La gouvernance clinique se veut un espace de collaboration entre le monde de la gestion et celui de la clinique (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008). Ce mode participatif a été considéré comme étant une « révolution culturelle », considérant le clivage qui pourrait exister entre le niveau stratégique (représenté par les gestionnaires) et le niveau clinique (représenté par les professionnels) (Janvier, 2005). En effet, chacun de ces groupes d'acteurs a un mode d'organisation et de fonctionnement ainsi que des schèmes de pensées qui lui sont propres (Glouberman et Mintzberg, 2002). Les effets attendus par cette « révolution » sont une amélioration des soins et services apportés aux usagers. Toutefois, les défis qui demeurent à l'heure actuelle sont la mise en application des principes de la gouvernance clinique et la mesure de ses effets.

En parallèle avec ce qui est observé dans le secteur hospitalier, il y a lieu de se questionner sur les enjeux associés à la mise en œuvre d'un concept jusqu'ici associé au monde hospitalier, soit la gouvernance clinique dans le secteur non hospitalier.

Ainsi, la prémisse de l'étude s'articule ainsi : l'institutionnalisation du cadre gouvernance clinique dans le secteur non hospitalier nécessite une révision de la conceptualisation de ce cadre, qui déterminera ses modalités de mise en œuvre et d'intégration, et par conséquent les effets attendus.

### **Pertinence scientifique de l'étude**

La gouvernance clinique est un cadre qui mise sur l'amélioration de la qualité des soins et services. Il est approprié pour les établissements de soins et services, d'autant plus que le but ultime de telles organisations est l'amélioration de la santé et du bien-être des usagers. Bien que le cadre de la gouvernance soit connu et couramment interpellé dans le domaine hospitalier, la recherche spécifique est limitée quant à la mise en œuvre et l'adoption de ce cadre dans le secteur des services sociaux et encore moins celui de la réadaptation. La pertinence de la présente se situe à trois niveaux :

- *Contribution à l'avancement des connaissances* : par une meilleure compréhension du processus de mise en œuvre et d'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans le secteur non hospitalier. Ce projet de recherche étant le premier du genre au Québec et au Canada.
- *Contribution théorique* : par la proposition d'un cadre conceptuel d'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans le contexte non hospitalier en général et celui de réadaptation en particulier.
- *Contribution aux pratiques* : par le fait que le projet a l'avantage de répondre aux besoins des acteurs sur le terrain. Ceci augmente le potentiel d'utilisation des connaissances pour l'organisation des services en réadaptation et le changement des pratiques en vue de l'amélioration de la qualité (Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill et Squires, 2012).

## Organisation de la thèse

La thèse s'articule autour de trois sections principales : la conception de la thèse, l'opérationnalisation de la thèse, et la discussion générale et la conclusion.

**Conception de la thèse.** Dans cette première section, l'introduction présente premièrement l'objet de recherche, la gouvernance clinique : son origine au Royaume-Uni ; son contexte disciplinaire qu'est l'amélioration continue de la qualité des soins et services ; et les secteurs d'application. Le cadrage de la thèse présente la question et les objectifs de recherche, la prémisse de la recherche et sa pertinence scientifique. Par la suite, la recension des écrits rend compte des connaissances publiées sur la gouvernance clinique sur quatre dimensions : conceptuelle, opérationnelle, évaluative et méthodologique. Puis vient le cadre conceptuel qui présente les appuis théoriques sur lesquels l'auteur s'est basé pour construire le projet. Et enfin sont présentées les approches méthodologiques qui ont permis d'opérationnaliser la recherche.

**Opérationnalisation de la thèse.** Cette deuxième section présente les résultats de la thèse en trois articles.

- Le *premier article* présente la définition, un portrait historique de la conceptualisation et les stratégies de mise en œuvre du cadre de la gouvernance clinique dans le domaine de la santé (secteur hospitalier) et celui des services sociaux (secteur non hospitalier). Cet article vise à atteindre les premier et deuxième objectifs spécifiques de la thèse.
- Le *deuxième article* présente des résultats empiriques sur le processus d'institutionnalisation la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier. Cet article cherche ainsi à répondre aux deuxième et troisième objectifs spécifiques de la thèse.
- Le *troisième article* rapporte les enjeux associés à la mise en œuvre et à l'intégration de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier. Cet article cherche ainsi à répondre au quatrième objectif spécifique de la thèse.

**Discussion générale et conclusion.** La dernière section présente une discussion générale qui revient sur les enjeux et résultats du projet, présente les limites et la contribution de la thèse et

propose des perspectives exploratoires pour l'objet de la recherche. Par la suite, une conclusion sur l'ensemble du projet doctoral est présentée.

## Chapitre 2 — Recension des écrits

L'objectif du présent chapitre est de présenter l'état et l'évolution des connaissances dans la littérature scientifique publiée sur l'objet de la gouvernance clinique aussi bien dans le secteur des soins de santé que celui des services sociaux. Premièrement, une revue sommaire de la définition et de la modélisation de la gouvernance clinique sera présentée. Par la suite, seront exposés les différentes modalités de mise en œuvre de la gouvernance clinique dans les milieux de pratique, de même que les leviers facilitants cette mise en œuvre. Une revue des effets de la gouvernance clinique sera aussi présentée. Cette revue sera suivie d'une description des approches théoriques et méthodologiques rapportées dans la littérature pour l'analyse de la gouvernance clinique en contexte organisationnel. Finalement, les points saillants de l'état des connaissances seront présentés, ainsi que la contribution qu'apporte la présente thèse de doctorat.

### Définition de la gouvernance clinique

Lors de l'introduction du cadre de gouvernance clinique, à la fin des années 90, le National Health System (NHS) au Royaume-Uni a formellement défini cette approche comme étant :

A framework through which NHS organisations 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. (Department of Health, 1998; para. 3.2)

Depuis lors, plusieurs autres définitions de la gouvernance clinique ont été proposées dans le secteur des soins de santé. Se référant à la définition du NHS, Scally et Donalson (1998) ont remplacé le terme « cadre conceptuel » par celui de « système » pour mettre en évidence le caractère multifacette de la gouvernance clinique. La gouvernance clinique a aussi été conçue comme le système par lequel le conseil d'administration, les gestionnaires et les cliniciens partagent la responsabilité pour les soins du patient, la minimisation des risques pour les patients et la surveillance et l'amélioration de la qualité des soins cliniques (Victorian government, 2009). Elle est aussi définie comme une approche systémique et intégrée pour l'assurance et la révision de la responsabilité et de l'imputabilité cliniques dans le but d'une

optimisation des effets sur le patient (Department of Health —Government of Western Australia, 2005).

Malgré plusieurs tentatives (Brault, Roy et Denis, 2008a ; Carlow, 2010 ; O'Connor et Paton, 2008 ; Phillips et al. 2010 ; Pomey et al., 2008 ; Starey, 2001) pour définir ou redéfinir de ce qu'est la gouvernance clinique, la définition proposée par le NHS (United Kingdom Department of Health, 1998) demeure celle à laquelle plusieurs auteurs se réfèrent ou adaptent, même dans le domaine de la santé publique (Hartley, Griffiths et Saunders, 2002).

Les travaux du Social Care Institute for Excellence (SCIE, 2013) au Royaume-Uni ont permis d'élargir le concept de la gouvernance clinique au secteur des services sociaux, sous le terme « *Social care governance* », défini comme suit :

A framework within which health and personal social services organisations are accountable for continuously improving the quality of their services and taking corporate responsibility for performance and providing the highest possible standard of clinical and social care. (Social care institute for excellence (SCIE), 2013; page 1).

Comparativement aux définitions proposées dans le secteur hospitalier ou des soins de santé, la définition de la gouvernance clinique en contexte des services sociaux introduit la notion de « responsabilité corporative pour la performance » organisationnelle qui est mise en parallèle à celle de « l'excellence clinique » déjà présente.

## **Modélisation de la gouvernance clinique**

La littérature présente plusieurs cadres conceptuels de la gouvernance clinique dont le nombre de concepts mobilisés varie selon les systèmes et les secteurs de soins de santé.

Les travaux sur la première modélisation de la gouvernance clinique à la fin des années 90 ont permis d'élaborer un modèle linéaire dit « modèle du temple » constitué de sept dimensions ou concepts : l'efficacité clinique, la gestion des risques, l'expérience du patient, la communication, les ressources, la stratégie et l'apprentissage (Nicholls, Cullen, O'Neill et Halligan, 2000). Ce premier cadre était davantage axé sur les processus ; la mise en œuvre de chacune de ses dimensions nécessitait une démarche distincte, sans la prise en compte des interactions entre les dimensions (Baker, Lakhani, Fraser et Cheater, 1999 ; Nicholls et al., 2000). Cette

représentation déterministe et non systémique axée sur la rationalisation et la normalisation du processus de production des soins pour assurer l'efficacité clinique et la performance des organisations était soutenue par le mouvement de la pratique basée sur les faits (Sally et Donaldson, 1998 ; Starey, 2003). Par ailleurs, la gouvernance clinique alors était vue à sens unique, c'est-à-dire que seules les équipes cliniques étaient imputables de l'amélioration de la qualité.

Par la suite, on assiste à un renouvellement de la modélisation de la gouvernance clinique par l'introduction d'une vision plus systémique en réaction à la vision mécanique et déterministe jusque-là proposée (Kmietowicz, 2003). La gouvernance clinique est alors conçue comme un système complexe (Sweeney et Mannon, 2002) doté d'une interaction entre les dimensions touchant aux structures, aux processus et aux résultats ; afin d'accroître l'amélioration de la qualité des soins. Ainsi, Chandharan et Arulkumaran (2007) ont présenté la gouvernance clinique comme un concept « parapluie » abritant toutes les activités au sein de l'organisation qui viseraient l'amélioration de la qualité des soins. Pomey et ses collaborateurs (Pomey et al., 2008) ont proposé un cadre intégrant autant la qualité des soins que la mesure de la performance. O'Connor et Paton (O'Connor et Paton, 2008) ont souligné l'importance d'impliquer, outre les acteurs du niveau clinique, des acteurs au niveau de la gouvernance du système de soins, dont les instances gouvernementales (telles que le ministère de la Santé) et les agences-conseils (telles que les agences productrices de connaissances).

Finalement, la remise en question de la difficulté de la mise en œuvre de la gouvernance clinique a conduit à l'introduction des cadres conceptuels plus éclatés et axés sur les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans les structures et processus d'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit notamment de :

1. la place du patient ou de l'utilisateur au centre de l'action (Braine, 2006; Gerada et Limber, 2003; O'Connor et Paton, 2008; Social care institute for excellence (SCIE), 2013; Travaglia, Debono, Spigelman et Braithwaite, 2011; Vanu Som, 2004; Victorian government, 2009);

2. la collaboration des tous les acteurs du système (gestionnaires, cliniciens, patients, usagers) au sein d'un espace d'action collective et d'intersection entre le système de gouverne et le système clinique (Brault, Roy et Denis, 2008);
3. le changement de la culture organisationnelle axée les résultats vers une culture axée sur l'amélioration continue de la qualité des soins et des services (Pomey, Forest, Sanmartin, De Coster et Drew, 2010).

La revue de la littérature a permis d'identifier un seul cadre dans ce secteur, celui développé par la SCIE au Royaume-Uni (Social care institute for excellence (SCIE), 2013). Le cadre de gouvernance des services sociaux de la SCIE présente 14 dimensions regroupées en quatre grands concepts : le leadership et l'imputabilité ; la pratique sécuritaire et efficace ; les services accessibles, flexibles et adaptés aux besoins de l'utilisateur de services ; la communication efficace et l'information. Ce cadre a été construit sur la base des concepts familiers au travail social soit l'implication des usagers et des aidants, la supervision et la gestion du risque.

## **Mise en œuvre de la gouvernance clinique**

Quelques études empiriques portant sur la mise en œuvre de la gouvernance clinique dans les établissements de soins ou de services de santé ont été répertoriées. La plupart des études présentent des pistes de solution pour assurer une opérationnalisation efficace, plutôt que des expériences concrètes d'implantation. Bien qu'on observe une différenciation d'approches d'opérationnalisation selon les disciplines (soins primaires, santé mentale, soins infirmiers et santé publique) ; certains leviers de l'implantation de la gouvernance clinique ont été soulevés.

### **Un sens commun**

Les travaux menés par Som (Som, 2009) ont aussi révélé que les différences de perception et d'interprétation de la gouvernance clinique au sein des acteurs à différents niveaux organisationnels d'un établissement de soins au Royaume-Uni sont une entrave à la mise en œuvre de la gouvernance clinique. En effet, malgré les actions prises par les gestionnaires pour faire connaître la gouvernance clinique dans l'établissement, la compréhension du concept demeurait inégale au sein des équipes de soins, conduisant à un manque de motivation à

s'engager dans les responsabilités de l'implanter. Pour ces équipes, la gouvernance clinique est vue comme une menace à l'autonomie professionnelle. Cette étude a mis en évidence l'importance d'un leadership collectif venant de plusieurs niveaux (professionnels de la santé et gestionnaires) où chacun comprend son rôle dans la gouvernance clinique, facilitant ainsi sa participation aux activités d'implantation.

### **Une culture organisationnelle**

Dans l'étude de cas multiples menée uniquement auprès des équipes de gestionnaires en soins primaires, Campbell et ses collaborateurs (Campbell et al., 2002) ont observé que le facteur facilitant l'implantation de la gouvernance clinique est la promotion de la culture juste et d'apprentissage, par opposition à une culture de blâme. En effet, dans un contexte de blâme, la crainte de la remise en question des acquis professionnels lors des évaluations entraînerait le désengagement du personnel, tandis qu'elle plaçait les gestionnaires dans un rôle contradictoire de promoteurs de l'amélioration continue et d'agents de sanction.

### **Une multitude d'acteurs et une approche participative**

Dans le domaine hospitalier, l'approche mécanique, déterministe et « top-down » de la conceptualisation et de la mise en œuvre de la gouvernance clinique des années 90 axée sur la rationalisation et la normalisation du processus de production des soins pour assurer l'efficacité clinique et de la performance des organisations a été remise en question (Baker et al., 1999 ; Nicholls et al., 2000). En effet, cette approche permettait difficilement la mise en œuvre d'une intervention aussi complexe que la gouvernance clinique (Kmietowicz, 2003). Dans le secteur des services sociaux, Kelleher et McAuliffe (2012) ont rapporté avoir eu recours à une approche dite de coopération pour le développement du cadre de gouvernance clinique dans une organisation irlandaise offrant des services aux personnes atteintes de déficience intellectuelle. Avec une perspective systématique de type bottom-up, plusieurs acteurs ont été impliqués dans le processus afin d'explorer les enjeux d'une mise en œuvre réussie de la gouvernance clinique. Une telle approche semble avoir facilité la collaboration entre le niveau clinique et celui de la gouvernance. Dans les groupes de santé primaire au Royaume-Uni, Campbell et ses collaborateurs (2002) ont aussi rapporté des stratégies de mise œuvre de la gouvernance

clinique s'appuyant sur des valeurs de confiance et d'entraide et d'une culture organisationnelle dite ouverte et participative.

Les pistes proposées pour l'opérationnalisation du cadre de la gouvernance clinique accordent une place importante aux différents acteurs impliqués dans ce processus et au contexte organisationnel. O'Connor et Paton (2008) ont proposé un élargissement des paliers d'imputabilité par une collaboration étroite entre les différents acteurs impliqués dans la prestation des soins et services. Ainsi doivent être impliqués des acteurs à différents niveaux de responsabilité dans le système de soins et services : macro (gouvernement, ministère), méso (régions sociosanitaires) et micro (établissements, cliniciens et usagers). Pour faciliter l'implication des acteurs et la communication entre les niveaux organisationnels, une restructuration organisationnelle ou une clarification des structures d'imputabilité est jugée essentielle.

Godden et ses collaborateurs (Godden, Majeed, Pollock et Bindman, 2002) ont constaté que la plupart des plans organisationnels pour la mise en œuvre de la gouvernance clinique dans le secteur des soins de santé primaire présentaient des partenariats avec d'autres institutions ou des autorités de la santé.

Plusieurs travaux soulignent l'importance de placer le patient ou l'utilisateur au cœur du processus de gouvernance clinique, en tenant compte de son vécu, de ses valeurs et de ses préférences (Som, 2004 b ; Travaglia et Debono, 2011 ; Wright, Smith et Jackson, 1999). L'expérience du patient a été d'ailleurs présentée comme une dimension du premier cadre de gouvernance clinique (le modèle du temple) (Sally et Donaldson, 1998). La considération de cette expérience a été par la suite traduite par l'approche des soins centrés sur le patient qui est une démarche prônant le respect des préférences, besoins et valeurs des patients dans la prise de décisions cliniques (Institute of Medicine, 2001). La littérature récente fait toutefois état d'une évolution des approches centrées sur le patient vers l'approche du patient-partenaire (Karazivan et al., 2015). Selon cette dernière approche, le patient n'est plus considéré comme un acteur externe à la prise de décision, mais comme un partenaire de soins à part entière, au même titre que les autres intervenants ; ses préférences, ses expériences et son expertise conditionnent les

décisions cliniques que le patient prend de manière informée et éclairée. Pour le cadre de gouvernance clinique, le besoin d'impliquer davantage les patients (usagers) ou leurs représentants dans les comités de gouvernance clinique a été rapporté (Freedman, 2006).

## **Effets de la gouvernance clinique**

On observe une absence de travaux portant sur l'évaluation des effets d'un processus de gouvernance clinique dans la gouverne organisationnelle, les pratiques ou l'amélioration de la qualité des soins et services. Selon Phillips et ses collaborateurs (2010), l'absence de preuve quant à l'impact de la gouvernance clinique reflète davantage des difficultés de mesure qu'un réel manque d'effets. Dans le domaine médical, Som (2004) avance que les effets associés à la gouvernance clinique sont : l'amélioration continue de la qualité, la réduction des listes d'attente, la satisfaction des patients, la réduction du nombre des incidents, une meilleure relation entre le clinicien et le patient, l'amélioration de la coordination entre les professionnels et les gestionnaires et une plus grande pratique médicale basée sur les évidences.

Par ailleurs, avec une stratégie de recherche de la littérature beaucoup plus ciblée sur le concept de l'amélioration de la qualité, une autre revue de la littérature (Phillips et al., 2010) menée sur les effets de la gouvernance clinique dans le domaine des soins primaires en Australie, rapporte que la plupart des travaux portent davantage sur l'amélioration des aptitudes des praticiens que sur la mesure de l'efficacité des soins. Ainsi, la gouvernance clinique pourrait améliorer les aptitudes des praticiens, l'efficacité, la sécurité et l'accessibilité des soins et la réactivité aux usagers.

## **Approches méthodologiques pour l'étude de la mise en œuvre gouvernance clinique**

Les travaux portant sur l'évaluation du processus de mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique sont aussi peu nombreux et mettent l'emphase sur la nécessité de mener l'évaluation à différents niveaux de l'organisation.

Selon Gask et ses collaborateurs (Gask, Rogers, Campbell et Sheaff, 2008), la compréhension de la mise en œuvre et de l'intégration de la gouvernance clinique dans la pratique se fait par

l'observation de ce que « les gens » font dans leur quotidien. Hartley et ses collègues (2002) ont mené des visites dans les départements de santé publique en vue d'évaluer le développement d'implantation de la gouvernance clinique. Des observations ont été effectuées à partir d'une matrice tenant compte de la structure, du processus, des résultats, de la culture organisationnelle. Campbell et ses collaborateurs (Campbell et al., 2002) ont de leur côté menée une étude de cas multiples dont la collecte des données s'est faite par des entretiens et l'analyse de la documentation.

Dans le domaine hospitalier, la méthodologie rapportée par Specchia et ses collaborateurs (2010) pour l'évaluation du niveau d'implantation de la gouvernance clinique est le recours au questionnaire OPTIGOV (Optimizing Healthcare Organizations). Ce questionnaire permet d'évaluer premièrement les exigences structurelles et fonctionnelles requises pour la mise en œuvre de la gouvernance clinique dont le système de gestion de ressources et des services, la culture d'apprentissage, la recherche et le développement et les technologies de l'information. Et deuxièmement, il permet l'évaluation des items directement reliés à l'amélioration de la qualité des soins, dont la médecine basée sur les faits, l'imputabilité, l'audit clinique, la mesure de la performance, l'évaluation et l'amélioration des activités cliniques, l'évaluation des technologies de la santé, le système de qualité, la gestion du risque, l'information et la participation du patient/citoyen. Cet outil d'évaluation a été conçu pour être utilisé auprès des acteurs au niveau organisationnel et au niveau clinique (unités de soins).

## **Points saillants de la revue de littérature**

L'analyse des définitions de la gouvernance clinique rapportées dans la littérature a permis de constater que plusieurs concepts sont mobilisés pour décrire ce qu'est la gouvernance clinique, soulignant ainsi un potentiel de confusion auprès des acteurs du milieu clinique. En général, on constate toutefois trois éléments au centre du concept de la gouvernance clinique : d'une part 1) l'amélioration continue de la qualité des soins et services et 2) l'excellence clinique par l'application des hauts standards de soins et services, qui constituent la dimension normative ou structurelle de la gouvernance clinique ; et d'autre part 3) l'imputabilité collective et individuelle dans les organisations qui constitue la dimension dynamique relationnelle.

La littérature montre que la grande majorité des travaux sur la conceptualisation et la mise en œuvre de la gouvernance clinique ont été menés dans le secteur hospitalier. Jusqu'à maintenant, une seule définition et un seul cadre conceptuel ont été élaborés dans le secteur non hospitalier. Ceci s'expliquerait peut-être par une tradition de la mesure de la performance plus accentuée dans le secteur des soins hospitaliers que celui des services sociaux non hospitaliers.

La variété des cadres conceptuels répertoriés démontre que la gouvernance clinique est multifacette et contextuelle. La plupart de ces cadres sont applicables à un contexte de pratique ou législatif particulier, le plus souvent celui des systèmes de santé anglais ou australiens (Holden et Moore, 2004). La littérature montre que les stratégies locales sont, selon les secteurs et les milieux de pratiques, plus favorisées par rapport à une stratégie systémique. Toutefois, le secteur non hospitalier fait moins l'objet de recherche que le secteur hospitalier ; et peu de travaux ont été menés au Canada et encore moins au Québec.

Les défis majeurs de mise en œuvre demeurent une compréhension commune de ce qu'est la gouvernance clinique, l'adoption d'une culture d'apprentissage, l'établissement d'un leadership fort émergent des équipes de praticiens et la disponibilité des ressources. Bien que la mesure continue de la performance soit évoquée comme levier de la gouvernance clinique, force est de constater la quasi-absence d'initiative des mesures de l'impact de cette gouvernance.

Par ailleurs, les études empiriques sur la mise en œuvre de la gouvernance clinique sont peu nombreuses dans la littérature. Encore moins sont celles qui analysent le processus par lequel la gouvernance clinique est adoptée et intégrée dans un établissement. Les travaux qui ont abordé ce processus d'institutionnalisation ont analysé une seule dimension qui est celle de la construction d'un sens commun par les acteurs. Bien que la nécessité de considérer le contexte organisationnel ainsi que les perspectives des acteurs impliqués à différents niveaux de la gouvernance ait été soulevée, force est de constater qu'aucune étude ne s'est penchée sur le sujet.

## **Contribution de la thèse**

La revue de la littérature démontre qu'il y a une absence de connaissances sur les modalités pratiques d'intégration de la gouvernance clinique dans les pratiques cliniques quotidiennes. De plus, très peu est connu sur la mise en œuvre et l'intégration de ce cadre dans le secteur non hospitalier. La présente thèse a pour objectif de mieux comprendre le processus de conceptualisation, de mise en œuvre et d'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans le secteur non hospitalier selon la perspective des acteurs de trois niveaux de gouvernance : stratégique, tactique et clinique. En atteignant son objectif, la thèse contribue à l'avancement des connaissances dans la recherche sur l'institutionnalisation des pratiques organisationnelles, tout en proposant un cadre conceptuel ayant une assise théorique et empirique.

## Chapitre 3 — APPUI THÉORIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

Pour répondre à l'objet de la recherche et à la lumière des résultats de la revue de la littérature, un cadre conceptuel qui s'appuie sur la théorie du processus de normalisation (Normalization Process Theory - NPT) a été élaboré (May et al., 2007; May et al., 2009).

### Théorie du processus de normalisation

#### Définition et construits

La théorie du processus de normalisation est une théorie intermédiaire de l'action qui vise à comprendre et à expliquer le processus par lequel une nouvelle technologie ou une intervention complexe est implantée, enracinée (embedded) et intégrée dans un cadre institutionnel. Elle est issue du modèle du processus de normalisation développé pour étudier le processus d'opérationnalisation des interventions complexes.

Dans sa forme actuelle, la théorie du processus de normalisation sous-tend trois postulats sur l'institutionnalisation des interventions complexes :

1. Le processus d'enracinement routinier (implantation et intégration) des interventions complexes dans les contextes organisationnel et professionnel est le résultat d'un travail d'implantation mené individuellement et collectivement par des personnes. Ainsi, le processus d'intégration est le résultat des actions des personnes et non de leurs perceptions.
2. Le processus d'implantation est opérationnalisé autour de quatre construits ou mécanismes de l'action : la cohérence, la participation cognitive, l'action collective et le contrôle réflexif. Chacun de ces construits présente quatre composantes : la cohérence, la participation cognitive, l'action collective et le suivi réflexif (tableau 1).
3. Le processus d'intégration d'une intervention complexe requiert un investissement continu de la part des personnes à travers un ensemble d'actions dans le temps et dans l'espace. La diffusion et l'adoption d'une intervention n'étant pas des conditions suffisantes pour garantir son intégration.

Tableau 1. – Définition des construits et des composantes de la théorie du processus de normalisation

CONSTRUITS	COMPOSANTES
<p><b>1. Cohérence</b></p> <p><i>Le <u>travail de création de sens</u> que les personnes accomplissent individuellement et collectivement face au problème de la mise en œuvre de certaines pratiques.</i></p>	<p><b>1.1. <i>Différentiation</i></b></p> <p>Comprendre comment un ensemble de pratiques et leurs objets sont différents les uns des autres.</p> <p><b>1.2. <i>Spécification commune</i></b></p> <p>Construction d’une compréhension commune des buts, des objectifs et des avantages attendus d’un ensemble de pratiques.</p> <p><b>1.3. <i>Spécification individuelle</i></b></p> <p>Compréhension de ses tâches et responsabilités spécifiques autour d’un ensemble de pratiques.</p> <p><b>1.4. <i>Internalisation</i></b></p> <p>Compréhension de la valeur, des avantages et de l’importance d’un ensemble de pratiques.</p>

---

**CONSTRUITS****COMPOSANTES****2. Participation cognitive**

*Le travail relationnel que les personnes font pour construire et maintenir une communauté de pratique autour d'une nouvelle technologie ou d'une intervention complexe.*

**2.1. *Initiation***

Savoir si oui ou non, les participants clés travaillent à faire avancer un ensemble de pratiques nouvelles ou modifiées.

**2.2. *Engagement***

Nécessité pour les participants ou d'autres de s'organiser ou de se réorganiser afin de contribuer collectivement au travail qu'impliquent les nouvelles pratiques.

**2.3. *Légitimation***

S'assurer que les autres participants croient qu'il est juste pour eux d'être impliqués et qu'ils peuvent apporter une contribution utile.

**2.4. *Activation***

Définir collectivement les actions et les procédures nécessaires pour maintenir une pratique et rester impliqué.

---

**CONSTRUITS****COMPOSANTES****3. Action collective**

*Le travail opérationnel que font les personnes pour adopter un ensemble de pratiques, qu'il s'agisse d'une nouvelle technologie ou d'une intervention complexe en matière de soins de santé.*

**3.1. Maniabilité interactionnelle**

Travail d'interaction que les gens font les uns avec les autres, avec des artefacts et avec d'autres éléments d'un ensemble de pratiques, lorsqu'ils cherchent à les opérationnaliser dans des contextes quotidiens.

**3.2. Intégration relationnelle**

Travail axé sur la connaissance que les gens font pour établir la responsabilité et maintenir la confiance dans un ensemble de pratiques et entre eux lorsqu'ils les utilisent.

**3.3. Ensemble de compétences**

Travail d'allocation qui sous-tend la division du travail qui s'articule autour d'un ensemble de pratiques telles qu'elles sont opérationnalisées dans le monde réel.

**3.4 Intégration contextuelle**

Gérer un ensemble de pratiques en allouant différents types de ressources et en exécutant des protocoles, des politiques et des procédures.

---

## CONSTRUITS

## COMPOSANTES

### 4. Suivi réflexif

*Le travail d'évaluation que les personnes effectuent pour évaluer et comprendre les effets d'un nouvel ensemble de pratiques sur eux-mêmes et sur ceux qui les entourent.*

#### 4.1. **Systématisation**

Le travail de collecte d'informations de diverses manières afin d'apprécier l'efficacité et l'utilité d'un ensemble de pratiques.

#### 4.2. **Évaluation collective**

Les participants travaillent ensemble — parfois dans des collaborations formelles, parfois dans des groupes informels pour évaluer la valeur d'un ensemble de pratiques.

#### 4.3. **Évaluation individuelle**

Les participants à un nouvel ensemble de pratiques travaillent également de manière expérimentale en tant qu'individus pour évaluer leurs effets sur eux et sur les contextes dans lesquels ils sont définis.

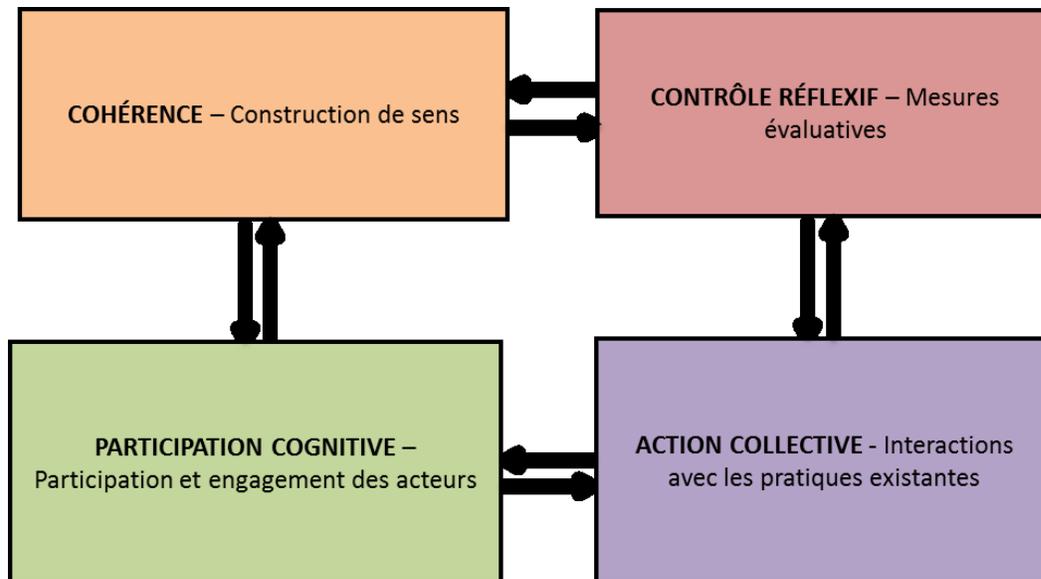
#### 4.4. **Reconfiguration**

Le travail d'évaluation effectué par des individus ou des groupes pour tenter de redéfinir les procédures ou modifier les pratiques, voire de modifier la forme d'une nouvelle technologie elle-même.

---

Source : Normalization Process Theory Core Constructs. Disponible à : <http://www.normalizationprocess.org/what-is-npt/npt-core-constructs/> (date d'accès : 5 mars 2019)

En somme, par l'interdépendance de ses quatre construits (figure 1), la théorie du processus de normalisation permet non seulement d'expliquer le processus d'intégration d'une intervention complexe, mais aussi d'évaluer les conditions nécessaires pour soutenir cette intégration dans le temps. Ainsi, dans une organisation, le sens que les acteurs donnent individuellement et collectivement à une intervention influence leur engagement à mettre en application.



Source : May et al, 2009.

Figure 1. – Modèle de la théorie du processus de normalisation

### **Contribution de la théorie à l'étude de la gouvernance clinique**

Bien que plusieurs études aient examiné le processus de mise en œuvre de la gouvernance clinique dans le secteur hospitalier, très peu d'études ont examiné les enjeux liés à l'institutionnalisation (intégration dans la pratique quotidienne) de la gouvernance clinique.

En effet, la revue de la littérature a permis de constater que très peu de travaux mobilisant les théories des organisations pour analyser la conceptualisation ou la mise en œuvre de la gouvernance clinique ont été menés. Les travaux de Brault et ses collaborateurs (2008) ont

introduit l'analyse stratégique de Crozier et Friedzberg (1977) comme avenue pour comprendre les structures informelles et les jeux de pouvoir au sein des organisations qui influenceraient la mise en œuvre de la gouvernance clinique. Aucune démarche empirique n'a cependant été menée dans ce sens. Dans son étude, Som (2009) a mobilisé la théorie du Sense-making de Weick (1995) pour explorer la compréhension que les acteurs d'un établissement de soins ont du cadre de gouvernance clinique promu dans le système de soins. Cet auteur n'a toutefois pas exploré en profondeur comment la compréhension de la gouvernance clinique influencerait son intégration.

Selon l'état actuel des connaissances, les études empiriques sur la gouvernance clinique se sont principalement concentrées d'une part sur l'évaluation normative de la mise en œuvre de la gouvernance clinique, en comparaison aux principes établis par les instances de gouvernance au niveau systémique. Et d'autre part sur des énoncés des facteurs facilitants et des barrières associés à la mise en œuvre de la gouvernance clinique. Force est de constater que, ces démarches bien que nécessaires, n'ont pas permis de comprendre comment la gouvernance clinique serait intégrée dans les pratiques quotidiennes. Une telle avenue serait toutefois la bienvenue pour conserver l'intérêt des milieux cliniques pour ce concept.

Une seule étude a mobilisé le modèle du processus de normalisation pour étudier le processus d'intégration de la gouvernance clinique dans la pratique des soins primaires en santé mentale (Gask et al., 2008). Dans cette étude, les auteurs ont examiné un des quatre construits de la théorie de la théorie du processus de normalisation, celui de la cohérence. Le but étant de comprendre comment le sens donné à la gouvernance clinique influence son niveau d'intégration dans un service de soins primaires en santé mentale.

La théorie du processus de normalisation est en accord avec les différentes perspectives épistémologiques, théoriques et méthodologiques associées à la recherche qualitative en santé et en services sociaux. Cette théorie ou le modèle dont elle est issue a principalement été utilisé à plusieurs reprises pour mener des recherches qualitatives dans le contexte des soins de santé, notamment pour l'implantation des technologies de télémédecine et pour la gestion des maladies chroniques. Toutes ces recherches avaient pour objectifs d'étudier la mise en œuvre

ou l'intégration des interventions complexes jugées innovatrices dans les pratiques organisationnelles (McEvoy et al., 2014).

La gouvernance clinique étant une intervention jugée innovante et complexe, dont la mise en œuvre est modulée par plusieurs éléments structurants. La mobilisation de la théorie du processus de normalisation contribuerait à mieux comprendre les difficultés associées à l'intégration des principes de la gouvernance clinique dans les pratiques, malgré l'intérêt porté à ce cadre. En effet, cette théorie permettrait ainsi d'avoir une vision organismique de l'intégration de la gouvernance clinique, en opposition à une approche axée sur les individus et leur pouvoir d'action.

## **Cadre conceptuel**

Sur la base de nos objectifs de recherche et des enjeux soulevés par l'état actuel des connaissances sur la gouvernance clinique, les quatre construits de la théorie du processus de normalisation (la cohérence, l'action collective, la participation cognitive et le suivi réflexif) ont été mobilisés pour comprendre le processus de mise en œuvre et d'intégration de la gouvernance clinique dans un centre de soins et services non hospitaliers.

Par ailleurs, la littérature montre que deux perspectives de conceptualisation et de la mise en œuvre de la gouvernance clinique se sont succédé dans l'histoire : la perspective déterministe et la perspective systémique. La perspective déterministe de la gouvernance clinique représentée traditionnellement par le modèle linéaire dit « modèle du temple » est axée sur la rationalisation et la normalisation du processus de production des soins. Cette perspective a été remise en question par plusieurs, jugeant qu'elle permettait difficilement la mise en œuvre d'une intervention aussi complexe que la gouvernance clinique (Baker et al., 1999 ; Kmietowicz, 2003; Nicholls, et al., 2000). La perspective systémique proposée par la suite a mis de l'avant l'importance de considérer le contexte organisationnel ainsi que les perspectives des différents acteurs impliqués dans le processus de la gouvernance clinique, au niveau stratégique, managérial et clinique (Braine, 2006; Nicholls et al. 2000; O'Connor et Paton, 2008; Queensland Health, 2012; Starey, 2001; Victorian government, 2009).

Fort de cela, en plus des quatre construits de la théorie du processus de normalisation, il a été jugé pertinent d'étudier deux construits supplémentaires : le contexte organisationnel interne qui inclut principalement la culture organisationnelle et la perspective des acteurs interpellés ; et le contexte organisationnel externe qui se réfère aux liens de partenariat entre l'organisme étudié et les instances externes.

Ainsi, a été établi le cadre conceptuel présenté à la figure 2 afin de répondre aux deuxième, troisième et quatrième objectifs spécifiques de la thèse. Ce cadre conceptuel présente six construits : la cohérence, la participation cognitive, l'action collective, le contrôle réflexif, le contexte organisationnel interne et le contexte organisationnel externe. Les définitions des trois premiers construits s'alignent à celles données par la théorie du processus de normalisation, avec une emphase mise sur certaines dimensions en tenant compte des particularités du milieu d'intervention.

Pour le construit de la cohérence, le postulat fait est que la gouvernance clinique est une intervention complexe qui mobilise différents acteurs et dont la mise en œuvre et l'intégration sont modulées par la création de sens construit individuellement et collectivement. Pour cela, quatre variables seront analysées :

1. Le schème d'interprétation individuel qui renvoie à la façon dont les individus interprètent individuellement la gouvernance clinique par rapport à leur pratique et leur expérience professionnelles.
2. Le schème d'interprétation collective se veut un portrait du sens donné à la gouvernance clinique par un groupe d'individus appartenant au même niveau de gouvernance (stratégique, tactique ou clinique).
3. Les rôles et responsabilités définis et perçus des acteurs face à la mise en œuvre et à l'intégration de la gouvernance clinique
4. La valeur et les avantages de la gouvernance clinique sur les pratiques tels que perçus par les individus.

Pour le construit de la participation cognitive, le postulat avancé est que l'intégration de la gouvernance clinique se fait au travers d'un processus d'engagement collectif et de collaboration entre les acteurs.

Concernant le construit de l'action collective ou l'interaction en l'introduction de la gouvernance clinique et les pratiques déjà existantes, il faudrait tenir compte de l'impact de structure d'imputabilité, des normes et processus de pratique en vigueur, des processus de régulation des pratiques et des modalités d'amélioration continue et de la disponibilité des ressources.

Pour le construit du contrôle réflexif, il est prévu de s'attarder sur les processus de pratiques réflexives qui s'expriment par l'appréciation du niveau atteint de la mise en œuvre de la gouvernance clinique et des modalités mobilisées pour assurer l'amélioration continue de la qualité.

Pour l'analyse du contexte organisationnel interne, il s'agira de voir dans quelle mesure les orientations stratégiques et la culture organisationnelle ont une influence sur l'intégration de la gouvernance clinique. Par ailleurs, parce que l'étude se veut une exploration de l'intégration de la gouvernance clinique dans un nouveau secteur, celui des services non hospitaliers, il est pertinent d'analyser l'apport du type d'acteurs impliqués et de leur perception sur cette intervention « importée » du secteur médical.

Enfin, pour le contexte organisationnel externe, seront analysés l'influence des politiques et orientations ministérielles, les lois et les règlements ainsi de possibles collaborations ou partenariats avec d'autres instances régionales.

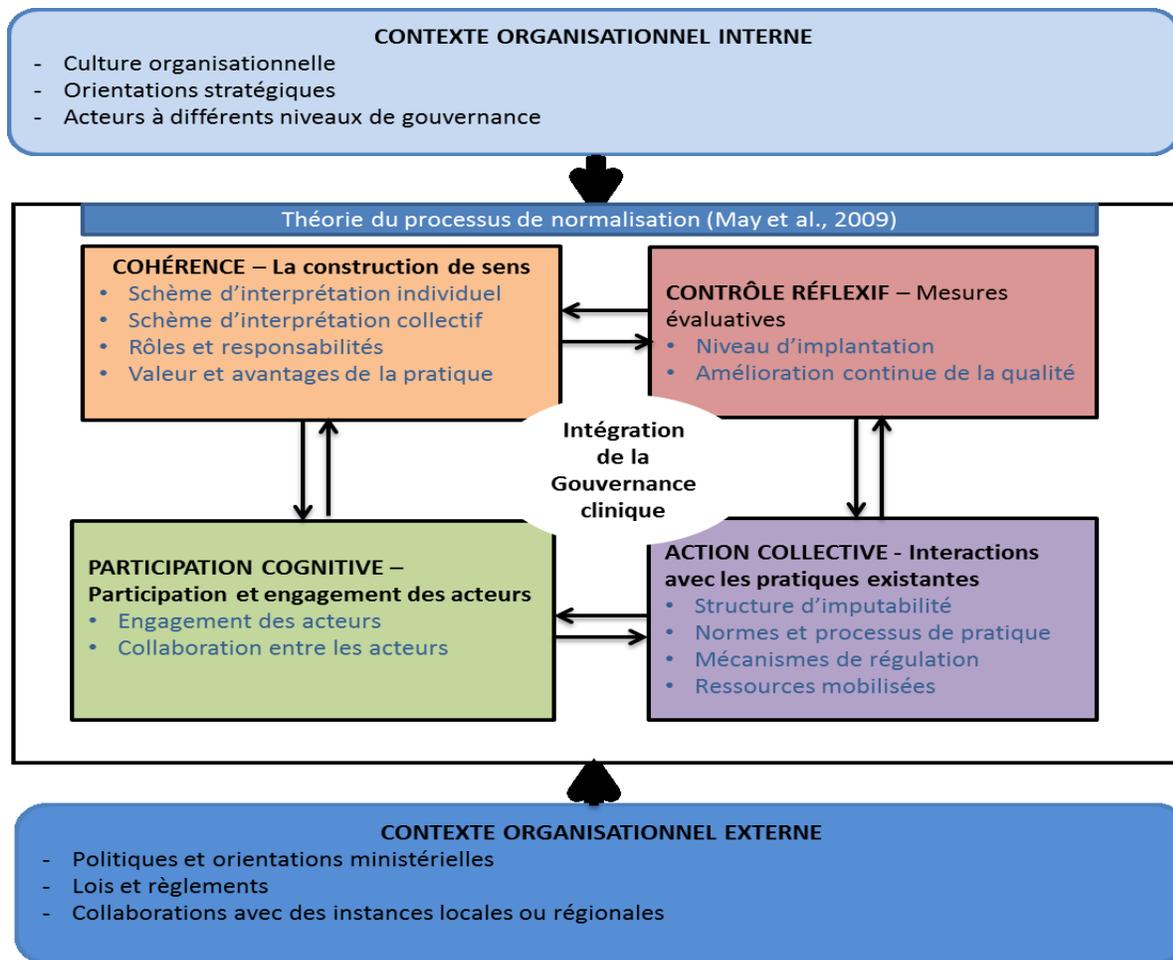


Figure 2. – Cadre conceptuel du processus d'intégration de la gouvernance clinique

## Chapitre 4 — Méthodologie

Deux volets méthodologiques ont permis de répondre aux objectifs de l'étude.

Le **premier volet** est une revue systématique de la littérature qui permet de dresser un portrait de l'évolution de la conceptualisation du cadre de la gouvernance clinique dans le domaine de l'amélioration des soins et services de santé et de bien-être et de mettre en lumière les leviers de mise en œuvre de ce cadre. Par ailleurs les résultats de la revue ont permis de mieux cerner les enjeux associés au cadre de la gouvernance clinique et ainsi mieux orienter la collecte des données pour l'étude de cas menée dans le deuxième volet.

Le **deuxième volet** est une étude de cas empirique sur la mise en œuvre et l'intégration du cadre de gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier.

### Stratégie de recherche

#### Revue systématique de la littérature

Pour la revue systématique, une synthèse de la littérature de type méta-narrative a été menée. La revue systématique de la littérature est permet la collecte des données probantes selon des critères d'éligibilité prédéfinis afin de répondre à une question spécifique de recherche. Elle permet de réduire les biais en utilisant les méthodes explicites et reproductibles (Higgins et al., 2019).

La méta-narrative quant à elle est une méthode de synthèse systématique qui permet de cerner, d'explorer et de synthétiser les différentes approches conceptuelles sur un sujet, tel que la gouvernance clinique, afin d'en tirer une meilleure compréhension de l'ensemble (Greenhalgh et Wong, 2013). Ainsi, cette stratégie est adaptée pour répondre, sur la perspective de la littérature scientifique, aux premier et deuxième objectifs spécifiques de la thèse que sont de : *1) explorer la définition et les éléments structurants du cadre conceptuel de la gouvernance clinique dans le domaine médical en général et ses particularités dans le secteur non hospitalier ;*

*2) déterminer les mécanismes de mise en œuvre de la gouvernance clinique en termes de structures et de processus.*

Les standards RAMESES (Realist And MEta-narrative Evidence Syntheses: Evolving Standards) pour mener les synthèses méta-narratives ont été appliqués (Wong et al., 2013). Ces standards sont présentés à l'annexe 1.

### **Étude de cas**

La stratégie de recherche retenue est l'étude de cas unique à trois niveaux d'analyse imbriqués. L'étude de cas est une démarche qualitative adaptée pour les recherches dont l'objet est de comprendre en profondeur un phénomène complexe contemporain en contexte réel (Yin, 2014). Cette stratégie est pertinente lorsque le phénomène à l'étude ne se distingue pas facilement de son contexte. Ainsi, l'étude de cas est une démarche appropriée pour la présente recherche qui vise à comprendre en profondeur l'intégration la gouvernance clinique, une intervention complexe dont les mécanismes de mise en œuvre sont étroitement dépendants du contexte organisationnel et des acteurs impliqués.

Par ailleurs, l'étude de cas permet d'examiner la démarche procédurale pour l'adoption d'une intervention à plusieurs niveaux organisationnels et permet au chercheur d'avoir recours à plusieurs sources de données pour mieux cerner son objet de recherche. Dans la présente étude, les niveaux organisationnels qui se traduisent par les niveaux de gouvernance (stratégique, tactique et clinique).

L'étude cas est adaptée pour les recherches exploratoires et descriptives (Yin, 2014). La présente recherche se veut d'une part, une démarche exploratoire par l'étude d'un phénomène nouveau, celui de la gouvernance clinique dans un secteur non hospitalier. D'autre part, une démarche descriptive apportant une réponse au « comment » pour documenter le processus d'intégration de la gouvernance clinique.

Le choix d'une étude de cas unique plutôt qu'une étude de cas multiples se justifie par le caractère novateur de l'intervention à l'étude. En effet, la gouvernance clinique n'avait jusque-

là pas encore été étudiée dans un contexte non hospitalier. Le cas à l'étude étant le premier, une comparaison avec d'autres cas n'aurait pas été possible.

L'étude de cas comme stratégie de recherche a permis d'apporter des réponses empiriques aux deuxième, troisième et quatrième objectifs spécifiques que sont de : 1) *déterminer les mécanismes de mise en œuvre de la gouvernance clinique en termes de structures et de processus* ; 2) *comprendre le niveau d'institutionnalisation de la gouvernance clinique au sein d'un établissement non hospitalier* et 3) *expliquer les enjeux de mise en œuvre et d'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier en identifiant les facteurs facilitateurs et les barrières*.

## **Description du cas et unités d'analyse**

### **Présentation générale**

Le cas à l'étude est le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec — Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU), un établissement à vocation régionale qui dessert une population majoritairement francophone sur un territoire de 45 000 km<sup>2</sup>. Le Centre a pour mission d'offrir, sur référence, des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, de même que des services de soutien aux proches et à l'entourage. Par ailleurs, de par sa désignation universitaire, le centre participe au développement des savoirs et des pratiques, au transfert et à la diffusion des connaissances ainsi qu'à l'évaluation des services (site internet). En collaboration avec huit réseaux locaux de services (RLS), le Centre contribue également à l'inclusion sociale de ses usagers. Un réseau local de services est une forme d'intégration de services de santé et de services sociaux sur un territoire donné qui vise à assurer un ensemble de services requis par une population. Du 1 avril 2014 au 31 mars 2015, le CRDITED MCQ-IU a desservi 2 155 usagers différents et comptait 782 employés (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire, 2015).

## **Structure de gouvernance : niveaux d'analyse**

Le CRDITED MCQ-IU est structuré en trois niveaux de gouvernance qui ont aussi constitué les niveaux d'analyse pour l'étude de cas :

- **Le niveau stratégique** représenté par les membres du Conseil d'administration et les comités respectifs : comité d'audit ; comité de vigilance et de la qualité des services ; comité des usagers ; comité de gouverne et d'éthique.
- **Le niveau tactique** composé de
  - Gestionnaires responsables des directions : direction des services à la clientèle ; direction de la qualité, de la recherche, du développement et de l'innovation ; direction scientifique ; direction des ressources humaines et du développement organisationnel, direction des ressources financières, matérielles et informationnelles.
  - Gestionnaires coordonnateurs de programmes associés aux clientèles pour chaque territoire desservi.
- **Le niveau clinique** composé de
  - Chefs de service,
  - Intervenants cliniciens : infirmiers, psychoéducateurs, ergothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, kinésiologues, orthophonistes
  - Usagers et proches d'usagers.

## **Pertinence du cas pour le projet doctoral**

Dans un contexte de spécialisation de la pratique, le Centre a entrepris en 2009 des actions visant une saine gouvernance axée sur les hauts standards de qualité et la performance des services offerts aux usagers. Cette quête de l'excellence clinique a conduit à une refonte organisationnelle en s'appuyant sur les éléments du modèle conceptuel de gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (Pomey et al., 2008) et plus tard sur ceux du modèle de gouvernance clinique en services sociaux de la *Social Care Institute for Excellence* au Royaume-Uni (2013). C'est ainsi qu'entre 2014 et 2015, a été proposé un modèle de

gouvernance clinique en développement en vue de soutenir l'excellence clinique par la promotion de la pratique réflexive et l'encadrement de la gestion du changement.

Cependant, la littérature ne rapportait pas des réponses quant aux meilleures pratiques d'implantation de la gouvernance clinique dans un contexte de prestations de services sociaux. Face à cette initiative, il a été jugé pertinent de documenter et de mener une analyse externe sur les démarches entreprises par l'établissement dans le but d'enrichir les démarches éventuelles pour une conceptualisation de la gouvernance clinique dans un contexte non hospitalier.

### **Contexte de recherche**

Le projet de loi n°10 : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* a conduit à l'intégration du CRDITED MCQ-IU dans le nouveau Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). Un CIUSSS regroupe les centres hospitaliers (CH), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les centres de réadaptation (CR), incluant les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014).

Le projet de recherche a été initié au mois de septembre 2014. La collecte de données s'est déroulée entre les mois d'avril et septembre 2015, au cœur d'importants changements structuraux du réseau de la santé et des services sociaux pour répondre aux exigences du projet de loi 10. Cette loi a été présentée à l'Assemblée nationale au mois de septembre 2014 et adoptée au mois de février 2015. Son entrée en vigueur le 1er avril 2015 a conduit à l'abolition de tous les conseils d'administration des établissements fusionnés et intégrés dans le nouveau CIUSSS, dont celui du CRDITED MCQ-IU. Par la suite des départs et changements de fonction ont eu lieu au sein de l'établissement. De ces faits, la participation des acteurs ainsi que les propos recueillis en ont été affectés.

## **Opérationnalisation de l'étude**

### **Cadre d'analyse pour la revue de la littérature**

Pour la revue systématique de la littérature, deux variables ont été retenues pour orienter la collecte des données :

- La conceptualisation de la gouvernance clinique : pour cette dimension les données recherchées dans la littérature ont été : 1) les définitions de la gouvernance clinique ; et 2) les modèles conceptuels et les théories soutenant ses modèles.
- La mise en œuvre de la gouvernance clinique : pour ce point ont été recherchés les mécanismes de mise en œuvre tels que les structures établies, les ressources mobilisées, les processus et les collaborations avec d'autres instances externes.

### **Opérationnalisation de l'étude de cas**

L'opérationnalisation de l'étude de cas a été faite selon les dimensions du cadre conceptuel qui ont servi de variables.

#### **Appréciation de la dimension de la cohérence**

Pour cette dimension, nous nous sommes intéressés aux acteurs impliqués ou concernés par la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique. Les acteurs visés sont les individus ou les groupes d'individus qui opèrent dans les trois niveaux d'analyse identifiés dans la section portant sur l'échantillonnage. Pour ces acteurs, l'information suivante a été recherchée : l'interprétation qu'ils font de la gouvernance clinique et la compréhension qu'ils ont de leurs rôles et responsabilités dans le processus de mise en œuvre de la gouvernance clinique et de la valeur de cette dernière dans le processus d'amélioration de la qualité des soins et services (tableau 2).

Tableau 2. – Opérationnalisation de la dimension de la cohérence

DIMENSIONS DU CADRE	COMPOSANTES	OPÉRATIONNALISATION
<p><b>1. Cohérence</b>  <i>Le <u>travail de création de sens</u> que les personnes accomplissent individuellement et collectivement face au problème de la mise en œuvre de certaines pratiques.</i></p>	<p><b>1.1. <i>Différentiation</i></b>                      Comprendre comment un ensemble de pratiques et leurs objets sont différents les uns des autres.</p> <p><b>1.2. <i>Spécification commune</i></b>                      Construction d'une compréhension commune des buts, des objectifs et des avantages attendus d'un ensemble de pratiques.</p> <p><b>1.3. <i>Spécification individuelle</i></b>                      Compréhension de ses tâches et responsabilités spécifiques autour d'un ensemble de pratiques.</p> <p><b>1.4. <i>Internalisation</i></b>                      Compréhension de la valeur, des avantages et de l'importance d'un ensemble de pratiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schème d'interprétation individuel de la gouvernance clinique.</li> <li>- Schème d'interprétation collectif de la gouvernance clinique                             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Compréhension du rôle et des responsabilités des acteurs</li> <li>— Valeur et avantages de la gouvernance clinique</li> </ul> </li> </ul>

#### Appréciation de la dimension de la participation cognitive

La dimension de la participation cognitive a été opérationnalisée en recueillant la perception des acteurs sur leur engagement à l'implantation de la gouvernance clinique et sur la nature des collaborations entre eux (tableau 3). Par ailleurs, les dimensions de la pratique collaborative proposées Way et ses collaborateurs (2001) ont été mobilisées dans la grille d'entretien. Dans ce contexte, la collaboration est définie comme un processus interprofessionnel de communication et de prise de décision permettant aux connaissances et aux compétences distinctes et communes des acteurs prodiguant des soins et services d'influencer la façon dont ces soins et services sont prodigués aux usagers (Way et al., 2001).

Tableau 3. – Opérationnalisation de la dimension de la participation cognitive

DIMENSION DU CADRE	COMPOSANTES	OPÉRATIONNALISATION
<p><b>2. Participation cognitive</b>  <i>Le travail <u>relationnel</u> que les gens font pour construire et maintenir une communauté de pratique autour d'une nouvelle technologie ou d'une intervention complexe.</i></p>	<p><b>2.1. <i>Initiation</i></b>            Savoir si oui ou non, les participants clés travaillent à faire avancer un ensemble de pratiques nouvelles ou modifiées.</p> <p><b>2.2. <i>Engagement</i></b>            Nécessité pour les participants ou d'autres de s'organiser ou de se réorganiser afin de contribuer collectivement au travail qu'impliquent les nouvelles pratiques.</p> <p><b>2.3. <i>Légitimation</i></b>            S'assurer que les autres participants croient qu'il est juste pour eux d'être impliqués et qu'ils peuvent apporter une contribution utile.</p> <p><b>2.4. <i>Activation</i></b>            Définir collectivement les actions et les procédures nécessaires pour maintenir une pratique et rester impliqué.</p>	<p>-Engagement des acteurs dans la mise en œuvre de la gouvernance clinique</p> <p>— Collaboration entre les acteurs pour appliquer et maintenir la pratique de la gouvernance clinique</p>

#### Appréciation de la dimension de l'action collective

Pour la dimension de l'action collective, les lignes d'imputabilité entre les acteurs par rapport aux résultats d'amélioration continue de la qualité des soins et services ont été recherchées. L'imputabilité ou l'obligation de rendre compte a été définie comme : « une relation entre un acteur et une instance, dans laquelle l'acteur est tenu d'expliquer et de justifier sa conduite, où l'instance peut poser des questions et émettre un jugement, et l'acteur faire face aux conséquences » (Bovens, 2007). Pour apprécier des relations d'imputabilité dans l'établissement à l'étude, le cadre d'analyse proposé par Bovens a été adopté en recherchant l'information sur les points suivants : qui est responsable ? Devant qui ? Pour quoi ? Par quelle procédure ?

Par la suite, les règles, politiques et règlements adoptés par l'établissement et qui définissent la répartition et l'utilisation des ressources en vue de l'amélioration de la qualité des services ont été étudiés. Plus spécifiquement, ont été examinés, la structure (organigramme), les normes et processus de pratique tels que la pratique basée sur la preuve, les processus de régulation des pratiques, les mécanismes d'évaluation des pratiques et des approches de développement professionnel mis en place ou adoptés dans l'organisation des services dans le cadre de l'implantation du cadre de gouvernance clinique.

Enfin, les ressources humaines, financières (mécanismes d'allocation de ressources), techniques (méthodes, outils, indicateurs) et informationnelles (système d'information et mécanismes de communication) déployées pour la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique ont été déterminées.

Tableau 4. – Opérationnalisation de la dimension de l'action collective

DIMENSION DU CADRE	COMPOSANTES	OPERATIONNALISATION
<p><b>3. Action collective</b></p> <p><i>Le travail <u>opérationnel</u> que font les personnes pour adopter un ensemble de pratiques, qu'il s'agisse d'une nouvelle technologie ou d'une intervention complexe en matière de soins de santé.</i></p>	<p><b>3.1. <i>Maniabilité interactionnelle</i></b></p> <p>Travail d'interaction que les gens font les uns avec les autres, avec des artefacts et avec d'autres éléments d'un ensemble de pratiques, lorsqu'ils cherchent à les opérationnaliser dans des contextes quotidiens.</p> <p><b>3.2. <i>Intégration relationnelle</i></b></p> <p>Travail axé sur la connaissance que les gens font pour établir la responsabilité et maintenir la confiance dans un ensemble de pratiques et entre eux lorsqu'ils les utilisent.</p> <p><b>3.3. <i>Ensemble de compétences</i></b></p> <p>Travail d'allocation qui sous-tend la division du travail qui s'articule autour d'un ensemble de pratiques telles qu'elles sont</p>	<p>-Structure d'imputabilité pour les acteurs</p> <p>— Normes et processus de pratique</p> <p>— Mécanismes de régulation des pratiques</p> <p>— Ressources mobilisées</p>

	<p>opérationnalisées dans le monde réel.</p> <p><b>3.4 <i>Intégration contextuelle</i></b></p> <p>Gérer un ensemble de pratiques en allouant différents types de ressources et en exécutant des protocoles, des politiques et des procédures.</p>	
--	---	--

#### Appréciation de la dimension du suivi réflexif

La dimension du suivi réflexif a été opérationnalisée par une analyse des stratégies d'amélioration continue de la qualité mises en place dans l'établissement d'étude. L'amélioration continue étant définie comme une philosophie associée à l'objectif d'offrir des services qui répondent et vont au-delà des attentes des usagers (Shortell, Bennett et Byck, 1998). Il s'agit d'un ensemble d'activités systématiques et basées sur des données probantes menées dans le but d'apporter des améliorations immédiates dans la prestation des soins et services dans un contexte particulier (Lynn et al., 2007). La littérature rapporte plusieurs approches d'amélioration continue des processus telles que la roue de Deming, le modèle PDCA, la méthode Lean et le Six Sigma (Hughes, 2008).

En mobilisant quatre des sept critères de qualité énoncés par l'Institute of Medicine (2001), la perception des proches des usagers sur l'amélioration de la qualité des soins et services a été mesurée par rapport à : l'accessibilité des services en temps opportun, la sécurité des services (évitement des incidents et accidents pour les usagers et les intervenants), l'équité des soins et services (pas de variabilité en fonction des caractéristiques des usagers) et à la participation des usagers et des proches des usagers (respect des besoins, des préférences et des valeurs des usagers et proches des usagers ; considération de l'expérience et de l'expertise des usagers et proches des usagers).

Tableau 5. – Opérationnalisation de la dimension du suivi réflexif

DIMENSION DU CADRE	COMPOSANTES	OPÉRATIONNALISATION
<p><b>4. Suivi réflexif</b></p> <p><i>Le travail d'évaluation que les personnes effectuent pour évaluer et comprendre les effets d'un nouvel ensemble de pratiques sur eux-mêmes et sur ceux qui les entourent.</i></p>	<p><b>4.1. <i>Systématisation</i></b></p> <p>Le travail de collecte d'informations de diverses manières afin d'apprécier l'efficacité et l'utilité d'un ensemble de pratiques.</p> <p><b>4.2. <i>Évaluation collective</i></b></p> <p>Les participants travaillent ensemble — parfois dans des collaborations formelles, parfois dans des groupes informels pour évaluer la valeur d'un ensemble de pratiques.</p> <p><b>4.3. <i>Évaluation individuelle</i></b></p> <p>Les participants à un nouvel ensemble de pratiques travaillent également de manière expérimentale en tant qu'individus pour évaluer leurs effets sur eux et sur les contextes dans lesquels ils sont définis.</p> <p><b>4.4. <i>Reconfiguration</i></b></p> <p>Le travail d'évaluation effectué par des individus ou des groupes pour tenter de redéfinir les procédures ou modifier les pratiques, voire de modifier la forme d'une nouvelle technologie elle-même.</p>	<p>-Amélioration continue de la qualité des services</p> <p>— Niveau d'implantation de la gouvernance clinique</p>

## Influence des contextes

### **Contexte interne**

L'étude du contexte organisationnel interne a été principalement effectuée par l'appréciation de la culture et des valeurs établies dans l'établissement et du comment elles influencent l'intégration du cadre de la gouvernance clinique.

### **Contexte externe**

L'influence du contexte externe a été appréciée par une analyse de la nature des collaborations établies avec les autres instances régionales, une analyse des politiques et orientations gouvernementales, et des lois et règlements en vigueur.

## **Collecte des données**

### **Revue systématique de la littérature**

Avec l'aide d'un spécialiste de l'information, une recherche de la littérature scientifique a été effectuée dans plusieurs bases de données : MEDLINE (PubMed), EMBASE (Ovid), Cochrane et CINAHL (EBSCO). Les mots clés : « clinical governance », « quality improvement », « conceptual framework », « definition », « implementation » ont été utilisés. Les articles publiés depuis 1997 ont été recherchés. La recherche initiale de l'information a été faite en juin 2013 ; une mise à jour de la stratégie a été menée en décembre 2019 afin de répertorier toute nouvelle étude. Enfin, les bibliographies des publications sélectionnées ont été consultées. La stratégie de recherche est présentée à l'annexe 2.

### **Étude de cas**

Pour répondre aux objectifs de recherche, trois techniques de collecte de données ont été utilisées : l'analyse documentaire, les entrevues individuelles et les groupes de discussions.

#### L'analyse documentaire

L'analyse documentaire est une technique de collecte de données qui permet de se familiariser avec la structure et les processus organisationnels au sein d'une organisation (Fortin, 2006). Une

base de données des documents organisationnels pertinents a été constituée. Les rapports annuels de l'organisation, les rapports d'activités, les comptes rendus du conseil d'administration, les documents méthodologiques, les politiques, les cadres de référence et les documents de travail internes produits entre 2009 et 2015 ont été répertoriés et consultés.

#### Les entrevues individuelles

La formule des entrevues individuelles semi-dirigées a été privilégiée afin de focaliser l'entretien sur une information spécifique, tout en offrant la latitude aux répondants d'exprimer leur point de vue.

Des entrevues individuelles ont été menées auprès des acteurs clés à différents niveaux de gouvernance. La liste des participants a été développée d'abord en observant l'organigramme de l'établissement afin de cibler les positions d'intérêt selon le niveau de gouvernance. Par la suite, à partir de la liste des postes ciblés, une liste exhaustive a été établie à partir de la base des données des employés par la coordinatrice aux activités de la recherche de l'établissement. L'invitation à participer au projet a été faite par une lettre d'invitation envoyée par courriel (annexe 3). Un guide d'entrevue a été développé selon les dimensions de l'étude (annexe 4).

Au total, quarante et une personnes (n=41) ont été sollicitées. Malgré deux rappels, un grand nombre de personnes n'ont pas donné suite à l'invitation. De ceux qui ont répondu à la sollicitation (n=23), tous ont signé un formulaire de consentement à la participation (annexe 5). Une seule personne (n=1) ayant consenti à participer a finalement décliné l'invitation à cause d'un agenda chargé. Le tableau 6 présente la distribution des entrevues.

Les entrevues individuelles d'une durée d'une heure ont été menées par le chercheur principal entre juin et décembre 2015. La plupart des entrevues se sont déroulées dans les locaux de l'établissement sur trois sites différents. Deux entrevues ont eu lieu au téléphone en raison de l'absence de disponibilité du participant à se déplacer. Toutes les entrevues ont été enregistrées après avoir obtenu le consentement du participant. Les entrevues ont été retranscrites sous forme de verbatim afin de mieux saisir les perceptions de chaque participant.

Tableau 6. – Distribution des entrevues individuelles par niveau de gouvernance

Niveau de gouvernance (niveau d'analyse)	Position dans l'organisation	Nombre sollicité	Nombre acceptant de participer	Nombre réel de participants (taux de participation)
<b>Stratégique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Membres du conseil d'administration</li> </ul>	20	5	5 (25%)
<b>Tactique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsables des directions suivantes :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Direction des services à la clientèle ;</li> <li>○ Direction de la qualité, de la recherche, du développement et de l'innovation ;</li> <li>○ Direction scientifique ;</li> <li>○ Direction des ressources humaines et du développement organisationnel ;</li> <li>○ Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles.</li> </ul> </li> <li>▪ Gestionnaires/coordonnateurs de programmes associés aux clientèles pour chaque territoire desservi.</li> </ul>	14	12	11 (78,6%)
<b>Clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chefs de service clinique.</li> </ul>	7	6	6 (85,8%)
<b>TOTAL</b>		41	23	22 (53,7%)

#### Les groupes de discussion

Les groupes de discussion ont été planifiés auprès de deux types d'acteurs (tableau 7) :

- les intervenants cliniques : éducateurs, psychoéducateurs, ergothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, kinésioles, orthophonistes et infirmiers
- les proches d'utilisateurs présentant une déficience intellectuelle ou des troubles envahissants du développement

Le recrutement des intervenants cliniques a été fait au moyen d'un courriel d'invitation envoyé par courriel, par l'intermédiaire des chefs d'équipe (annexe 6). En effet, afin d'augmenter la probabilité de participation, il a été convenu que chaque chef d'équipe se chargerait de communiquer l'intention aux groupes d'intervenants dont il est en charge.

Au total, douze intervenants (n=12) ont accepté de participer au projet de recherche et ont signé un formulaire de consentement (annexe 5). Deux groupes de discussion de six intervenants chacun ont ainsi été planifiés. Par la suite, seulement huit (n=8) intervenants se sont présentés aux deux groupes de discussions prévus. Les autres n'ont pas justifié leur absence. Les deux rencontres ont eu lieu dans les locaux de l'établissement. Une discussion d'environ une heure et demie a été dirigée par le chercheur principal en utilisant un guide de discussion semi-structurée (annexe 7).

Le recrutement particulier des proches des usagers a été fait par envoi ciblé de lettres d'invitation par voie postale (annexe 8) auprès de 200 proches. Le choix des personnes a été fait au hasard, en assurant la représentativité du type de clientèle parmi les 2000 usagers de l'établissement.

Aux treize (13) personnes qui ont consenti à participer à l'étude, quatre choix de dates de rencontre ont été proposés par courriels au moyen d'un sondage DoodleMD et deux rappels téléphoniques ont été faits. À l'approche des entrevues, plusieurs ont toutefois décliné l'invitation à participer ou ne se sont pas présentés au rendez-vous. Ceux qui ont décliné l'invitation ont évoqué un agenda très chargé considérant les besoins de l'utilisateur dont ils sont en charge. En somme, un seul groupe de discussion a été mené avec quatre (n= 4) proches d'utilisateurs représentant trois utilisateurs distincts âgés de 22 à 26 ans dont un atteint d'un trouble du spectre de l'autisme et deux atteints de déficience intellectuelle. Tous les proches étaient des parents légaux des utilisateurs représentés.

La rencontre avec les proches d'utilisateurs a eu lieu dans les locaux de l'établissement. Une discussion d'environ une heure et demie a été menée par le chercheur principal en utilisant un guide de discussion semi-structurée (annexe 9) contenant des questions basées sur quatre des sept critères de qualité énoncés par l'Institute of Medicine (2001) : l'accessibilité, la sécurité et

l'équité des services et la participation des usagers et des proches des usagers aux choix des modalités de prestation des services. Tous les propos du groupe ont été enregistrés et retranscrits sous forme de verbatim afin de mieux saisir les perceptions de chaque participant.

Tableau 7. – Distribution des groupes de discussion

TYPE D'ACTEURS	NOMBRE SOLLICITE	NOMBRE ACCEPTANT DE PARTICIPER	NOMBRE REEL DE PARTICIPANTS
Intervenants cliniques	-	12	8 (2 groupes n = 5 et n= 3)
Proches d'usagers	200	13	4 (1 groupe)

### Qualité des outils de mesure

Les grilles des entrevues et des groupes de discussion présentées en annexe ont été élaborées en fonction des dimensions présentées dans notre cadre conceptuel. Ces dimensions ont été déterminées à partir d'une revue de la littérature scientifique et des objectifs de notre recherche. Les grilles ont été révisées et validées par un expert dans la conception de la gouvernance clinique et par un autre en méthodologie de la recherche.

## Analyse des données

### Volet 1 — Revue systématique de la littérature

Les données extraites des articles sélectionnés ont été synthétisées sous la forme d'une synthèse méta-narrative menée à partir d'une analyse de contenu.

### Volet 2 — Étude de cas

#### Analyse thématique qualitative

Une analyse thématique qualitative du contenu des verbatim des entrevues et de la documentation a été menée par codification à l'aide du logiciel de QDA Miner 5.0 et selon la méthode de codification proposée par King (1998). L'analyse thématique est une approche qui permet de créer une liste de codes à partir des thèmes identifiés dans les verbatim et de certains codes définis a priori. Il s'agit d'une approche intermédiaire entre l'analyse de contenu

pour laquelle les codes d'analyse sont prédéterminés et la théorie ancrée pour laquelle il n'y a aucune détermination a priori des codes.

Les livres de codifications ont été construits en suivant la structure suivante proposée par King (1998) :

- Création d'une liste de codes initiale contenant des codes prédéfinis à partir des dimensions de notre cadre conceptuel et des guides d'entrevues.
- Création de la liste de codes révisée par la suppression, la fusion ou l'ajout de codes selon les nouveaux thèmes émergents de l'analyse des verbatims.
- Création du livre de codification finale après une analyse de tous les textes.

#### Triangulation des données

Lorsqu'applicable, la triangulation des données issues de l'analyse documentaire, des entrevues et des groupes de discussion a été effectuée afin de présenter un portrait et de mieux comprendre les stratégies d'implantation et les effets du cadre de gouvernance clinique dans l'établissement à l'étude.

## **Considérations éthiques**

Deux comités d'éthique de la recherche ont revu et approuvé le protocole de l'étude : le comité de l'Université de Montréal (Numéro de certificat 15-072-CERES-D) et le comité du CRDITED MC-IU (numéro de projet CÉRC-0213). Les certificats sont présentés à l'annexe 9.

Le consentement de tous les participants à l'étude a été obtenu par écrit. Les entrevues ont été enregistrées après consentement de participants. Pour protéger l'identité des participants, aucune donnée analysée n'a été associée au poste occupé ou au nom des participants.

## Chapitre 5 — Résultats

Cette section présente les résultats de la recherche sous la forme de trois articles scientifiques et d'un chapitre sur les résultats complémentaires aux articles précédents.

**Le premier article** intitulé « *Conceptualisation et mise en œuvre de la gouvernance clinique : synthèse méta-narrative* » présente un portrait historique sur la conceptualisation et l'implantation du cadre de la gouvernance clinique et une réflexion sur son positionnement dans le domaine de la gestion de l'amélioration continue des soins et services de santé. Son apport à cette thèse se situe au niveau conceptuel : il a permis de mieux cerner l'objet de la recherche et d'en dégager les enjeux essentiels à la démarche empirique qui s'en est suivie.

**Le deuxième article** intitulé : « *analyse du processus d'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier* » présente le processus de conceptualisation et d'implantation du cadre de gouvernance clinique dans le cas à l'étude. Son apport à cette thèse se situe au niveau opérationnel : il présente la démarche empirique effectuée ainsi que la contribution à l'avancement des connaissances pour l'étude de la gouvernance clinique.

**Le troisième article** intitulé « *Enjeux de mise en œuvre de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier* » présente la perception des acteurs de différents niveaux de gouvernance sur les défis d'implantation du cadre de gouvernance clinique. Il apporte un regard critique des participants à la recherche sur le processus d'implantation de la gouvernance clinique.

Le chapitre sur **les résultats complémentaires** présente la perspective des proches d'usagers sur la qualité des services reçus.

# **Article 1 — CONCEPTUALISATION ET MISE EN ŒUVRE DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE : SYNTHÈSE META-NARRATIVE**

## **AUTEURS**

**Lobè, Christine**, M.Sc, MAP, Ph.D. (c)

*École de santé publique, Université de Montréal*

**Pomey, Marie Pascale**, MD, Ph.D.

*Département de gestion, évaluation et politique de la santé, Université de Montréal*

*École de santé publique, Université de Montréal*

*Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal*

## **CONTRIBUTION DES AUTEURS**

CL : conception de l'étude ; extraction et analyse des données et rédaction du manuscrit.

MPP : extraction des données, validation des analyses et révision du manuscrit.

## **STATUT L'ARTICLE :**

Cet article a été soumis au *Journal de gestion et d'économie de la santé* / Rubrique : Bilans

## Résumé

**Objectif** : La qualité des soins et services de santé demeure au cœur des démarches d'amélioration continue des systèmes de soins à travers le monde. La gouvernance clinique est un cadre de gestion reconnu pour l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, sa complexité présente des enjeux de compréhension et de mise en œuvre. Cette revue a pour but de dresser un portrait de l'évolution de la conception de la gouvernance clinique pour favoriser la compréhension et identifier les leviers de mise en œuvre.

**Méthodes** : La littérature publiée entre 1997 et 2019 a été recherchée dans quatre bases de données : MEDLINE (PubMed), EMBASE (Ovid), Cochrane et CINAHL (EBSCO). Une synthèse méta-narrative a été menée en respectant les standards RAMESES. Une analyse de contenu des données a été effectuée à partir des thèmes préétablis.

**Résultats** : Soixante-cinq articles ont été retenus. Trois éléments principaux caractérisent le cadre de gouvernance clinique dans le secteur hospitalier : l'amélioration continue de la qualité, l'excellence clinique par l'application des hauts standards et l'imputabilité collective et individuelle dans les organisations. Les stratégies locales selon les secteurs et les milieux de pratiques, l'adoption d'une culture d'apprentissage, l'établissement d'un leadership fort émergent des équipes de praticiens et la disponibilité des ressources sont les leviers de l'implantation de ce cadre.

**Conclusion** : Considérant les défis de transformation des systèmes de santé pour l'amélioration continue des soins et services et la complexité d'opérationnalisation du cadre de gouvernance clinique, une transition vers de nouveaux concepts émergents, tels que celui des systèmes apprenants devrait être considérée.

**Mots clés** : gouvernance clinique, synthèse méta-narrative, évolution, implantation, revue systématique.

## **Abstract**

**Objective:** Quality of health care and services remains at the heart of efforts to continuously improve healthcare systems around the world. Clinical governance is a recognized management framework for improving the quality of care. However, its complexity presents challenges of understanding and implementation. This review aims to expose the evolution of clinical governance to promote understanding and identify facilitator's factors for implementation.

**Methods:** The literature published between 1997 and 2019 was searched in four databases: MEDLINE (PubMed), EMBASE (Ovid), Cochrane and CINAHL (EBSCO). A meta-narrative synthesis was carried out respecting RAMESES standards. A data content analysis was performed based on the pre-established themes.

**Results:** Sixty-five articles were selected. Three main elements characterize the clinical governance framework: continuous quality improvement, clinical excellence through the application of high standards and collective and individual accountability in organizations. Local strategies according to sectors and practice environments, the adoption of a learning culture, the establishment of strong leadership emerging from the teams of practitioners and the availability of resources are the facilitator's factors for the implementation.

**Conclusion:** Considering the challenges of transforming health systems and the complexity of operationalizing the clinical governance framework, a transition to new emerging concepts, such as that of learning systems should be considered.

**Keywords:** clinical governance, meta-narrative synthesis, historic, implementation, review.

## Introduction

Depuis le début des années 90, l'amélioration de la qualité des soins et services est au centre des préoccupations des systèmes de soins, notamment à cause d'une augmentation des incidents et accidents médicaux et de la variation dans la qualité des soins, entre les établissements au sein d'un même système ou entre les systèmes de différents pays (Ferlie et Shortell, 2001). Dans cet élan, il a été reconnu que les professionnels de la santé et les instances de gouverne du système devraient avoir une responsabilité centrale dans l'atteinte de hauts standards de qualité. C'est dans cette perspective que, dans sa réforme du système de soins en 1998, le National Health System (NHS) au Royaume-Uni a développé un cadre conceptuel conjuguant l'amélioration de la qualité des soins et la notion de reddition de comptes. Ce cadre fut nommé « la gouvernance clinique » (Department of Health, 1998).

Bien qu'elle soit largement comprise comme moyen de gestion et d'amélioration de la qualité des soins, force est de constater que la compréhension de plusieurs gestionnaires et praticiens cliniques de ce qu'est la gouvernance clinique demeure limitée (O'Connor et Paton, 2008) et que sa mise en œuvre est un défi actuel pour les établissements de soins. En effet, la plupart des cadres conceptuels de gouvernance proposés dans la littérature consistent en des énoncés de principes sans nécessairement mettre de l'avant les modalités d'implantation de ces principes. De plus, ces cadres sont en général restreints à un contexte de pratique ou législatif particulier, et par conséquent difficilement transférables à d'autres contextes (Holden et Moore, 2004).

Or, le concept de gouvernance clinique demeure utile et pertinent pour soutenir la réflexion autour de la gestion des soins et services de santé, étant donné sa capacité à mettre en liaison et de permettre la coordination de diverses stratégies et activités autour de l'amélioration continue de la qualité.

La présente revue a pour but de 1) dresser un portrait de l'évolution de la conception de la gouvernance clinique (sa définition et sa modélisation) afin d'en favoriser la compréhension ; 2) d'identifier les leviers de mise en œuvre de la gouvernance clinique dans divers milieux de

pratique clinique hospitalière ; et 3) de proposer une perspective sur l'évolution du concept de gouvernance clinique.

## **Méthodes**

### **Type de revue**

Un protocole a préalablement été élaboré en vue de mener une revue systématique traditionnelle. Toutefois, l'analyse préliminaire des données issues de la littérature a permis de constater qu'il existe une multitude de cadres conceptuels de la gouvernance clinique et différentes propositions de modalités de mise en œuvre de ces cadres, selon les milieux de pratique clinique. Nous avons ainsi trouvé pertinent de mener une synthèse de la littérature de type méta-narrative, une méthode qui permet d'identifier, d'explorer et de synthétiser les différentes approches conceptuelles sur un sujet afin d'en tirer une meilleure compréhension de l'ensemble (Greenhalgh et Wong, 2013). Les standards RAMESES (*Realist And MEta-narrative Evidence Syntheses: Evolving Standards*) pour mener les synthèses méta-narratives ont été appliqués (Wong, Greenhalgh, Westhorp, Buckingham et Pawson, 2013).

### **Examen de la portée de la littérature**

Une recherche préliminaire de l'information a été effectuée dans la littérature grise en consultant les sites Internet des organismes membres de The international Society for Quality in Health care (ISQUA) et en interrogeant les moteurs de recherche Google et Google Scholar. Cet exercice nous a permis de bâtir une assez large compréhension du concept à l'étude et de cibler les termes clés pour une recherche plus approfondie de l'information.

### **Stratégie de recherche**

Avec l'aide d'un spécialiste de l'information, une recherche de la littérature scientifique a été effectuée dans plusieurs bases de données : MEDLINE (PubMed), EMBASE (Ovid), Cochrane et CINAHL (EBSCO). Les mots clés : « clinical governance », « quality improvement », « conceptual framework », « definition », « implementation » ont été utilisés. Les articles publiés entre 1997 et 2019 ont été recherchés. La recherche initiale de l'information a été faite en juin 2013 ; une

mise à jour de la stratégie a été menée en décembre 2019 afin de répertorier toute nouvelle étude. Enfin, les bibliographies des publications sélectionnées ont été consultées. La stratégie de recherche est présentée à l'annexe A.

### **Sélection des documents**

La sélection des documents répertoriés dans les bases de données électroniques a été effectuée de façon indépendante par deux examinateurs (CL et MPP), sans égard à la perspective conceptuelle adoptée par les auteurs des documents. Les documents issus de la littérature grise ont été sélectionnés par un premier examinateur (CL) et validés par un deuxième (MPP). Les divergences d'opinions ont été réglées par consensus. Tous les documents primaires publiés depuis 1997 et dont l'objet principal portait sur la définition, la conceptualisation ou l'implantation de la gouvernance clinique ont été retenus. Les revues systématiques, les éditoriaux, les lettres à l'éditeur, les commentaires et les résumés de conférences ont été exclus.

Pour les définitions, les publications retenues devaient présenter une définition originale, c'est-à-dire non tirée d'une publication antérieure. Pour la conceptualisation, les documents retenus devaient présenter un cadre conceptuel de la gouvernance clinique au niveau systémique, c'est à dire soit au niveau d'un système de soins et de services, soit au niveau d'une région administrative, ou encore au niveau d'un champ de pratique (exemples : soins primaires, santé mentale, santé publique, soins infirmiers, soins et services en réadaptation). De plus, le cadre proposé dans l'étude devait inclure les définitions des concepts mobilisés et une façon de les opérationnaliser. Les documents présentant des cadres conceptuels portant un regard sur une unité de pratique spécifique (exemple : soins intensifs, services de chirurgie) ou dans lesquels les définitions des concepts n'étaient pas présentées ont été exclus.

Pour les approches de mise en œuvre ou d'implantation de la gouvernance clinique, les études qualitatives publiées et revues par les pairs et les documents organisationnels présentant une démarche d'implantation ont été retenus.

## **Appréciation de la qualité des documents**

La qualité méthodologique des documents retenus n'a pas été formellement évaluée en l'absence d'outils appropriés pour les types d'études répertoriées. La qualité des documents a toutefois été assurée en ciblant uniquement les publications révisées par les pairs ou les rapports publiés par des organismes de gouverne au niveau local, national ou international.

## **Extraction de données**

L'extraction des données a été effectuée de façon indépendante par deux examinateurs (CL et MPP) à l'aide des formulaires préétablis et préalablement testés sur quelques études. Pour chaque objet de l'évaluation, les données suivantes ont été extraites : la définition donnée à la gouvernance clinique, les bases épistémologiques de l'approche présentée s'il y a lieu ; les dimensions du cadre conceptuel, son domaine d'application et les approches d'implantation.

## **Processus d'analyse et de synthèse**

Une synthèse méta-narrative été menée à partir d'une analyse de contenu manuelle des définitions et des cadres conceptuels. Pour les définitions attribuées à la gouvernance clinique, l'analyse a été menée en vue de faire émerger les éléments constitutifs similaires à l'ensemble des définitions. Pour les approches de conceptualisation et d'opérationnalisation, les données ont été analysées en considérant les facteurs liés à la structure (modalités de gouvernance ; culture organisationnelle et ressources) et les facteurs liés au processus (instruments de mesure et processus d'implantation). Selon les principes de la synthèse méta-narrative, tous les résultats ont été présentés chronologiquement et selon la diversité des écoles de pensées si ces dernières ont été explicitement mentionnées par les auteurs.

## **Résultats**

### **Diagramme de flux et caractéristiques des documents retenus**

Les résultats de la recherche de l'information nous ont permis de constater que la gouvernance clinique demeure un concept « enthousiasmant » et encore actuel. En effet, 1163 documents ont été répertoriés, dont 1052 à partir des bases de données électroniques et 111 à partir

d'autres sources. Après l'application des critères de sélection, soixante-cinq (65) ont été retenus pour l'analyse, telle que présentée dans le diagramme de flux (Moher, Liberati, Tetzlaff et Altman, 2009) (annexe B). Les documents ont été publiés entre 1998 et 2019 et proviennent principalement du Royaume-Uni, de l'Irlande, de l'Écosse, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

## **Résultats principaux**

Définitions de la gouvernance clinique : plusieurs concepts mobilisés

Dix-huit (18) nouvelles définitions de la gouvernance clinique ont été proposées de 1998 à 2017 (tableau 1). Seule la publication dans laquelle une définition a été citée pour la première fois a été citée. La plupart des définitions sont issues du domaine médical et proviennent d'organismes ou d'auteurs établis au Royaume-Uni.

L'analyse de l'ensemble des publications montre que la définition du National Health Service (NHS) (Sally et Donaldson, 1998; Department of Health, 1998), établie lors de l'introduction du concept de la gouvernance clinique en 1998, demeure la plus citée ou souvent adaptée pour proposer une deuxième définition.

*"A framework through which NHS organisations 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"* (Department of Health, 1998; para. 3.2)

Tableau 8. – Article 1— Tableau 1 – Nouvelles définitions de la gouvernance clinique citées dans les documents originales

AUTEUR (S) / INSTITUTION/ANNÉE/PAYS	SOURCE (RÉFÉRENCE)	TYPE DE PUBLICATION	DEFINITIONS (en ordre chronologique de publication)
Department of Health <b>1998</b> ROYAUME-UNI	(Department of Health, 1998) p.33	Littérature grise	1. The framework through which health care organisations 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.  <b>Le cadre dans lequel les organisations de soins de santé sont tenues imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et de la sauvegarde des normes élevées de soins tout en créant un environnement propice au développement de l'excellence clinique. [traduction libre]</b>
Scally et Donaldson <b>1998</b> Royaume-Uni	(Scally et Donaldson, 1998) p.61	Article scientifique	2. A system through which NHS (National Health Service) organisations 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.  <b>Un système par lequel les organisations du NHS sont responsables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et de la sauvegarde des normes élevées de soins, tout en créant un environnement propice au développement de l'excellence clinique. [traduction libre]</b>
Royal College of Nursing <b>1998</b> ROYAUME-UNI	(Royal college of Nursing, 2003) p.3	Littérature grise	3. A framework which helps all clinicians – including nurses – to continuously improve quality and safeguard standards of care.  <b>Un cadre qui aide tous les cliniciens - y compris les infirmières - à améliorer continuellement la qualité et à sauvegarder les normes de soins. [traduction libre]</b>

AUTEUR (S) / INSTITUTION/ANNÉE/PAYS	SOURCE (RÉFÉRENCE)	TYPE DE PUBLICATION	DEFINITIONS (en ordre chronologique de publication)
Galbraith 1998 ÉCOSSE	(Galbraith, 1998) p.2	Article scientifique	<p>4. The vital ingredient which will enable us to achieve a Health Service in which the quality of health care is paramount. The best definition that I have seen of clinical governance is simply that it means "corporate accountability for clinical performance". Clinical governance will not replace professional self regulation and individual clinical judgement, concepts that lie at the heart of health care in this country. But it will add an extra dimension that will provide the public with guarantees about standards of clinical care.</p> <p><b>L'ingrédient essentiel qui nous permettra d'atteindre un service de santé dans lequel la qualité des soins de santé est primordiale. La meilleure définition que j'ai vue de la gouvernance clinique est simplement qu'elle signifie « imputabilité corporative pour la performance clinique ». La gouvernance clinique ne remplacera pas l'autoréglementation professionnelle et le jugement clinique individuel, concepts qui sont au cœur des soins de santé dans ce pays. Mais cela ajoutera une dimension supplémentaire qui fournira au public des garanties sur les normes de soins cliniques. [traduction libre]</b></p>
Lilley et Lambden 1999 Royaume-Uni	(Lilley et Lambden, 1999)	Article scientifique	<p>5. Doing anything and everything to maximise quality' in the health service.</p> <p><b>Faire tout et n'importe quoi pour maximiser la qualité des services de santé. [traduction libre]</b></p>
Van Zwanenberg et Harrison 2000 Royaume-Uni	(Van Zwanenberg et Harrison, 2000).	Article scientifique	<p>6. A powerful, new and comprehensive mechanism for ensuring that high standards of clinical care are maintained throughout the NHS and the quality of service is continuously improved.</p> <p><b>Un mécanisme puissant, nouveau et complet pour garantir le maintien de normes élevées de soins cliniques dans l'ensemble du NHS et l'amélioration continue de la qualité de service. [traduction libre]</b></p>

AUTEUR (S) / INSTITUTION/ANNÉE/PAYS	SOURCE (RÉFÉRENCE)	TYPE DE PUBLICATION	DEFINITIONS (en ordre chronologique de publication)
Office of Safety and Quality in Health Care <b>2001</b> AUSTRALIE	(Office of Safety and Quality in Health Care, 2001; Western Australia Department of Health, 2005) p.2	Littérature grise	7. A systematic and integrated approach to assurance and review of clinical responsibility and accountability that improves quality and safety resulting in optimal patient outcomes.  <b>Une approche systématique et intégrée de l'assurance et de l'examen de la responsabilité et de l'imputabilité cliniques qui améliore la qualité et la sécurité, ce qui se traduit par des résultats optimaux pour les patients. [traduction libre]</b>

AUTEUR (S) / INSTITUTION/ANNÉE/PAYS	SOURCE (RÉFÉRENCE)	TYPE DE PUBLICATION	DEFINITIONS (en ordre chronologique de publication)
Wright, Barnett et Hendry <b>2001</b> NOUVELLE ZÉLANDE	(Wright, Barnett et Hendry, 2001) <i>p. 66</i>	Article scientifique	<p>8. Clinical governance is organisational accountability for clinical performance, health outcomes and effective use of resources, including the systems which regulate clinical activity, ensure patient safety and promote the highest standards of patient care.</p> <p>Clinical governance focuses on health outcomes, requires consumer participation and supports organisational learning and development.</p> <p>Clinical governance ensures that the limited resources are utilised to maximise the health gain of people served by the Hospital Health Service. Strategic business planning must include the development of clinical services to achieve objectives in health status as well as financial performance.</p> <p><b>La gouvernance clinique est la responsabilité organisationnelle pour la performance clinique, les résultats pour la santé et l'utilisation efficace des ressources, y compris les systèmes qui réglementent l'activité clinique, assurent la sécurité des patients et promeuvent les normes les plus élevées de soins aux patients.</b></p> <p><b>La gouvernance clinique se concentre sur les résultats pour la santé, requiert la participation des consommateurs et soutient l'apprentissage et le développement organisationnels.</b></p> <p><b>La gouvernance clinique garantit que les ressources limitées sont utilisées pour maximiser le gain de santé des personnes desservies par le service de santé hospitalier. La planification stratégique des activités doit inclure le développement de services cliniques pour atteindre les objectifs en matière de santé et de performance financière. [traduction libre]</b></p>

AUTEUR (S) / INSTITUTION/ANNÉE/PAYS	SOURCE (RÉFÉRENCE)	TYPE DE PUBLICATION	DEFINITIONS (en ordre chronologique de publication)
Som <b>2004</b> ROYAUME-UNI	(Som, 2004) p.89	Article scientifique	<p>9. A governance system for health-care organisations that promotes and integrated approach towards management of inputs, structure and process to improve the outcome of health-care service delivery where health staff work in an environment of greater accountability for clinical quality.</p> <p><b>Un système de gouvernance pour les organisations de soins de santé qui promeut et intègre une approche de la gestion des intrants, de la structure et du processus pour améliorer les résultats de la prestation des services de santé où le personnel de santé travaille dans un environnement de plus grande responsabilisation pour la qualité clinique. [traduction libre]</b></p>
Children Youth and Women's Health Service 2006 AUSTRALIE	(Children Youth and Women's Health Service, 2006) p.4	Littérature grise	<p>10. A system by which the governing body, managers, clinicians, health workers and staff share responsibility and are held accountable for patient care, minimising risks to consumers and for continuously monitoring and improving the quality of care and services</p> <p><b>Un système par lequel les administrateurs, les gestionnaires, les cliniciens, les agents de santé et le personnel partagent la responsabilité et sont tenus responsables des soins aux patients, minimisant les risques pour les consommateurs, surveillant et améliorant en permanence la qualité des soins et des services. [traduction libre]</b></p>
Brault, Roy et Denis 2008 CANADA (QUÉBEC)	(Brault et al., 2008).	Article scientifique	<p>11. Espace situé entre le système de gestion et le système clinique d'une organisation. [...] Un lieu où se mobilisent conjointement les savoirs et les relations émergent 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. [...] Inlus l'ensemble des initiatives permettant d'optimiser la qualité des soins et des services de santé.</p>

AUTEUR (S) / INSTITUTION/ANNÉE/PAYS	SOURCE (RÉFÉRENCE)	TYPE DE PUBLICATION	DEFINITIONS (en ordre chronologique de publication)
Australian General Practice Network <b>2010</b> AUSTRALIE	(Australian General Practice Network, 2010) p.2	Littérature grise	<p>12. Is about ensuring the standard of clinical performance of a health care organisation and the compliance of the organisation in relation to maintaining good quality clinical care and services</p> <p><b>Il s'agit d'assurer le niveau de performance clinique d'un organisme de soins de santé et la conformité de l'organisme en matière de maintien de soins et de services cliniques de bonne qualité. [traduction libre]</b></p>
CARLOW <b>2010</b> CANADA	(Carlow, 2010a)	Article scientifique	<p>13. The vehicle through which patient-centred, integrated health service delivery and continuous improvement occur. It is a melding of administrative and clinical elements, providing a framework within the organization for clinical accountability.</p> <p><b>Le véhicule par lequel la prestation de services de santé intégrée et centrée sur le patient et l'amélioration continue se produisent. Il s'agit d'un mélange d'éléments administratifs et cliniques, fournissant un cadre au sein de l'organisation pour la responsabilité clinique. [traduction libre]</b></p>
(Phillips et al., <b>2010</b> AUSTRALIE	(Phillips et al., 2010).	Article scientifique	<p>14. Clinical governance is a systematic and integrated approach to ensuring services are accountable for delivering quality health care.</p> <p><b>La gouvernance clinique est une approche systématique et intégrée pour garantir que les services sont responsables de la prestation de soins de santé de qualité. [traduction libre]</b></p>
Alberta Health Services <b>2011</b> CANADA	(Alberta Health Services, 2011) p.5	Littérature grise	<p>15. Clinical governance encompass quality care and patient safety, and focus on a systematic and integrated approach to ensure a high standard of patient care.</p> <p><b>La gouvernance clinique englobe des soins de qualité et la sécurité des patients, et se concentre sur une approche systématique et intégrée pour assurer un niveau élevé de soins aux patients. [traduction libre]</b></p>

AUTEUR (S) / INSTITUTION/ANNÉE/PAYS	SOURCE (RÉFÉRENCE)	TYPE DE PUBLICATION	DEFINITIONS (en ordre chronologique de publication)
Australian Medicare Local Alliance 2012 AUSTRALIE	(Australian Medicare Local Alliance, 2012) p.4	Littérature grise	16. Mechanism for health related services to achieve service excellence and to minimise errors or mistakes in the delivery of health care to consumers.  <b>Mécanisme pour les services de la santé afin d'atteindre l'excellence du service et de minimiser les erreurs ou les erreurs dans la prestation des soins de santé aux consommateurs [traduction libre].</b>
Health Service Executive 2012 IRLANDE	(Health Service Executive, 2012) p.52	Littérature grise	17. A management framework that ensures the achievement of high quality, safe care for service users. Note : In some healthcare organisations the term 'governance' is used. In most cases this is simply shorthand for clinical governance  <b>Un cadre de gestion qui garantit la réalisation de soins sûrs et de haute qualité pour les utilisateurs des services. Remarque : Dans certains établissements de santé, le terme « gouvernance » est utilisé. Dans la plupart des cas, il s'agit simplement d'un raccourci pour la gouvernance clinique. [traduction libre]</b>

AUTEUR (S) / INSTITUTION/ANNÉE/PAYS	SOURCE (RÉFÉRENCE)	TYPE DE PUBLICATION	DEFINITIONS (en ordre chronologique de publication)
<p>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, <b>2017</b> AUSTRALIE</p>	<p>(Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2017) p.2</p>	<p>Littérature grise</p>	<p>18. Clinical governance is the set of relationships and responsibilities established by a health service organisation between its state or territory department of health (for the public sector), governing body, executive, clinicians, patients, consumers and other stakeholders to ensure good clinical outcomes. It ensures that the community and health service organisations can be confident that systems are in place to deliver safe and high-quality health care, and continuously improve services.</p> <p>Clinical governance is an integrated component of corporate governance of health service organisations. It ensures that everyone – from frontline clinicians to managers and members of governing bodies, such as boards – is accountable to patients and the community for assuring the delivery of health services that are safe, effective, integrated, high quality and continuously improving.</p> <p><b>La gouvernance clinique est l'ensemble des relations et des responsabilités établies par une organisation de services de santé entre son département de santé national ou territorial (pour le secteur public), l'organe de gouvernance, le pouvoir exécutif, les cliniciens, les patients, les consommateurs et les autres parties prenantes pour garantir de bons résultats cliniques. Il garantit que la communauté et les organisations de services de santé peuvent être confiantes que les systèmes sont en place pour fournir des soins de santé sûrs et de haute qualité et améliorer continuellement les services.</b></p> <p><b>La gouvernance clinique est une composante intégrée de la gouvernance d'entreprise des organisations de services de santé. Il garantit que tout le monde - des cliniciens de première ligne aux gestionnaires et aux membres des organes directeurs, tels que les conseils d'administration - est responsable envers les patients et la communauté d'assurer la prestation de services de santé sûrs, efficaces, intégrés, de haute qualité et en amélioration continue. [traduction libre]</b></p>

L'analyse de contenu des définitions a permis de constater que plusieurs concepts sont mobilisés pour décrire ce qu'est la gouvernance clinique par rapport à la nature de l'objet (définisseur initial), à ses éléments constitutants et à sa finalité (figure 1).

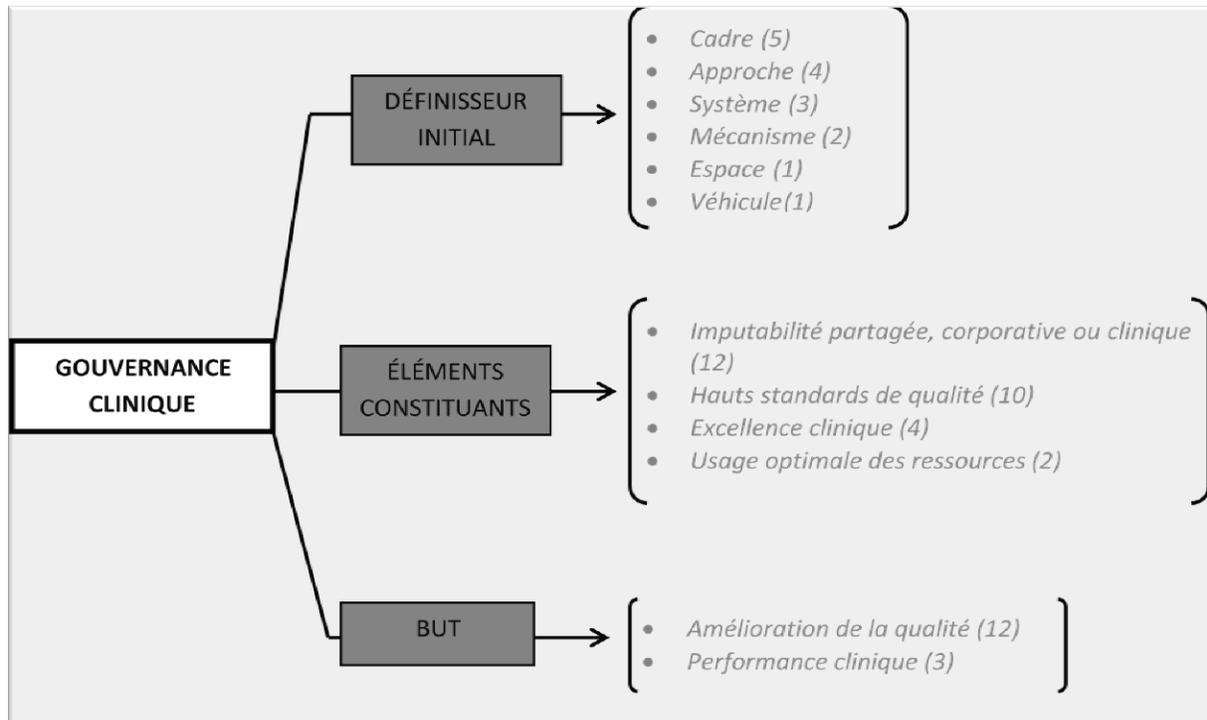


Figure 3. – Article 1 — Figure 1 : Composantes des définitions de la gouvernance clinique

#### Modélisation de la gouvernance clinique

De nombreux cadres conceptuels ou approches de modélisation de la gouvernance clinique ont été répertoriés dans la littérature (Alberta Health Services, 2011; Australian General Practice Network, 2010; Australian Medicare Local Alliance, 2012; Baker, Lakhani, Fraser et Cheater, 1999; Best Practice Advocacy Centre New Zealand, 2005; Braine, 2006; Brault et al., 2008; Chandraharan et Arulkumaran, 2007; Conseil médical du Québec, 2003; Degeling, 2006; Government of south Australia, 2006; Health Direct Australia, 2013; Healthcare Improvement Scotland, 2011; Holden et Moore, 2004; O'Connor et Paton, 2008; Queensland Health, 2012; Royal college of Nursing, 2003; Scally et Donaldson, 1998; Scottish Government, 2010; Social care institute for excellence, 2011, 2013; Swerissen et Jordan, 2005; Travaglia, Debono,

Spigelman et Braithwaite, 2011; Victorian government, 2009; Western Australia Department of Health, 2005; Wilson, Dunkley et Butler, 2000).

La plupart des cadres de la gouvernance clinique sont applicables à un contexte de pratique médicale ou législatif particulier, le plus souvent celui des systèmes de santé anglais ou australiens. Les principaux concepts et les dimensions associés à la gouvernance clinique et répertoriés dans la littérature ont été regroupés selon qu'ils renvoyaient à la structure, au processus ou aux résultats (tableau 2).

Tableau 9. – Article 1 — Tableau 2 : Dimensions mobilisées dans les cadres de gouvernance clinique

ATTRIBUTS	CONCEPTS	DIMENSIONS
<b>Structure</b>	<i>Symbolique</i> <i>(valeurs ou principes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Culture organisationnelle</li> <li>▪ Vision stratégique</li> <li>▪ Principes</li> <li>▪ Idéologie</li> <li>▪ Discours managérial</li> <li>▪ Culture de la qualité et de la sécurité</li> </ul>
	<i>Organisationnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cadre stratégique</li> <li>▪ Structure de comités</li> <li>▪ Cadre de performance</li> <li>▪ Cadre de surveillance</li> <li>▪ Structures/autorités de gouverne pour la qualité et la sécurité</li> <li>▪ Structure de partenariats</li> <li>▪ Responsabilité managériale</li> <li>▪ Structure d'imputabilité</li> <li>▪ Vue d'ensemble du système</li> <li>▪ Revue du contrat de service professionnel</li> </ul>
	<i>Ressources</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan des ressources</li> <li>▪ Personnel</li> <li>▪ Financement/coûts</li> <li>▪ Information</li> <li>▪ Connaissances</li> <li>▪ Expertises</li> <li>▪ Compétences</li> <li>▪ Main-d'œuvre qualifiée</li> </ul>

<b>Processus</b>	<i>Pratiques managériales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestion de la qualité</li> <li>▪ Gestion du risque</li> <li>▪ Gestion des évènements indésirables</li> <li>▪ Gestion de l'information</li> <li>▪ Gestion des ressources</li> <li>▪ Utilisation de l'information</li> <li>▪ Implication des cliniciens</li> <li>▪ Arrangements pour l'achat des équipements</li> </ul>
	<i>Pratiques cliniques</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implication et expérience du patient</li> <li>▪ Consultation, participation et engagement de l'utilisateur et de ses proches</li> <li>▪ Promotion du focus sur le patient</li> <li>▪ Recherche et développement/évidence</li> <li>▪ Développement professionnel</li> <li>▪ Éducation et formation</li> <li>▪ Identification et utilisation des données et des évidences</li> <li>▪ Sécurité du patient et du personnel</li> <li>▪ Apprentissage par des évènements indésirables</li> </ul>
	<i>Activités d'évaluation</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesure de la performance</li> <li>▪ Mesure des effets</li> <li>▪ Audit clinique</li> <li>▪ Révision clinique multidisciplinaire</li> <li>▪ Assurance qualité</li> <li>▪ Amélioration continue de la qualité</li> <li>▪ Plaintes et satisfactions</li> <li>▪ Contrôle des enregistrements cliniques</li> <li>▪ Contrôle des équipements</li> </ul>
<b>Résultats</b>	<i>Effets attendus</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amélioration continue de la qualité</li> <li>▪ Accessibilité</li> <li>▪ Flexibilité</li> <li>▪ Adaptation</li> <li>▪ Continuité</li> <li>▪ Efficacité clinique</li> <li>▪ Utilisation des résultats des audits et de l'évaluation des services et des indicateurs de performance</li> <li>▪ Opportunités d'amélioration</li> <li>▪ Actions correctives et préventives</li> <li>▪ Production d'un rapport annuel</li> </ul>

La figure 2 présente une analyse historique succincte de la conceptualisation de la gouvernance clinique.

En général, les travaux sur la première modélisation de la gouvernance clinique à la fin des années 90 ont permis d'élaborer un cadre dit « modèle du temple » qui se décline en sept piliers ou dimensions : l'efficacité clinique, la gestion des risques, l'expérience du patient, la communication, les ressources, la stratégie et l'apprentissage. Les sept piliers étant chapeautés par le concept de partenariat entre le patient et le professionnel de la santé. Cette représentation sous forme linéaire ne traduisait pas d'interactions entre les dimensions du modèle. En effet, chacune de ces dimensions nécessitait une démarche distincte pour sa mise en application (Baker et al., 1999; Nicholls et al., 2000; Scally et Donaldson, 1998). Par ailleurs, bien que le partenariat entre le patient et le professionnel soit au sommet du « du temple », cette notion a été peu développée et a d'ailleurs disparu des cadres conceptuels subséquents.

Au début des années 2000, on observe un renouvellement de la modélisation de la gouvernance clinique, par l'introduction d'une vision plus systémique. La gouvernance clinique est alors conceptualisée comme un système doté d'une interaction entre les dimensions touchant aux structures, aux processus et aux résultats (Best Practice Advocacy Centre New Zealand, 2005; Conseil médical du Québec, 2003; Government of south Australia, 2006; Holden et Moore, 2004; Royal college of Nursing, 2003; Western Australia Department of Health, 2005). Elle a été présentée comme un concept « parapluie » abritant toutes les activités qui viseraient l'amélioration de la qualité des soins au sein de l'organisation (Chandrabaran et Arulkumaran, 2007). Les dimensions sur les processus de gestion, la mesure de la performance organisationnelle, la culture de la qualité ou les orientations stratégiques sont alors mises de l'avant.

Les cadres conceptuels élaborés illustrent alors une connexion entre les paliers d'imputabilité ainsi que les rôles et responsabilités des acteurs impliqués. La gouvernance clinique est alors représentée comme un espace d'action collective entre le système clinique et système de gestion où les acteurs à différents niveaux de gouvernance sont impliqués, dont les

gestionnaires, les cliniciens et les patients (Braine, 2006; Brault et al., 2008; Gerada et Limber, 2003; O'Connor et Paton, 2008; Travaglia et al., 2011; Victorian government, 2009).

À partir des années 2010, très peu de cadres ont été développés dans le secteur de la santé. Cependant, c'est à partir de cette époque qu'émergent des réflexions sur la place du contexte organisationnel et de la nature du partenariat attendu entre les acteurs (Health Direct Australia, 2013; Healthcare Improvement Scotland, 2011; Queensland Health, 2012; Scottish Government, 2010; Social care institute for excellence, 2011, 2013; Travaglia, Debono, Spigelman et Braithwaite, 2011).

### CONCEPTUALISATION : ÉVOLUTION DES CADRES

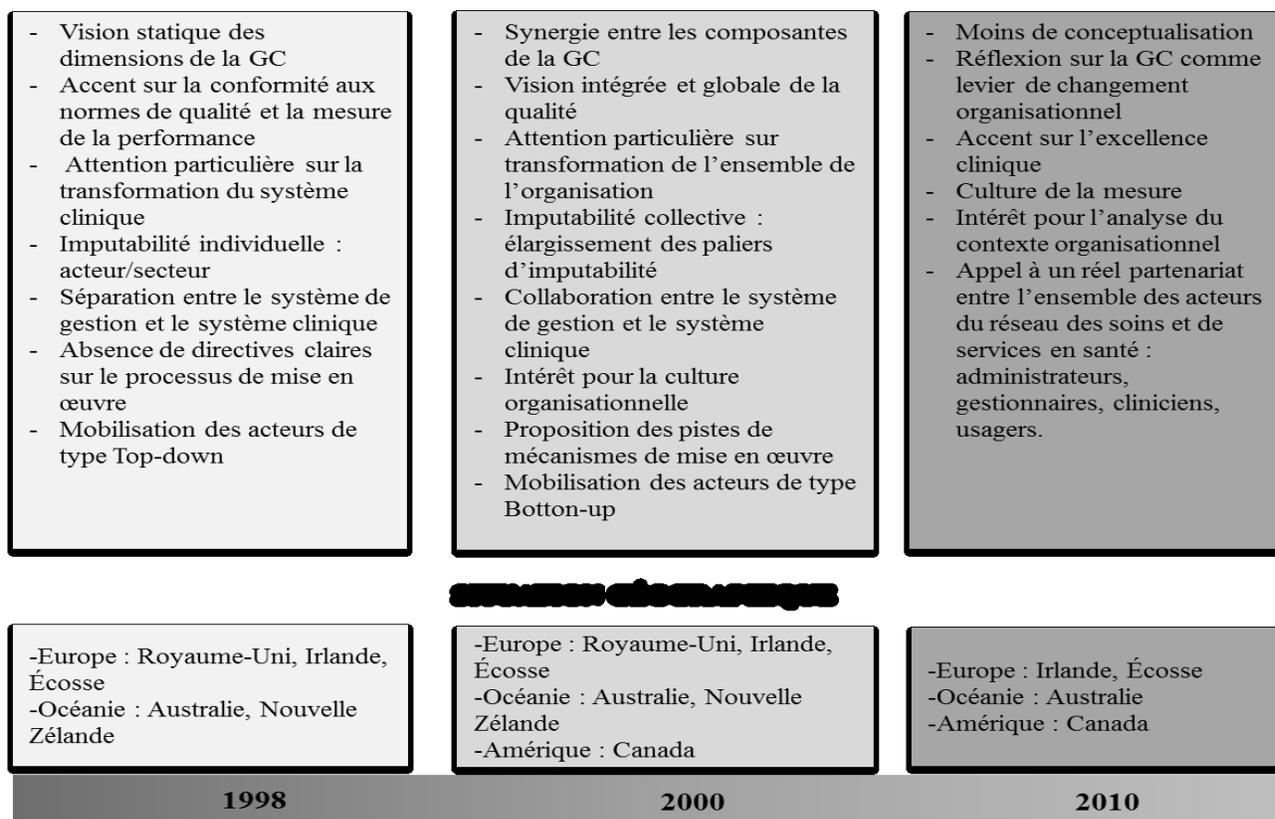


Figure 4. – Article 1 — Figure 2 : Analyse historique de la conceptualisation de la gouvernance clinique

## Opérationnalisation de la gouvernance clinique

La plupart des cadres conceptuels de gouvernance clinique proposés dans la littérature consistent en des énoncés de principes dont les modalités de mise en œuvre ne sont pas précisées. En effet, peu de modèles présentent des outils ou des mécanismes de mise en œuvre ou de mesure. Quelques études empiriques (n=22) portent sur la mise en œuvre de la gouvernance clinique dans les établissements de soins ou de services de santé ont été répertoriées : (Arya et Callaly, 2005; Campbell, Roland et Leese, 2001; Campbell et al., 2002; Currie et Loftus-Hills, 2002; Degeling, 2006; Ferdosi, Ziyari, Ollahi, Salmani et Niknam, 2016; Freeman et Walshe, 2004; Gauld, 2014; Gauld et Horsburgh, 2014, 2016; Gauld, Horsburgh, Flynn, Carey et Crowley, 2017; Godden, Majeed, Pollock et Bindman, 2002; Gunst, Mash et Phillips, 2016; Hartley, Griffiths et Saunders, 2002; Hogan, Basnett et McKee, 2007; Kelleher et McAuliffe, 2012; Mohaghegh, Ravaghi, Mannion, Heidarpoor et Sajadi, 2016; Mousavi, Agharahimi, Daryabeigi et Rezaei, 2014; Ravaghi, Heidarpoor, Mohseni et Rafiei, 2013; Sadeghi-Bazargani et al., 2015; Som, 2009; Som, 2007; Veenstra et al., 2017).

La plupart de ces études présentent des pistes de solution pour assurer une mise en œuvre efficace, plutôt que des expériences concrètes d'implantation. Bien qu'on observe une différenciation d'approches d'opérationnalisation selon les disciplines [soins primaires (Campbell et al., 2001; Campbell et al., 2002; Godden et al., 2002), santé mentale (Arya et Callaly, 2005; Kelleher et McAuliffe, 2012a), soins infirmiers (Currie et Loftus-Hills, 2002) et santé publique (Hartley et al., 2002a)]; cinq points ont été soulevés comme leviers de l'implantation de la gouvernance clinique.

- **L'adoption d'un sens commun**

Une conception différente de ce qu'est la gouvernance clinique au sein des acteurs d'un même établissement a été rapportée comme une entrave à l'opérationnalisation (Som, 2009). En effet, elle conduit à un manque de motivation et d'engagement des acteurs dans le processus d'implantation de la gouvernance clinique.

Pour une implantation réussie de la gouvernance clinique, les auteurs recommandent une clarification de la définition de la gouvernance clinique, des différents concepts associés à

l'amélioration de la qualité des soins et services et du positionnement de ces concepts par rapport au cadre conceptuel de la gouvernance clinique (Arya et Callaly, 2005; Currie et Loftus-Hills, 2002; Gauld et Horsburgh, 2014).

- **L'implication et la collaboration des acteurs à différents niveaux organisationnels : clarification des structures et des niveaux d'imputabilité**

L'implication des acteurs à différents niveaux de responsabilité dans le système de soins et services est souhaitée au niveau macro (gouvernement, ministères), au niveau méso (régions sociosanitaires, secteurs de soins et de services) et au niveau micro (établissements, cliniciens et usagers) (Baker et al., 1999; 2008). Pour faciliter cette implication et la communication entre les niveaux de gouvernance, une restructuration organisationnelle ou une clarification des structures d'imputabilité peut s'avérer nécessaire (Arya et Callaly, 2005; Campbell et al., 2002; Currie et Loftus-Hills, 2002; Gauld, 2014; Hogan et al., 2007). Une approche initiée au niveau national semble toutefois plus efficace que celle initiée au niveau local (Gauld et al., 2017), bien qu'il soit important de préserver les particularités locales dans la mise en application (Gunst et al., 2016).

De plus, parce que l'opérationnalisation de la gouvernance se veut un processus participatif (Bottom-up) et non prescriptif (Top-down), la mobilisation d'un leadership collectif (professionnels et gestionnaires) et la compréhension du rôle de chacun sont recommandés (Arya et Callaly, 2005; Campbell et al., 2002; Degeling, 2006; Kelleher et McAuliffe, 2012; Som, 2009; Veenstra et al., 2017).

Bien que l'engagement des gestionnaires dans le processus d'implantation soit reconnu comme un apport essentiel (Ferdosi et al., 2016), les études rapportent aussi la nécessité de respecter l'autonomie ou le leadership des cliniciens (Degeling, 2006; Godden et al., 2002) et d'impliquer davantage les patients (usagers) ou leurs représentants dans les comités de gouvernance clinique, en tenant compte de leurs vécus, de leurs valeurs et de leurs préférences (Freeman et Walshe, 2004; Travaglia et al., 2011).

- **Une culture d'apprentissage et de mesure continue**

La promotion d'une culture juste et d'apprentissage par opposition à une culture de blâme a été observée comme un facteur facilitant l'implantation de la gouvernance clinique (Campbell et al., 2002; Currie et Loftus-Hills, 2002; Mohaghegh et al. 2016; Ravaghi et al., 2013; Sadeghi-Bazargani et al., 2015; Som, 2007). En effet, dans un contexte de blâme, la crainte de la remise en question des acquis professionnels lors des évaluations conduit au désengagement du personnel, tandis qu'elle place les gestionnaires dans un rôle contradictoire de promoteurs de l'amélioration continue et d'agents de sanction.

La mesure continue de la performance est aussi encouragée pour permettre, chez chaque acteur impliqué, une meilleure identification des « gaps » en vue d'une mise en œuvre des améliorations (Arya et Callaly, 2005).

- **Le contexte organisationnel**

Les auteurs ont rapporté l'importance d'établir des partenariats au sein des institutions (entre les niveaux organisationnels) et entre les institutions d'une même localité (contexte externe) et avec les instances au niveau national (Gauld et Horsburgh, 2015; Godden et al., 2002; Hartley et al., 2002; Mohaghegh et al., 2016 ; Veenstra et al., 2017). Malgré la différence de culture entre les institutions, ces partenariats contribueraient à l'émergence de nouvelles façons de faire. Par ailleurs, on observe une évolution du partenariat axée sur la tâche vers un partenariat axé sur les valeurs communes (Hartley et al., 2002).

- **Déploiement des ressources et des infrastructures**

Le manque de ressources et de temps a été rapporté comme une barrière importante à l'implantation de la gouvernance clinique (Campbell et al., 2001; Godden et al., 2002). Ces ressources peuvent se traduire soit en ressources financières ou en incitatifs sous d'autres formes tels que l'implantation des mécanismes favorisant le développement professionnel (Gauld, 2014; Gauld et Horsburgh, 2015; Mohaghegh et al., 2016; Mousavi et al., 2014). Il s'agit aussi de la disponibilité d'outils de soutien à l'excellence clinique tels que les guides de pratique et des rapports d'audit sur les pratiques (Ferdosi et al., 2016).

## **Discussion**

La gouvernance clinique est un système intégré et un espace de collaboration pour l'amélioration continue des soins et services dans lesquels plusieurs acteurs sont interpellés à différents niveaux du système : les décideurs publics, les gestionnaires, les cliniciens et les patients.

Bien qu'une multitude de concepts soient mobilisés pour définir la gouvernance clinique, contribuant ainsi à la confusion de sens, tout comme l'avaient déjà rapporté Brennam et Flynn (2013), force est de constater que trois éléments sont au centre de ce concept de gouvernance clinique : d'une part 1) l'amélioration continue de la qualité des soins et services et 2) l'excellence clinique par l'application des hauts standards de soins et services, qui constituent la dimension normative ou structurelle de la gouvernance clinique ; et d'autre part 3) l'imputabilité collective et individuelle dans les organisations qui constitue la dimension dynamique relationnelle.

Concernant la mise en œuvre de la gouvernance clinique, la littérature montre que les stratégies locales sont, selon les secteurs et les milieux de pratiques, plus favorisées par rapport à une stratégie systémique. Les défis majeurs à cette implantation demeurent une compréhension commune de ce qu'est la gouvernance clinique, l'adoption d'une culture d'apprentissage, l'établissement d'un leadership fort émergeant des équipes de praticiens et la disponibilité des ressources.

## **Perspectives**

Les difficultés observées de mise en œuvre du cadre de la gouvernance clinique dans les établissements de soins et services ont conduit certains critiques à avancer que ce cadre serait davantage conceptuel qu'opérationnel (Braithwaite et Travaglia, 2008). La gouvernance clinique est une approche multifacettes (Flynn, 2002) et en évolution. Elle mobilise et intègre plusieurs approches de mesure et d'amélioration de la qualité des soins et gagnerait à être mieux définie et circonscrite (Berg et al., 2005; Braithwaite et Travaglia, 2008; Brennan et Flynn, 2013; Buetow et Roland, 1999).

Deux perspectives de conceptualisation de la gouvernance clinique semblent se succéder historiquement. Une première représentée par un modèle linéaire dit « du temple » (Sally et Donaldson, 1998) et axée sur la rationalisation et la normalisation du processus de production des soins. Cette perspective a été remise en question par plusieurs, parce que le fonctionnement en silo et tourné vers l'intérieur de l'établissement permettait difficilement la mise en œuvre d'une intervention aussi complexe que la gouvernance clinique (Baker et al., 1999; Kmietowicz, 2003; Nicholls et al., 2000). Ainsi, la deuxième perspective représentée par des modèles plus éclatés a mis de l'avant l'importance de considérer le contexte organisationnel ainsi que les perspectives des différents acteurs impliqués dans le processus de la gouvernance clinique (Braine, 2006; Nicholls et al., 2000; O'Connor et Paton, 2008; Queensland Health, 2012; Starey, 2003; Victorian government, 2009).

Cependant, tel que l'ont montré les résultats de la revue de la littérature, cette deuxième perspective semble davantage faciliter l'implantation de la gouvernance clinique. Ainsi, face aux défis de transformation des systèmes de santé pour l'amélioration continue des soins et services, il y a lieu d'explorer la voie d'une conversion possible de la gouvernance clinique vers de nouveaux concepts émergeant, tels que celui des systèmes apprenants (Institute of Medicine Roundtable on Evidence-Based Medicine, 2007). D'autant plus que plusieurs parallèles peuvent être établis entre ces deux concepts, les défis soulevés pour la transformation du système de soins et de services étant similaires : assurer l'excellence clinique et tenir compte de l'expérience du patient par l'élargissement des paliers d'imputabilité, agir à différents niveaux du système pour faire face à sa complexité, instaurer une culture de la mesure pour l'appréciation et l'ajustement des interventions, et l'intégration d'une culture organisationnelle pour l'amélioration continue.

Un système apprenant a été défini comme un système ayant acquis l'habileté à s'étudier et à s'améliorer de façon systématique, routinière et efficace (Friedman et al., 2017; Menear, Blanchette, Demers-Payette et Roy, 2019). Son fondement est l'amélioration continue de l'efficacité, l'efficience, la sécurité et de la qualité des soins pour une prestation des meilleurs soins (Institute of Medicine Roundtable on Evidence-Based Medicine, 2007), le tout à travers un processus d'apprentissage alimenté par chaque expérience de soins. Le cycle d'apprentissage

d'un système apprenant n'est pas sans rappeler le cycle de l'amélioration continue de la qualité sur lequel repose la mise en œuvre de la gouvernance clinique (figure 3).

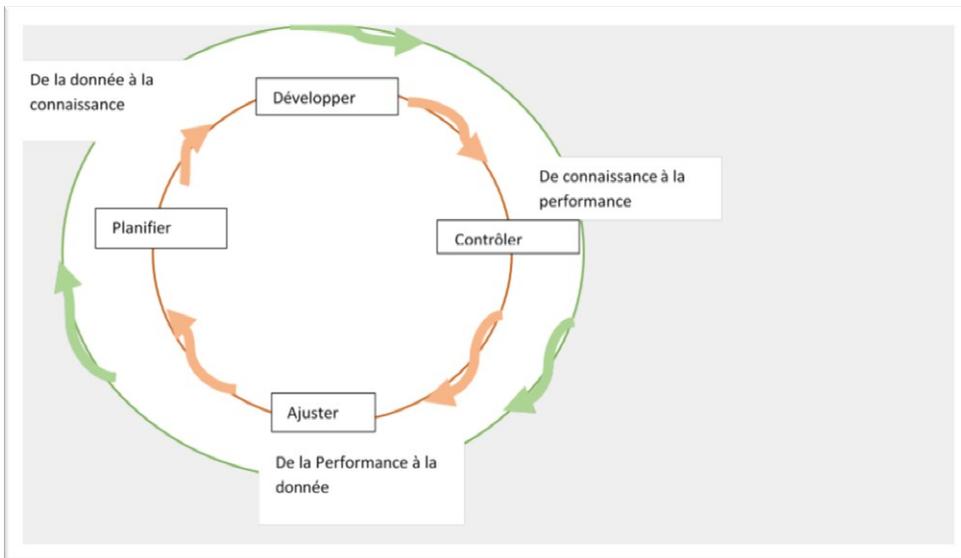


Figure 5. – Article 1 — Figure 3 : Cycles d'amélioration continue et d'un système apprenant

Ainsi, tout comme un système apprenant, un système ou un établissement dans lequel est implanté le concept de la gouvernance clinique se nourrit des observations faites à l'interne pour développer ses interventions en vue de l'excellence clinique (de la donnée à la connaissance), apprécie la performance de ses interventions en vue de les adapter (de la connaissance à la performance) et proposer de nouvelles orientations pour les interventions (de la performance à la donnée).

Pour une gouvernance clinique effective, la revue de la littérature a mis en évidence l'apport d'une collaboration entre différents acteurs impliqués dans la prestation des soins et services ; notamment la participation des patients ou des usagers. La plupart des modèles de gouvernance clinique actuels ont intégré cet aspect collaboratif en interpellant l'approche des soins centrés sur le patient, une démarche prônant le respect des préférences, besoins et valeurs des patients dans la prise de décisions cliniques (Institute of Medicine, 2001). Or, la littérature récente fait toutefois état d'une évolution des approches centrées sur le patient vers l'approche du patient, partenaire à la prise de décisions cliniques, au même titre que les autres

intervenants (Karazivan, Dumez, Flora, Pomey, Del Grande, Ghadiri, Fernandez, Jouet, Vergnas, et al., 2015). L'expérience du patient est une des principales valeurs des systèmes apprenants (Learning Health Community. <http://www.learninghealth.org>).

Les approches de gouvernance clinique identifiées dans la présente revue proviennent d'initiatives au niveau systémique (système de soins et de services), au niveau méso (juridictions régionales de soins et services) ou au niveau micro (établissements de soins et de services) ; ces niveaux d'interventions aussi reconnus dans l'application du concept d'un système apprenant. L'harmonisation de ces initiatives nécessite l'adoption d'un sens commun de ce qu'est la gouvernance clinique tout en respectant le leadership des acteurs locaux et l'appel à une collaboration des différentes parties prenantes par une communication efficace. Ceci fait écho à la notion de coproduction qui vise à valoriser les différentes perspectives dans un contexte de système apprenant.

### **Forces et limites de la revue**

La contribution majeure de cette revue est qu'elle présente une analyse historique et transdisciplinaire de la conceptualisation de la gouvernance clinique, comparativement aux autres revues de la littérature menées jusqu'ici (Brennan et Flynn, 2013; Phillips et al., 2010; Tait, 2004; Travaglia et al., 2011). Une telle analyse apporte une vue d'ensemble de la problématique afin de mieux cibler les pistes éventuelles d'approfondissement des connaissances sur le sujet. Par contre, une stratégie de recherche de la littérature plus circonscrite à partir des concepts sous-jacents à celui de la gouvernance clinique aurait certainement permis de repérer davantage de documents sur les approches d'implantation de la gouvernance clinique.

### **Financement**

Ce projet a été en partie mené grâce au soutien financier d'un établissement public de prestations de services, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CRDITED MCQ – Institut universitaire), dans le cadre d'une bourse de soutien à la recherche. Il a aussi été mené

avec le soutien de l'expertise méthodologique de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), dans le cadre d'une entente de partenariat avec le CRDITED.

## Références

Alberta Health Services. (2011). Governance Document Framework : Clinical and Corporate (C. P. D. a. C. P. Department, Trans.) (p. 26).

Arya, D. et Callaly, T. (2005). Using continuous quality improvement to implement a clinical governance framework in a mental health service. *Australas Psychiatry*, 13(3), 241-246. doi: 10.1111/j.1440-1665.2005.02193.x

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2017). National Model Clinical Governance Framework (p. 44). Sydney: ACSQHC.

Australian General Practice Network. (2010). A Clinical Governance Framework for Medicare Locals (p. 12): Quorus Pty Ltd.

Australian Medicare Local Alliance. (2012). Acces to Allied Psychological Services (ATAPS) Clinical Governance Framework (p. 42): Australian Medicare Local Alliance.

Baker, R., Lakhani, M., Fraser, R. et Cheater, F. (1999). A model for clinical governance in primary care groups. *BMJ*, 318(7186), 779-783.

Berg, M., Schellekens, W. et Bergen, C. (2005). Bridging the quality chasm: integrating professional and organizational approaches to quality. *Int J Qual Health Care*, 17(1), 75-82. doi: 17/1/75 [pii] 10.1093/intqhc/mzi008

Best Practice Advocacy Centre New Zealand. (2005). Clinical governance: a guide for Primary Health Organisations (p. 25). Dunedin: Best Practice Advocacy Centre New Zealand.

Braine, M. E. (2006). Clinical governance: applying theory to practice. *Nurs Stand*, 20(20), 56-65; quiz 66.

Braithwaite, J. et Travaglia, J. F. (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Aust Health Rev*, 32(1), 10-22.

Brault, I., Roy, D. A. et Denis, J. L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratique et organisation des soins*, 39(3), 167-173.

Brennan, N. M. et Flynn, M. A. (2013). Differentiating clinical governance, clinical management and clinical practice. *Clinical Governance: An International Journal*, 18(2), 114-131. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/14777271311317909>

Buetow, S. A. et Roland, M. (1999). Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Health Care*, 8(3), 184-190.

Campbell, S., Roland, M. et Leese, B. (2001). Progress in clinical governance: Findings from the first NPCRDC National Tracker survey of Primary Care Groups/Trusts. *British Journal of Clinical Governance*, 6 (2), 90-93.

Campbell, S. M., Sheaff, R., Sibbald, B., Marshall, M. N., Pickard, S., Gask, L., . . . Roland, M. O. (2002). Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care*, 11(1), 9-14.

Chandrahara, E. et Arulkumaran, S. (2007). Clinical governance. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 17 (7), 222-224.

Children Youth and Women's Health Service. (2006). *Clinical Governance Framework: Government of south Australia, Children, Youth and Women's health service.*

Conseil médical du Québec. (2003). *Imputabilité médical et gouvernance clinique: bâtir sur la qualité et la performance des pratiques* (p. 93). Québec: Conseil médical du Québec.

Currie, L. et Loftus-Hills, A. (2002). The nursing view of clinical governance. *Nurs Stand*, 16(27), 40-44.

Degeling, P. (2006). Realising the developmental potential of Clinical Governance. *Clin Chem Lab Med*, 44(6), 688-691. doi: 10.1515/cclm.2006.120

Department of Health. (1998). *A first class service: Quality in the new NHS* (p. 86).

Ferdosi, M., Ziyari, F. B., Ollahi, M. N., Salmani, A. R. et Niknam, N. (2016). Implementing clinical governance in Isfahan hospitals: Barriers and solutions, 2014. *J Educ Health Promot*, 5, 20. doi: 10.4103/2277-9531.184554

Ferlie, E. B. et Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q*, 79(2), 281-315. doi: 10.1111/1468-0009.00206

Flynn, R. (2002). Clinical governance and governmentality. *Health, Risk & Society*, 4(2), 155-173. doi: 10.1080/13698570220137042

Freeman, T. et Walshe, K. (2004). Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England. *Qual Saf Health Care*, 13(5), 335-343. doi: 10.1136/qhc.13.5.335

Friedman, C. P., Allee, N. J., Delaney, B. C., Flynn, A. J., Silverstein, J. C., Sullivan, K. et Young, K. A. (2017). The science of Learning Health Systems: Foundations for a new journal. *Learn Health Syst*, 1(1), e10020. doi: 10.1002/lrh2.10020

Galbraith, S. (1998). Guidance on Clinical Governance : NHS Management Executive Letter: The scottish Office : Department of Health.

Gauld, R. (2014). Clinical governance development: learning from the New Zealand experience. *Postgrad Med J*, 90(1059), 43-47. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131198

Gauld, R. et Horsburgh, S. (2014). Measuring progress with clinical governance development in New Zealand: perceptions of senior doctors in 2010 and 2012. *BMC Health Serv Res*, 14, 547. doi: 10.1186/s12913-014-0547-8

Gauld, R. et Horsburgh, S. (2015). Healthcare professionals' perceptions of clinical governance implementation: a qualitative New Zealand study of 3205 open-ended survey comments. *BMJ Open*, 5(1), e006157. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006157

Gauld, R. et Horsburgh, S. (2016). Are some health professionals more cognizant of clinical governance development concepts than others? Findings from a New Zealand study. *J Public Health (Oxf)*, 38(2), 363-370. doi: 10.1093/pubmed/fdv045

Gauld, R., Horsburgh, S., Flynn, M. A., Carey, D. et Crowley, P. (2017). Do different approaches to clinical governance development and implementation make a difference? Findings from Ireland and New Zealand. *J Health Organ Manag*, 31(7-8), 682-695. doi: 10.1108/JHOM-04-2017-0069

Gerada, C. et Limber, C. (2003). General practitioners with special interests: Implications for clinical governance. *Quality in Primary Care*, 11 (1), 47-52.

Godden, S., Majeed, A., Pollock, A. et Bindman, A. B. (2002). How are primary care groups approaching clinical governance? A review of clinical governance plans from primary care groups in London. *J Public Health Med*, 24(3), 165-169.

Government of south Australia. (2006). *Clinical Governance Framework* (p. 24): Government of south Australia, Children, youth and Womrnd's health service

Greenhalgh, T. et Wong, G. (2013). *Training materials for meta-narrative reviews* (p. 24). London: Global Health Innovation and Policy Unit, Centre for Primary Care and Public Health, Blizard Institute.

Gunst, C., Mash, R. J. et Phillips, L. P. (2016). A reflection on the practical implementation of the clinical governance framework in the Cape Winelands District of the Western Cape. *South African Family Practice*, 58(6), 236-241. doi: 10.1080/20786190.2016.1151642

Hartley, A. M., Griffiths, R. K. et Saunders, K. L. (2002). An evaluation of clinical governance in the public health departments of the West Midlands Region. *J Epidemiol Community Health*, 56(8), 563-568.

Health Direct Australia. (2013). *Clinical Governance Framework*: Health Direct Australia.

Health Service Executive. (2012). *Achieving Excellence in Clinical Governance: Towards a Culture of Accountability* (p. 54). Dublin: Health Service Executive,.

Healthcare Improvement Scotland. (2011). Draft Healthcare Quality Standard : Assuring Person-Centred, Safe and Effective Care: Clinical Governance and Risk Management (p. 18). Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland.

Hogan, H., Basnett, I. et McKee, M. (2007). Consultants' attitudes to clinical governance: barriers and incentives to engagement. *Public Health*, 121(8), 614-622. doi: 10.1016/j.puhe.2006.12.013

Holden, L. C. et Moore, R. S. (2004). The development of a model and implementation process for clinical governance in primary dental care. *Br Dent J*, 196(1), 21-24. doi: 10.1038/sj.bdj.4810873

Institute of Medicine Roundtable on Evidence-Based Medicine (2007). The learning healthcare system: Workshop Summary. Washington (DC): National Academics Press (US): National Academy of Sciences.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences. .

Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M. P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., . . . Lebel, P. (2015). The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Acad Med*. doi: 10.1097/ACM.0000000000000603

Kelleher, J. et McAuliffe, E. (2012). Developing clinical governance in a service for people with intellectual disabilities: An action research approach. *Clinical Governance*, 17 (4), 287-296.

Kmietowicz, Z. (2003). Implementation of clinical governance is patchy, report says. *BMJ*, 327(7416), 641.

Lilley, R. et Lambden, P. (1999). Making Sense of Clinical Risk Management: A Workbook for Primary Care In, Braine ME 2006 Clinical governance: applying theory to practice. *Nursing Standard*, vol. 20, no 20, pp56-65. Oxford: Radcliffe Medical Press [In, Braine ME 2006 Clinical governance: applying theory to practice. *Nursing Standard*, vol. 20, no 20, pp56-65].

Meneer, M., Blanchette, M. A., Demers-Payette, O. et Roy, D. (2019). A framework for value-creating learning health systems. *Health Res Policy Syst*, 17(1), 79. doi: 10.1186/s12961-019-0477-3

Mohaghegh, B., Ravaghi, H., Mannion, R., Heidarpoor, P. et Sajadi, H. S. (2016). Implementing Clinical governance in Iranian hospitals: purpose, process and pitfalls. *Electron Physician*, 8(1), 1796-1803. doi: 10.19082/1796

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. et Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097

Mousavi, S. M., Agharahimi, Z., Daryabeigi, M. et Rezaei, N. (2014). Implementation of clinical governance in hospitals: challenges and the keys for success. *Acta Med Iran*, 52(7), 493-495.

Nicholls, S., Cullen, R., O'Neill, S. et Halligan, A. (2000). Clinical governance: its origins and its foundations. *Clin Perform Qual Health Care*, 8(3), 172-178.

O'Connor, N. et Paton, M. (2008). 'Governance of' and 'Governance by': implementing a clinical governance framework in an area mental health service. *Australas Psychiatry*, 16(2), 69-73. doi: 10.1080/10398560701799266

Office of Safety and Quality in Health Care. (2001). Introduction to clinical governance — a background paper Information Series No. 1.1. East Perth: Western Australian Department of Health.

Phillips, C. B., Pearce, C. M., Hall, S., Travaglia, J., de Lusignan, S., Love, T. et Kljakovic, M. (2010). Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Med J Aust*, 193(10), 602-607. doi: phi10475\_fm [pii]

Queensland Health. (2012). Clinical Safety and Quality Governance Framework in Hospital and Health Services. Brisbane: Queensland Health.

Ravaghi, H., Heidarpour, P., Mohseni, M. et Rafiei, S. (2013). Senior managers' viewpoints toward challenges of implementing clinical governance: a national study in iran. *Int J Health Policy Manag*, 1(4), 295-299. doi: 10.15171/ijhpm.2013.59

Royal college of Nursing. (2003). *Clinical governance: an RCN resource guide* (p. 61). London: Royal college of Nursing.

Sadeghi-Bazargani, H., Saadati, M., Tabrizi, J., Alizadeh, G., Hassanzadeh, R., Janati, A. (2015). Clinical governance; How been understood, what is needed? Nurses' perspective. *Patient Saf Qual Improv*. 3. 238-242.

Scally, G. et Donaldson, L. J. (1998). The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317(7150), 61-65.

Scottish Government. (2010). *The Healthcare Quality Strategy for NHSScotland* (p. 49): Scottish Government.

Social care institute for excellence. (2011). *Social care governance: a workbook based on practice in England*. London: The Social Care Institute for Excellence.

Social care institute for excellence. (2013). *Social care governance : a practice workbook (NI) (2e éd.)*. London.

Som, C. (2009). Sense making of clinical governance at different levels in NHS hospital trusts. *Clinical Governance*, 14 (2), 98-112.

Som, C. V. (2004). Clinical governance: A fresh look at its definition. *Clinical Governance*, 9 (2), 87-90.

Som, C. V. (2007). Exploring the human resource implications of clinical governance. *Health Policy*, 80(2), 281-296. doi: 10.1016/j.healthpol.2006.03.010

Starey, N. (2003). What is clinical governance. *Evidence-based-medicine*, 1(12), 1-7.

Swerissen, H. et Jordan, L. (2005). Clinical governance in community health care settings: Evidence and issues. *Australian Journal of Primary Health*, 11 (2), 26-31.

Tait, A. R. (2004). Clinical governance in primary care: a literature review. *J Clin Nurs*, 13(6), 723-730. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00949.x

Travaglia, J. F., Debono, D., Spigelman, A. D. et Braithwaite, J. (2011). Clinical governance: A review of key concepts in the literature. *Clinical Governance*, 16 (1), 62-77.

Van Zwanenberg, T. et Harrison, J. (2000). Clinical Governance in Primary Care. [In : Starey N. What is clinical governance. Evidence based medicine. 2001;1(12):1-8]. Oxford: Radcliffe Press.

Veenstra, G. L., Ahaus, K., Welker, G. A., Heineman, E., van der Laan, M. J. et Muntinghe, F. L. (2017). Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study. *BMJ Open*, 7(1), e012591. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012591

Victorian government. (2009). Victorian Clinical governance policy framework: a guidebook (Vol. 12). Melbourne: Victorian government, Department of Human Services.

Western Australia Department of Health. (2005). Clinical Governance, the Framework of Assurance (Western Australian Clinical Governance Guidelines: Department of Health, Government of western Australia.

Wilson, T., Dunkley, R. et Butler, F. (2000). A practical framework for developing clinical governance in primary care: Product of a Delphi consultation. *Journal of Clinical Governance*, 8 (1), 5-10.

Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J. et Pawson, R. (2013). RAMESES publication standards: meta-narrative reviews. *BMC Med*, 11, 20. doi: 10.1186/1741-7015-11-20  
1741-7015-11-20 [pii]

Wright, L., Barnett, P. et Hendry, C. (2001). Clinical leadership and clinical governance: a review of developments in New Zealand and internationally. Auckland: Clinical Leaders Association of New Zealand.

# **Article 1 - Annexe A – stratégie de recherche de l'information scientifique**

## **Stratégie initiale**

### **Bases de données**

**Date de la recherche** : Juin 2013

**Dates de publication** : 1990 à 2013

### **MEDLINE (PubMed)**

# 1 clinical governance[mh]

#2 governance[tiab]

#3 #1 OR #2

# 4 definition[tiab] OR conceptual framework[tiab] OR conceptual model\*[tiab] OR theoretical model\*[tiab]

#5 #3 AND #4

# 6 clinical governance[ti]

#7 #5 OR #6

**Date de la recherche** : Juin 2013

**Dates de publication** : 1995 à 2013

**Limites de langue** : anglais, français

### **Embase (OvidSP)**

# 1 clinical governance.ti.

#2 conceptual framework/ OR total quality management/ or quality control/ or health care quality/

#3 (definition OR conceptual framework OR conceptual model\* OR theoretical framework OR theoretical model\*).ti,ab.

#4 (quality improvement OR quality management OR quality assurance OR quality control OR benchmarking OR quality assessment OR audit\* OR practice standards OR managing

performance OR clinical excellence OR quality indicators OR health care quality OR healthcare quality).mp.

#5 #2 OR #3 OR #4

#6 #1 AND #5

**Date de la recherche** : Juin 2013

**EBM Reviews (OvidSP)**

**Cochrane Database of Systematic Reviews**

**Database of Abstracts of Review of Effects**

**Health Technology Review**

**NHS Economic Evaluation Database**

#1 governance.mp.

#2 (definition OR conceptual framework OR conceptual model\* OR theoretical model\*).mp.

#3 (quality improvement OR quality assurance OR quality assessment OR clinical audit OR practice standards OR managing performance OR clinical excellence OR quality indicators).mp.

#4 #1 AND (#2 OR #3)

### **Littérature grise**

**Date de la recherche** : Juin 2013

**Limites** : 2007-2012 ; anglais et français

- Google : <http://www.google.ca>
- Google Scholar : <http://scholar.google.ca/>

## Mise à jour de la stratégie de recherche

<b>PubMed (NLM)</b>	
<b>Date de la recherche : Décembre 2019</b>	
<b>Limites : 2013 — ; anglais, français</b>	
# 1	Clinical governance[mh]
#2	governance[tiab]
# 3	#1 OR #2
# 4	definition[tiab] OR conceptual framework[tiab] OR conceptual model*[tiab] OR theoretical model*[tiab]
#5	#3 AND #4
# 6	clinical governance[ti]
#7	#5 OR #6

\* troncature ; / qualificatif de descripteur ; [majr] descripteur sujet principal ; [majr:noexp] descripteur sujet principal sans inclusion de ses termes spécifiques ; [pt] type de publication ; [sh] qualificatif de descripteur ; [ti] titre ; [tiab] titre ou résumé

<b>Embase (Ovid)</b>	
<b>Date de la recherche : Décembre 2019</b>	
<b>Limites : 2013 — ; anglais, français</b>	
1	Conceptual Framework/ OR Health Care Quality/ OR Quality Control/ OR Total Quality Management/
2	(conceptual framework OR conceptual model* OR definition OR theoretical framework OR theoretical model*).ti,ab.
3	(audit* OR benchmarking OR clinical excellence OR health care quality OR healthcare quality OR managing performance OR practice standards OR quality assessment OR quality assurance OR quality control OR quality improvement OR quality indicators OR quality management).mp.
4	1 OR 2 OR 3
5	clinical governance.ti.
6	4 AND 5

\* troncature à la fin d'un mot ; \* sujet principal devant un descripteur ; / descripteur ; /di qualificatif de descripteur Diagnosis ; exp descripteur et ses termes spécifiques ; ADJ5 proximité de 2 mots avec un maximum de 5 mots entre eux peu importe l'ordre ; .ab résumé ; .fx mot-clé de qualificatif de descripteur ; .hw mot-clé de descripteur ; .kf mot-clé de terme de l'auteur ; .kw (Medline) terme exacte de l'auteur ; .kw (Embase) mot-clé de terme de l'auteur ; .ti titre ; .tw combinaison de champs textes

<b>EBM Reviews (Ovid)</b>	
<b>Date de la recherche : Décembre 2019</b>	
<b>Limites : 2013 —</b>	
1	governance.mp.
2	(conceptual framework OR conceptual model* OR definition OR theoretical

	model*).mp.
3	(clinical audit OR clinical excellence OR managing performance OR practice standards OR quality assessment OR quality assurance OR quality improvement OR quality indicators).mp.
4	1 AND (2 OR 3)

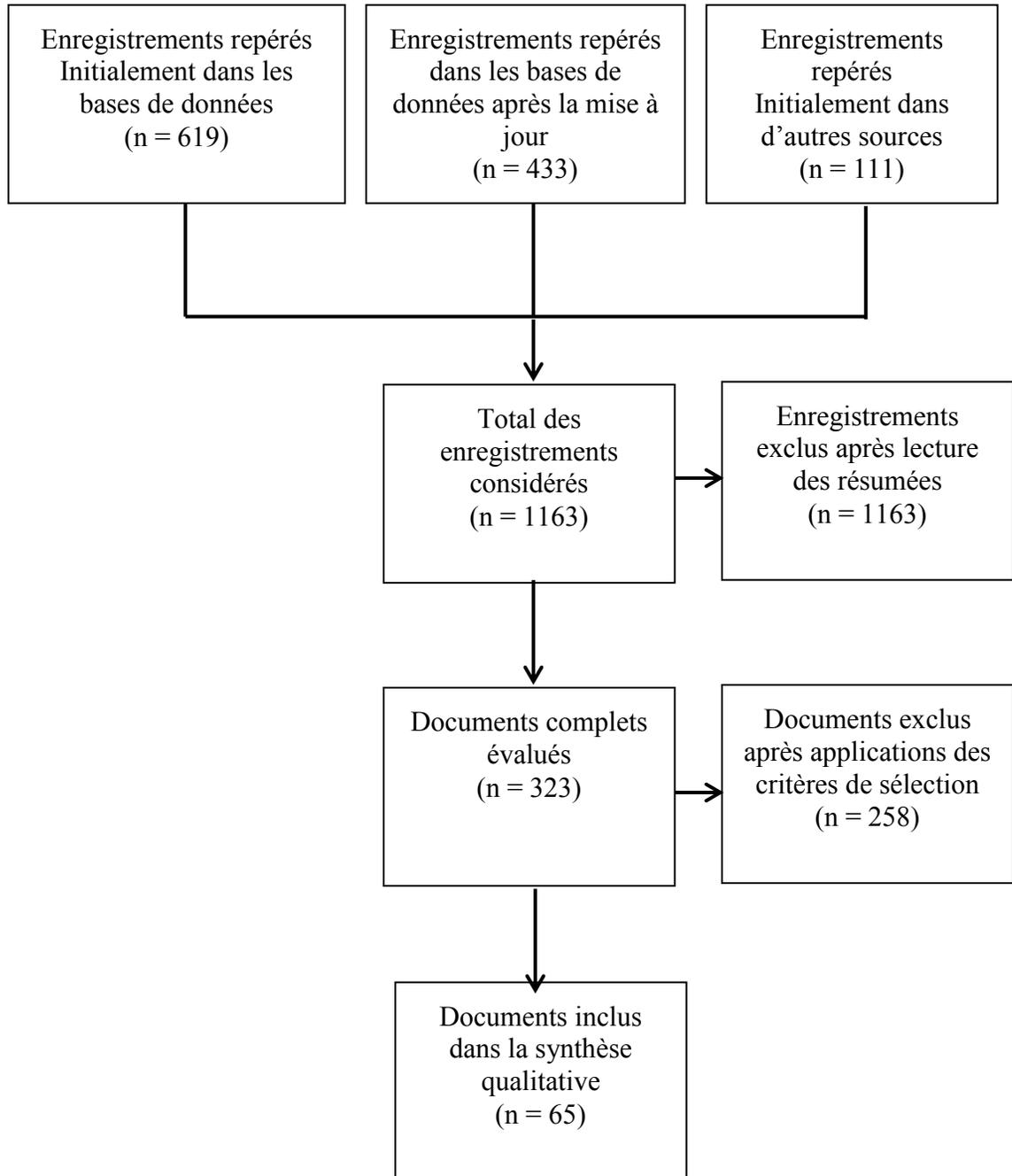
**Littérature grise**

**Date de la consultation : Décembre 2019**

**Limites : 2013 — ; anglais et français**

- Google
- Google Scholar

## Article 1 — Annexe B – Diagramme de flux



# **Article 2 — ANALYSE DU PROCESSUS D'INSTITUTIONNALISATION DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE DANS UN ÉTABLISSEMENT NON HOSPITALIER**

## **AUTEURS**

**Lobè, Christine**, M.Sc, MAP, Ph.D. (c)

École de santé publique, Université de Montréal

**Pomey, Marie Pascale**, MD, Ph.D.

Département de gestion, évaluation et politique de la santé, Université de Montréal

École de santé publique, Université de Montréal

Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## **CONTRIBUTION DES AUTEURS**

CL : conception de l'étude ; analyse des données et rédaction du manuscrit.

MPP : validation de la codification des données, révision du manuscrit.

## **STATUT DE L'ARTICLE**

Cet article sera soumis à l'International journal of health policy and management

## Résumé

**Objectif** : Cette étude a pour but d'examiner les efforts d'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans un établissement public offrant des services de réadaptation auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

**Méthodologie** : Des entrevues individuelle semi-structurées (n=22) et deux groupes de discussion (n=8) ont été menés auprès des acteurs de trois niveaux de gouvernance : stratégique (administrateurs), tactique (gestionnaires) et clinique (chefs cliniques et intervenants). L'analyse de contenu des verbatim a été menée en mobilisant la théorie du processus de normalisation (NPT). Enfin, une analyse documentaire de documents administratifs a été effectuée.

**Résultats** : La plupart des étapes de la NPT sont atteintes, suggérant un assez bon ancrage de la gouvernance clinique. Dans l'ensemble, il semble complexe de construire une compréhension commune autour de la gouvernance clinique, de mobiliser simultanément l'engagement et la participation des acteurs à tous les niveaux de gouvernance et de procéder à un suivi évaluatif adéquat dans un contexte organisationnel instable.

**Conclusion** : Bien que le processus d'implantation soit incomplet, la gouvernance clinique est assez bien ancrée aux niveaux stratégique et tactique de l'établissement. L'absence de concertation et de vision commune sont les principales contraintes de normalisation au niveau clinique. Ainsi, la réussite de l'implantation passe par la valorisation de la gouvernance clinique comme un projet commun pour le bénéfice de l'utilisateur, le support des équipes par des suivis réguliers et une offre de formations, et l'établissement d'une approche concertée de mesure des effets.

**Mots clés** : gouvernance clinique, théorie du processus de normalisation, recherche qualitative, implantation des interventions, réadaptation.

## **Abstract**

**Objective:** This study aims to examine the implementation of clinical governance framework in a public institution offering rehabilitation services for people with an intellectual disability or autism spectrum disorders.

**Methodology:** Twenty-two semi-structured interviews and two focus groups were conducted with administrators, managers and clinicians. The content analysis of the transcripts was carried out using the normalization process theory (NPT). A documentary analysis of administrative documents was done.

**Results:** Most of the stages of NPT are reached, suggesting that clinical governance is fairly well grounded. Overall, it seems complex to build a common understanding around clinical governance, to simultaneously mobilize the commitment and participation of actors at all levels of governance and to carry out adequate evaluation monitoring in an unstable organizational context.

**Conclusion:** Although the implementation process is incomplete, clinical governance is fairly well grounded at the strategic and tactical levels of the institution. The absence of consultation and a common vision are the main constraints for normalisation at the clinical level. Thus, the success of the implementation depends on the promotion of clinical governance as a common project for the benefit of users, the support of the teams through regular follow-ups and an offer of training; and the statement of a concerted approach to measuring effects.

**Keywords:** clinical governance, theory of the normalization process, qualitative research, interventions implementation, rehabilitation.

## Introduction

Dans le secteur hospitalier, la gouvernance clinique est définie comme le cadre à travers lequel les organisations sont imputables de l'amélioration continue des services et du maintien des hauts standards de soin dans un contexte d'excellence clinique (Department of Health, 1998; Scally et Donaldson, 1998; Starey, 2003).

Le cadre de la gouvernance clinique a été adopté comme une politique nationale ou un cadre de référence des établissements de soins, notamment au Royaume-Uni, en Écosse, en Irlande, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Cependant, depuis son introduction dans les années 90', les défis souvent rencontrés lors de la mise en œuvre du cadre de la gouvernance clinique ont conduit certains à remettre en doute la capacité de l'opérationnaliser (Braithwaite et Travaglia, 2008).

Un certain nombre d'études théoriques et empiriques menées sur le sujet ont davantage proposé des pistes que des solutions concrètes (Arya et Callaly, 2005; Azami-Aghdash, Tabrizi, Sadeghi-Bazargani, Hajebrahimi et Naghavi-Behzad, 2015; Campbell, Roland et Leese, 2001; Campbell et al., 2002; Currie et Loftus-Hills, 2002; Degeling, 2006; Ferdosi, Ziyari, Ollahi, Salmani et Niknam, 2016; Freeman et Walshe, 2004; Gauld et Horsburgh, 2014; Godden, Majeed, Pollock et Bindman, 2002; Gunst, Mash et Phillips, 2016; Hartley, Griffiths et Saunders, 2002; Hogan, Basnett et McKee, 2007; Kelleher et McAuliffe, 2012; Mohaghegh, Ravaghi, Mannion, Heidarpoor et Sajadi, 2016; Mousavi, Agharahimi, Daryabeigi et Rezaei, 2014; Ravaghi, Heidarpoor, Mohseni et Rafiei, 2013; Som, 2009; Som, 2007; Veenstra et al., 2017). Selon ces études, différentes approches peuvent être mobilisées pour la mise en œuvre de la gouvernance clinique, allant des approches systématiques centralisées (de type top-Down) aux approches locales et participatives (de type bottom-up). Ces dernières étant par ailleurs les plus recommandées (Gauld, Horsburgh, Flynn, Carey et Crowley, 2017; Gunst et al., 2016). La création d'un sens commun de ce qu'est la gouvernance clinique, l'adoption d'une culture d'apprentissage, l'établissement d'un leadership fort émergeant des équipes de praticiens et la disponibilité des ressources sont les autres principaux facteurs facilitant la mise en œuvre de la gouvernance clinique.

Malgré le nombre grandissant de publications sur la gouvernance clinique, très peu reste connu sur le processus d'intégration de ce concept dans les pratiques organisationnelles et cliniques au quotidien. À l'exception d'une étude sur le processus de la construction de sens comme levier d'intégration de la gouvernance clinique dans le secteur de la santé mentale (Gask, Rogers, Campbell et Sheaff, 2008), les autres études empiriques se sont davantage concentrées sur l'ampleur de la mise en œuvre plutôt que sur l'explication du pourquoi et du comment de l'intégration de cette intervention.

### **Contexte au Québec**

Au Québec, tout comme ailleurs au Canada, l'intérêt pour la gouvernance clinique demeure théorique. Cet intérêt a été marqué au Québec dans un rapport publié en 2003 par le Conseil médical du Québec un organisme consultatif auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux sur les questions relatives aux services médicaux (Conseil médical du Québec, 2003). Dans ce rapport, la gouvernance clinique y a été présentée comme moyen d'actualiser l'imputabilité des médecins en regard de pratiques cliniques. Par ailleurs, d'autres travaux ont porté sur la conceptualisation de la gouvernance clinique et l'analyse des leviers pour sa mise en œuvre (Brault, Roy et Denis, 2008; Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008).

L'intérêt pour la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier a été initié par un Centre de réadaptation et d'intégration sociale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Ce Centre œuvre dans le secteur public. Dans un contexte de spécialisation de la pratique en réadaptation, le Centre de réadaptation a entrepris entre septembre et décembre 2009 un diagnostic organisationnel qui a conduit entre autres à deux orientations stratégiques pertinentes pour l'objet de l'étude : 1) optimiser la performance des services au regard de l'accessibilité, de la continuité et de la sécurité des services ; et 2) développer et implanter une culture de l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des interventions et des services (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire, 2013b). Des actions visant une saine gouvernance axée sur les hauts standards de qualité et de la performance des services offerts aux usagers ont ainsi été mises en place,

notamment par l'élaboration d'un cadre de gouvernance clinique (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU), 2015a).

Cependant, aucune analyse n'a été menée sur le processus de mise en œuvre du cadre du centre de réadaptation et encore moins sur son processus d'intégration dans les pratiques. Par ailleurs, la littérature ne présente pas non plus de données sur l'application de la gouvernance clinique dans un contexte de prestations de services sociaux. Ainsi, l'objectif de la présente est d'explorer et d'expliquer les mécanismes d'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier. En utilisant un cadre conceptuel basé sur la théorie du processus de normalisation — Normalization Process Theory (May et al., 2009), l'étude décrit le processus de mise en œuvre de la gouvernance clinique dans le secteur non hospitalier et examine le processus d'intégration à travers la perception des acteurs. Il s'agit là de la première application de cette théorie dans ce domaine.

### **Théorie du processus de normalisation**

La théorie du processus de normalisation est une théorie de l'action qui permet de comprendre et d'expliquer le processus par lequel une nouvelle intervention complexe est implantée, enracinée (embedded) et intégrée dans un cadre institutionnel (May et al., 2007; May et al., 2009). Cette théorie présente quatre construits qui représentent les types d'efforts déployés par les acteurs pour l'intégration d'une intervention : la cohérence, la participation cognitive, l'action collective et le suivi réflexif (May et al., 2015). Les détails sur les quatre construits et leurs composantes sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 10. – Article 2 - Tableau 1 – Construits de la théorie du processus de normalisation et leurs composantes

CONSTRUITS	COMPOSANTES
<p>1. Cohérence</p> <p><b><i>Le travail de création de sens que les personnes accomplissent individuellement et collectivement face au problème de la mise en œuvre de certaines pratiques.</i></b></p>	<p>1.1. <b><i>Différentiation</i></b> Comprendre comment un ensemble de pratiques et leurs objets sont différents les uns des autres.</p> <p>1.2. <b><i>Spécification commune</i></b> Construction d’une compréhension commune des buts, des objectifs et des avantages attendus d’un ensemble de pratiques.</p> <p>1.3. <b><i>Spécification individuelle</i></b> Compréhension de ses tâches et responsabilités spécifiques autour d’un ensemble de pratiques.</p> <p>1.4. <b><i>Internalisation</i></b> Compréhension de la valeur, des avantages et de l’importance d’un ensemble de pratiques.</p>
<p>2. Participation cognitive</p> <p><b><i>Le travail relationnel que les personnes font pour construire et maintenir une communauté de pratique autour d’une nouvelle technologie ou d’une intervention complexe.</i></b></p>	<p>2.1. <b><i>Initiation</i></b> Savoir si oui ou non, les participants clés travaillent à faire avancer un ensemble de pratiques nouvelles ou modifiées.</p> <p>2.2. <b><i>Engagement</i></b> Nécessité pour les participants ou d’autres de s’organiser ou de se réorganiser afin de contribuer collectivement au travail qu’impliquent les nouvelles pratiques.</p> <p>2.3. <b><i>Légitimation</i></b> S’assurer que les autres participants croient qu’il est juste pour eux d’être impliqués et qu’ils peuvent apporter une contribution utile.</p> <p>2.4. <b><i>Activation</i></b> Définir collectivement les actions et les procédures nécessaires pour maintenir une pratique et rester impliqué.</p>

CONSTRUITS	COMPOSANTES
<p>3. Action collective</p> <p><b><i>Le travail <u>opérationnel</u> que font les personnes pour adopter un ensemble de pratiques, qu'il s'agisse d'une nouvelle technologie ou d'une intervention complexe en matière de soins de santé.</i></b></p>	<p><b>3.1. <i>Maniabilité interactionnelle</i></b></p> <p>Travail d'interaction que les gens font les uns avec les autres, avec des artefacts et avec d'autres éléments d'un ensemble de pratiques, lorsqu'ils cherchent à les opérationnaliser dans des contextes quotidiens.</p> <p><b>3.2. <i>Intégration relationnelle</i></b></p> <p>Travail axé sur la connaissance que les gens font pour établir la responsabilité et maintenir la confiance dans un ensemble de pratiques et entre eux lorsqu'ils les utilisent.</p> <p><b>3.3. <i>Ensemble de compétences</i></b></p> <p>Travail d'allocation qui sous-tend la division du travail qui s'articule autour d'un ensemble de pratiques telles qu'elles sont opérationnalisées dans le monde réel.</p> <p><b>3.4 <i>Intégration contextuelle</i></b></p> <p>Gérer un ensemble de pratiques en allouant différents types de ressources et en exécutant des protocoles, des politiques et des procédures.</p>

CONSTRUITS	COMPOSANTES
<p>4. Suivi réflexif</p> <p><i>Le travail d'évaluation que les personnes effectuent pour évaluer et comprendre les effets d'un nouvel ensemble de pratiques sur eux-mêmes et sur ceux qui les entourent.</i></p>	<p>4.1. <b>Systématisation</b></p> <p>Le travail de collecte d'informations de diverses manières afin d'apprécier l'efficacité et l'utilité d'un ensemble de pratiques.</p> <p>4.2. <b>Évaluation collective</b></p> <p>Les participants travaillent ensemble — parfois dans des collaborations formelles, parfois dans des groupes informels pour évaluer la valeur d'un ensemble de pratiques.</p> <p>4.3. <b>Évaluation individuelle</b></p> <p>Les participants à un nouvel ensemble de pratiques travaillent également de manière expérimentale en tant qu'individus pour évaluer leurs effets sur eux et sur les contextes dans lesquels ils sont définis.</p> <p>4.5. <b>Reconfiguration</b></p> <p>Le travail d'évaluation effectué par des individus ou des groupes pour tenter de redéfinir les procédures ou modifier les pratiques, voire de modifier la forme d'une nouvelle technologie elle-même.</p>

En plus des quatre construits de la théorie du processus de normalisation, il a été jugé pertinent d'étudier deux construits supplémentaires : le contexte organisationnel interne et le contexte organisationnel externe. Le contexte organisationnel interne renvoie aux orientations stratégiques et la culture organisationnelle ainsi que les différentes perspectives des acteurs impliqués. Le contexte organisationnel externe quant à lui renvoie aux des politiques et orientations ministérielles, aux lois et règlements ainsi qu'à de possibles collaborations avec d'autres instances régionales.

La théorie du processus de normalisation a été appliquée de nombreuses études comme un cadre conceptuel approprié pour comprendre la dynamique du processus de mise en œuvre et d'intégration des interventions dans des contextes variés (May, 2018). Certaines études ont mobilisé les quatre construits, alors que d'autres se sont concentrés sur un seul des quatre.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la gouvernance clinique, la théorie a été utilisée dans une seule étude dans laquelle les auteurs ont mobilisé uniquement le construit de la cohérence afin d'étudier la construction de sens de la gouvernance clinique par des intervenants dans les services de première ligne en santé mentale (Gask et al., 2008).

## **Méthodologie**

Une étude qualitative de type étude de cas à trois niveaux d'analyse a été menée. L'étude de cas est un devis adapté pour les recherches dont l'objet est de comprendre en profondeur un phénomène contemporain dans son contexte (Yin, 2014), tel qu'un processus organisationnel comme la gouvernance clinique. Les niveaux de gouvernance des acteurs impliqués dans la recherche ont constitué les trois niveaux d'analyse de l'étude, à savoir : le niveau stratégique (administrateurs), le niveau tactique (gestionnaires) et le niveau clinique (intervenants cliniques).

### **Participants à la recherche**

Les participants étaient constitués des membres du conseil d'administration et des employés du Centre de réadaptation à l'étude. Un échantillon de convenance tenant compte des trois niveaux de gouvernance a été constitué. Le seul critère d'inclusion était de recevoir le consentement écrit des personnes à participer à l'étude. Ainsi, ont été ciblés :

Au niveau stratégique. Les membres du Conseil d'administration et de ses comités respectifs : comité d'audit ; comité de vigilance et de la qualité des services ; comité des usagers ; comité de gouverne et d'éthique.

Au niveau tactique : 1) les gestionnaires responsables des directions suivantes : direction des services à la clientèle ; direction de la qualité, de la recherche, du développement et de l'innovation ; direction scientifique ; direction des ressources humaines et du développement organisationnel ; direction des ressources financières, matérielles et informationnelles. 2) Les gestionnaires coordonnateurs de programmes associés aux clientèles pour chaque territoire desservi.

Au niveau clinique : les chefs de service et les intervenants cliniciens (infirmiers, psychoéducateurs, ergothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, kinésiologues, orthophonistes).

Toutes les personnes ciblées ont été sollicitées par une lettre d'invitation envoyée par courrier électronique. Celles qui ont accepté de participer à l'étude ont constitué l'échantillon de base pour la collecte des données.

### **Collecte de données**

La collecte de données a été effectuée entre avril et décembre 2015, selon trois sources : les entrevues individuelles semi-structurées, les groupes de discussion et la documentation.

Les entrevues individuelles ont été conduites dans les locaux de l'établissement, dans trois sites semi-urbains distincts, selon la disponibilité des participants. Un guide d'entrevue a été constitué avec des questions autour du sens donné à la clinique, l'implication dans la mise en œuvre, les mécanismes établis pour l'adoption de l'intervention, la nature des collaborations entre les acteurs et l'analyse critique de l'apport de la gouvernance clinique dans les pratiques. Les entrevues ont été enregistrées avec le consentement verbal des participants, avant l'enregistrement.

Des groupes de discussion ont été conduits dans le bâtiment principal de l'établissement auprès des intervenants cliniques, selon un agenda proposé par le chercheur principal. Un guide de discussion a été constitué avec des questions autour du sens donné à la clinique, l'implication dans la mise en œuvre, les mécanismes établis pour l'adoption de l'intervention, la nature des collaborations entre les acteurs et l'analyse critique de l'apport de la gouvernance clinique dans les pratiques. Les discussions ont été enregistrées avec le consentement verbal des participants, avant l'enregistrement.

En vue de l'analyse documentaire, plusieurs pages de documents en format papier et électroniques de l'organisme ont été consultées, dont les plans stratégiques, les rapports annuels d'activités et les documents de travail internes sur la gouvernance clinique.

## **Analyse des données**

Toutes les entrevues individuelles et les discussions de groupe ont été retranscrites sous forme de verbatim afin de mieux saisir les perceptions de chaque participant. En suivant une approche déductive, le chercheur principal a procédé à l'analyse des verbatim selon la méthode d'analyse de contenu proposée par King (1998) et en fonction des composantes du cadre conceptuel basé sur la théorie du processus de normalisation.

À partir du cadre conceptuel, un cahier de codification a été établi pour l'analyse des verbatim. Les cinq construits du cadre conceptuel (cohérence, participation cognitive, action collective, suivi réflexif, contexte organisationnel interne et contexte organisationnel externe) ont été choisis comme des catégories pour la structuration de la codification et les composantes sous chaque construit ont servi de codes. La codification a été réalisée par les deux co-auteurs à l'aide du logiciel QDA Miner (version 5.0.25). En cas de désaccord, une discussion a eu lieu pour statuer sur la manière de coder. Les données pertinentes ont été rapportées sous la forme d'extraits de verbatim en prenant en considération le niveau de gouvernance des participants. Les extraits des verbatim ont été rapportés en indiquant premièrement la technique de collecte de données (« EI » pour entrevue individuelle et « GR » pour groupe de discussion); deuxièmement en spécifiant le numéro de l'interviewé (1-23) ou du groupe (1-2); et troisièmement en ajoutant le niveau de gouvernance (« S » pour stratégique; « T » pour tactique et « C » pour clinique).

Parallèlement, une analyse documentaire a été menée pour cibler les éléments relevant du processus organisationnel entourant la gouvernance clinique (Fortin, 2006). Les informations extraites des documents sont identifiées soit par une référence bibliographique soit en nommant le type de document concerné.

## **Considérations éthiques**

Le consentement de tous les participants à l'étude a été obtenu par écrit. Pour protéger l'identité des participants, aucune donnée analysée n'est associée au poste occupé ou au nom des participants. Par ailleurs, un certificat éthique (numéro de projet CÉRC-0213) a été obtenu auprès des autorités de l'établissement au sien duquel la recherche a été menée.

## Résultats

### Caractéristiques des participants

Au total, vingt-deux entrevues individuelles semi-structurées (n=22) d'une heure en moyenne ont été menées auprès de cinq administrateurs (n=5), onze gestionnaires (n=11) et sept chefs de service (n=7). Le tableau 2 présente la répartition des entrevues selon le groupe de participants. Un faible taux de participation a été observé auprès des administrateurs, principalement à cause des circonstances particulières entourant le contexte organisationnel, tel que rapporté plus loin.

Tableau 11. – Article 2 — Tableau 2 : Répartition des entrevues individuelles

Niveau de gouvernance (niveau d'analyse)	Position dans l'organisation	Nombre sollicité	Nombre acceptant de participer	Nombre réel de participants (taux de participation)
<i>Stratégique</i>	Administrateurs	20	5	5 (25%)
<i>Tactique</i>	Gestionnaires	14	12	11 (78,6%)
<i>Clinique</i>	Chefs de service clinique.	7	6	6 (85,8%)
<b>TOTAL</b>		41	23	22 (53,7%)

Huit intervenants cliniques (n=8) ont participé à deux groupes de discussion, dont quatre psychoéducateurs (n=4) et quatre éducateurs (n=4). Le premier groupe était constitué de cinq (n=5) personnes et l'autre trois (n=3). Le tableau 3 présente la répartition des groupes. Un peu plus de la moitié des intervenants ayant consenti à participer se sont réellement présentés aux séances de discussion. Les raisons de ces absences n'ont pas été communiquées au chercheur principal.

Tableau 12. – Article 2 — Tableau 3 : Répartition des groupes de discussion

Type d'acteurs	Nombre sollicité	Nombre acceptant de participer	Nombre réel de participants
Intervenants cliniques	-	12	8 (2 groupes n = 5 et n= 3)

Les résultats sont présentés en fonction des construits du cadre conceptuel, en mobilisant la perception des participants ou les données issues de l'analyse documentaire.

### Contexte du cas à l'étude

Le cas à l'étude est le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec — Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU), un établissement à vocation régionale qui dessert une population majoritairement francophone sur un territoire de 45 000 km<sup>2</sup>. Le Centre a pour mission d'offrir, sur référence, des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ; de même que des services de soutien aux proches et à l'entourage. Par ailleurs, de par sa désignation universitaire, le centre participe au développement des savoirs et des pratiques, au transfert et à la diffusion des connaissances ainsi qu'à l'évaluation des services. En collaboration avec huit réseaux locaux de services (RLS)<sup>1</sup>, le Centre contribue également à l'inclusion sociale de ses usagers.

Au 31 mars 2015, le CRDITED MCQ-IU comptait 782 employés et a desservi 2 251 usagers différents<sup>2</sup> de tous âges dont environ 74% présentaient une déficience intellectuelle (DI) et 26 % un trouble du spectre de l'autisme (TSA) (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU), 2013, 2015 b).

La gouvernance du CRDITED MCQ-IU a été influencée par trois réformes majeures :

<sup>1</sup> Un réseau local de services est une forme d'intégration de services de santé et de services sociaux sur un territoire donné qui vise à assurer un ensemble de services requis par une population.

<sup>2</sup> Un usager différent est comptabilisé une seule fois même s'il a reçu plus d'un service (épisode).

- **Les orientations ministérielles de 2004.** Pour assurer une meilleure intégration des services, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a introduit dans la loi gouvernant son réseau, le principe de l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services (services de première, deuxième et troisième lignes) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Par cette réforme, le CRDITED est passé d'un établissement offrant des services généraux (première ligne) à un établissement offrant des services de réadaptation spécialisés par épisodes de soins (deuxième ligne). Contrairement aux services généraux, les services spécialisés sont intensifs et limités dans le temps.
- **La refonte organisationnelle.** Le diagnostic organisationnel effectué en 2009 a conduit aux orientations stratégiques visant l'optimisation de la performance et l'évaluation des services. Ces orientations ont mené à un premier changement de structure qui met en évidence les deux axes d'activités du Centre : la pratique clinique et la recherche.  
Puis en 2014, la quête de l'excellence clinique a conduit à une deuxième modification de la structure organisationnelle. La restructuration s'est traduite par l'adoption d'une structure matricielle par gestion de projets organisée par programme et strate d'âge des usagers plutôt qu'une structure fonctionnelle traditionnelle. La nouvelle structure a par ailleurs donné lieu à l'ajout d'un nouveau palier au niveau tactique, celui des coordonnateurs, en plus des directeurs déjà en place. Le niveau clinique est constitué de chefs de services et d'intervenants cliniques.  
Entre 2014 et 2015, un modèle de gouvernance clinique a été proposé en vue de soutenir l'excellence clinique par la promotion de la pratique réflexive et l'encadrement de la gestion du changement (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire changement (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire, 2015a, 2015b). Ce modèle s'appuie entre autres sur les éléments du modèle d'évaluation de la performance organisationnelle EGIPS (Champagne,

Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland et Nguyen, 2005) et du modèle conceptuel de gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (Pomey et al., 2008).

- **La restructuration du réseau de la santé et des services sociaux.** Entrée en vigueur, le 1er avril 2015, le projet de loi no10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a conduit à l'intégration du CRDITED MCQ-IU dans le nouveau Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)<sup>3</sup> (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014). Cette intégration a conduit à l'abolition du conseil d'administration du CRDITED et à l'affection de plusieurs acteurs vers d'autres fonctions. La décision d'implantation du cadre de gouvernance clinique a été prise cinq ans avant la restructuration.

## **Processus d'institutionnalisation de la gouvernance clinique**

Cohérence — la construction de sens autour de la gouvernance clinique

### ***Différentiation : La mesure de la performance***

Pour s'engager et s'approprier le cadre de la gouvernance clinique, les acteurs doivent être en mesure de différencier la situation d'avant de celle d'après l'introduction de ce cadre. Selon les participants interrogés, l'introduction de la mesure de la performance est l'élément principal de différenciation. Dans le discours, on observe que les termes « gouvernance clinique » et « mesure de la performance » sont facilement interchangeables.

D'un côté, selon les acteurs des niveaux stratégique et tactique, l'implantation de la gouvernance clinique a mené à un changement de paradigme pour les pratiques de gestion et les pratiques cliniques. Ce changement se traduit par l'introduction de la mesure systématique de la performance de l'organisation au niveau individuel et collectif, soit une avancée positive qui constitue un levier pour des pratiques plus axées sur l'utilisateur et ses besoins, plutôt que sur les services offerts.

---

<sup>3</sup> Un CIUSSS regroupe les centres hospitaliers (CH), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les centres de réadaptation (CR), incluant les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED).

« On est dans des services sociaux. Et on n'a pas l'habitude de vivre de la pression performance. Le mot « performance » n'était même pas un mot qui existait dans les services sociaux, on ne parlait jamais de performance, on ne parlait pas d'heures d'intervention, on ne parlait pas d'intensité, on accompagnait les gens, on les aidait, on était dans un mode plus comme ça. » (EI-3; T)

De l'autre côté, chez les acteurs du niveau clinique, le changement n'est pas toujours associé à la notion spécifique de la gouvernance clinique. Les intervenants semblent plus familiers avec les notions d'assurance qualité et de performance.

« On l'entend la gouvernance clinique, mais pour ma part je n'ai jamais vraiment compris. On entend beaucoup parler de l'assurance qualité et toutes sortes de qualités, de performance, d'optimisation... on ne sait même pas si ça fait partie de la gouvernance clinique. On entend parler de beaucoup de choses, mais qu'est-ce qui appartient à la gouvernance clinique, qu'est-ce qui n'appartient pas, ce n'est pas clair pour nous, on est des cliniciens nous. Je pense que quand on reçoit ça, on voit quelque chose comme plus abstrait.

La qualité on n'en a toujours entendu parler, mais jamais avec cette intensité-là, jamais avec des tableaux de bord, avec des données ; jamais avec une pression pour dire qu'il faut que ça paraisse bien, pour qu'on soit dans le vert ; jamais avec autant d'insistance. » (GR-1 ; C)

« Moi je n'ai jamais entendu parler de ça avant le projet de recherche...Mais oui, on a entendu parler des indicateurs, des tableaux de bord ; on en entend parler dans toutes les réunions. » (GR-2 ; C)

De plus, les intervenants cliniciens reconnaissent que l'introduction de la mesure de la performance a apporté une certaine « standardisation » dans leurs pratiques quotidiennes qui permet de justifier les décisions cliniques auprès des usagers.

« Ce que ç'a apporté de bon aussi, c'est que des fois on a des parents pas très mobilisés, qui ne participent pas. Avant on pouvait étirer les services, attendre, réessayer trois ou quatre fois...maintenant à l'intérieur de la gouvernance clinique on est plus porté à dire qu'on ferme le dossier parce que nous avons des normes, des indicateurs qui indiquent qu'il faut le faire... Ce virage est très valorisant pour l'intervenant ; c'est très allégeant de pouvoir se sortir d'un milieu d'intervention où on n'est plus utile. » (GR-1 ; C)

Cependant, tous les acteurs ne perçoivent pas cette étape de différenciation. En effet, bien que pour certains l'introduction de la gouvernance clinique soit vue comme une « innovation » dans leur secteur des services de réadaptation, pour d'autres, ce n'est qu'une autre façon de présenter les principes de bonne gouvernance qui étaient déjà en application, mais non

formalisés. Ces derniers reconnaissent toutefois l'apport que sont la systématisation des processus et l'utilisation d'outils plus pertinents pour la mesure de la performance.

« Ce n'était pas nécessairement de la nouveauté puisque c'était une préoccupation importante dans l'établissement depuis qu'on est un institut universitaire ...c'était une préoccupation qui a toujours été importante dans l'établissement » (EI-12 ; C).

« Peut-être j'ai l'air d'avoir de la difficulté à en parler parce que pour moi ça va de soi, il n'y a pas d'innovation... pour moi, ce n'était pas nouveau... – c'est comme ça qu'il faut gérer. J'ai toujours travaillé comme ça ! Je pense par contre qu'elle [la haute direction] nous a donné plus d'outils pour mesurer les résultats, mais pour moi ça a comme toujours été ça... » (EI-10; T)

### ***Spécification commune : Les comités de gestion et les outils de mesure de la performance***

L'effort de construction d'une compréhension commune autour des buts, des objectifs et des avantages attendus de la gouvernance clinique a davantage été mené au niveau tactique. Ainsi, tout au long de la conceptualisation et de l'implantation, la mise en place des comités de gestion et des rencontres entre les promoteurs de la nouvelle pratique et les autres gestionnaires ont été perçus comme ayant favorisé la compréhension du cadre de gouvernance clinique.

« La directrice générale nous rencontrait peut-être une fois par mois, minimalement, tout l'ensemble des gestionnaires, des journées complètes... » (EI-10; T)

Cette compréhension commune a été construite autour des modalités beaucoup plus pratiques que théoriques, notamment sur l'élaboration et la révision des tableaux bord pour un retour sur l'évolution des indicateurs de performance clinique.

« Moi, dans mes équipes avec mes superviseurs cliniques, j'ai fait des journées de présentation sur l'amélioration continue ; les indicateurs des services spécifiques on les a travaillés ensemble. Donc j'essaie de les impliquer le plus possible là-dedans. » (EI-16 ; C)

Au niveau clinique par contre, il semble y avoir plus ou moins d'efforts spécifiques vers une compréhension commune de la gouvernance clinique, les communications se limitant le plus souvent au stade de l'information communiquée par les chefs d'équipe, plutôt qu'aux échanges constructifs.

« C'était à moi à relayer l'information à mes superviseurs cliniques aux éducateurs. Je le fais via nos réunions d'équipe qui sont une fois par mois ou par 6 semaines... j'ai abordé le terme de gouvernance clinique, d'assurance qualité, et tous ces thèmes-là. Ils [les intervenants] sont assez informés au fur à mesure que je reçois l'information dans les aspects qui les concernent. » (EI-7; T)

« C'est sûr qu'on n'a pas eu de rencontres axées sur la gouvernance clinique. On s'est fait présenter les indicateurs de performance sur un PowerPoint en réunion d'équipe ; c'est tout. » (GR-2 ; C)

« Nous avons des PowerPoint à ne plus en finir...il y a tellement de discours et de choses présentés qu'on ne portait plus attention ; pendant ce temps, je pense à mon usager et comment je peux résoudre son cas et je n'étais pas le seul à être parti dans mes pensées. » (GR-1 ; C)

### ***Spécification individuelle : La confusion autour des rôles et responsabilités***

L'institutionnalisation de la gouvernance clinique est facilitée par la compréhension pour chaque acteur de ses rôles et responsabilités spécifiques dans ce cadre. Cependant, les données montrent que certains acteurs sont confus quant à leur apport dans le processus d'implantation.

Pour plusieurs au niveau inférieur tactique (les coordonnateurs) et au niveau supérieur clinique (chefs de service), la définition des rôles et des responsabilités quant à l'implantation de la gouvernance clinique n'est pas explicite. Au niveau clinique, les intervenants ne perçoivent pas nécessairement les rôles et les responsabilités spécifiques ou individuelles qui leur incombent si ce n'est celui d'exécutants d'une décision non partagée.

### ***Internalisation : La valeur ajoutée pour la qualité des pratiques et des services***

Selon les principes de la NPT, l'internalisation ou la compréhension de la valeur, des avantages et de l'importance de la gouvernance clinique par les acteurs renforce le processus d'implantation.

Nonobstant le fait que la plupart des participants aux niveaux stratégique et tactique se sentent bousculés dans leurs pratiques par les exigences qui accompagnent l'implantation de la gouvernance clinique, ils ont exprimé une forte perception voulant que ça contribue « à mettre la direction des services à la clientèle (DSC) au cœur des priorités » de l'organisation et par le

fait même à l'amélioration des services et au bien-être de l'utilisateur. De plus, il semble y avoir un consensus sur le fait que la gouvernance clinique a l'avantage de réconcilier le monde de la recherche à celui de la clinique, renforçant ainsi l'utilisation des données probantes pour soutenir les pratiques.

« C'était vraiment la direction des services à la clientèle et la direction de la qualité de la recherche qui s'inter influençaient en termes d'implantation, d'amélioration continue, puis de développement des pratiques. » (EI-13 ; C)

Cependant, les intervenants au niveau clinique peinent à percevoir l'apport de l'implantation des modalités de la gouvernance clinique sur la qualité réelle des services rendus aux usagers.

« Je dirais qu'au quotidien, cliniquement, on n'a pas nécessairement changé grand-chose. Parce que le service qu'on rendait avant les tableaux de bord est à peu près le même que maintenant...sauf que maintenant on a ajouté des tableaux de bord, des données, des chiffres. Mais pour nous au quotidien avec les usagers, depuis 2011, on fait sensiblement la même chose. Est-ce que maintenant les données démontrent plus de qualité ? J'en doute. De savoir qu'un plan d'intervention est à jour, ça ne donne pas une indication que ce plan — là est de qualité, qu'on rend un bon service de qualité...on n'a pas gagné en qualité depuis, on a juste mieux documenté. » (GR-1 ; C)

« Ça a l'avantage d'être plus rigoureux, ça permet de voir la quantité, mais pas nécessairement la qualité offerte à l'utilisateur ; c'est peut-être la qualité administrative, mais pas la qualité sur le terrain. » (GR-2 ; C)

#### Participation cognitive — l'engagement et la participation des acteurs

##### **Initiation** : *Les promoteurs clés de la gouvernance clinique*

L'initiation est une étape de l'institutionnalisation qui demande la mobilisation des informateurs clés pour promouvoir l'application de la nouvelle pratique dans le milieu. Dans le cas du CRDITED MCQ-IU, la direction générale et la direction de la qualité, de la recherche, du développement de la pratique et de l'innovation ont été identifiés comme les principaux promoteurs de la gouvernance clinique. Cette promotion se faisait au travers des comités de gestion, des réunions d'équipe et des rencontres individuelles au niveau tactique. Au niveau stratégique, la promotion a été faite par la direction générale et par la suite par les présidents au sein des différents comités du conseil d'administration.

« La chance qu'on avait ici aussi c'était d'avoir des gens qui étaient dédiés à ça ; moi je pense que ça, c'est la clé. Il faut communiquer simplement, vulgariser les choses. Être capable d'amener ça à un niveau simple ». (EI-6; T)

### ***Enrôlement : L'engagement partiel des acteurs***

L'enrôlement représente la nécessité pour les participants de s'organiser individuellement ou collectivement pour contribuer à sécuriser l'implantation de la gouvernance clinique. Aux niveaux stratégique et tactique, des efforts ont été menés par les participants, souvent individuellement, en vue d'ancrer les changements de pratique souhaités.

« J'ai participé à des consultations... Puis, j'ai travaillé, de façon très active, sur mon tableau de bord...Donc, je faisais beaucoup de sensibilisation tout au long de l'année, je rencontrais directement les gens pour leur parler... De voir comment faire, dans la pratique quotidienne, pour être plus efficace... pour gérer ou traiter plus de clients et favoriser une baisse des listes d'attente par exemple. » (EI-17; S)

Dans cette optique, la consultation et la co-construction ont été des approches utilisées pour renforcer l'adhésion et l'engagement des gestionnaires aux principes de gouvernance clinique.

« Pour toutes les étapes reliées à la préparation, à la participation, à la conception des contenus, à l'implantation puis à l'intégration au quotidien... On s'est donné un modèle organisationnel de gestion du changement...On a accompagné les cadres dans l'appropriation...On a animé une journée de lac à l'épaule, pour faire participer les cadres à la construction du changement. » (EI-2; T)

« Des gens en voyant le modèle, ils voyaient l'inscription « document de travail » donc ça leur laissait une place pour le bonifier. Puis à chaque fois que j'entendais des commentaires, c'est sûr que le lendemain la correction était faite, même si c'était un mot, une flèche, un rond au lieu d'un carré – tant que ça ne change pas le sens– Puis le fait que les gens voient la modification, ils se l'approprient, ça devient leur modèle. Puis à partir du moment que ça devient leur modèle, ils ont le goût de le partager avec leur monde. » (EI-5; T)

Au niveau clinique, les participants se considèrent davantage comme des exécutants que des participants à l'opérationnalisation du cadre de gouvernance clinique :

« Tu sais, quand tu ouvres une boutique, tu vas chercher les clients ; mais là, ils [les gestionnaires] ouvrent un sujet de performance et de qualité, mais ils ne viennent pas nous chercher nous les intervenants ; ça nous écrase. Donc ils ont oublié de considérer comment nous motiver. Ils sont plutôt à nous livrer ce qu'on devrait faire. Moi je trouve que la stratégie n'est pas efficace. Que le sujet est intéressant à considérer, mais ils n'ont pas pris le bon moyen. » (GR-1 ; C)

Cet écart d'appropriation et d'engagement entre les niveaux de gouvernance est attribué à l'inachèvement du processus d'implantation du cadre de la gouvernance clinique.

« C'est probablement peut-être une lacune de l'équipe tactique qui ne l'a [la gouvernance clinique] peut-être pas fait assez vivre auprès de ses chefs de service... oui, ça a été présenté, mais ce n'est pas juste le présenter, c'est comment on se l'approprie, comment on y donne un sens. ... Au niveau tactique, je pense que c'est relativement bien implanté ; c'est plus qu'on descend proche du terrain qu'il n'est pas implanté, il n'est pas vécu... Mais je suis sûr qu'il y a des choses que font les intervenants, les superviseurs cliniques et les chefs d'équipes, qui sont dans la lignée de cadre de gouvernance clinique, mais que ceux-ci ne savent pas que c'est dans ce cadre-là. » (EI-13;T)

« Beaucoup moins à la base [niveau clinique], oui ! Y a encore beaucoup de travail à faire pour que ça se rende jusque-là. Ils commencent à entendre parler d'amélioration continue, d'implantation, mais de là à ce que ça fasse un sens dans leur pratique au quotidien, on n'est pas encore là, je ne pense pas » (EI-4; T)

### ***Légitimation : L'illusion de la gouvernance clinique***

La légitimation est un travail relationnel qui consiste à amener les participants à croire qu'il est bon pour eux d'être impliqués dans la gouvernance clinique et qu'ils peuvent y apporter une contribution valable.

Au niveau clinique, l'opérationnalisation du cadre de gouvernance clinique est perçue comme une décision prise du niveau tactique pour satisfaire aux exigences de la désignation de l'établissement comme institut universitaire et aux exigences ministérielles pour la mesure de la performance. Les intervenants n'y voient aucun avantage à participer à cette opérationnalisation.

« Même si notre chef de service a essayé de faire des activités avec cette gouvernance clinique là, les gens n'embarquent pas ; parce qu'on a parlé de performance. Les gens ne ressentent qu'une pression ; c'est ça qui ressortait. C'était comme du contrôle...À travers des rencontres d'équipe ; j'entends que comme CRDI on se positionne comme chef de file et que la qualité nous maintient dans une position intéressante. Donc, juste le maintien de nos belles performances, ce n'est pas suffisant, il faut toujours offrir plus pour essayer de se démarquer puis d'obtenir les sous qui viennent avec. » (GR-1 ; C)

« On est dans la reddition de compte, il faut donner des services pour respecter le budget et pour moi ça ne va pas avec le besoin de l'utilisateur...On est évalué sur des chiffres qui sont sortis d'en haut, mais ce n'est pas la réalité du terrain. » (GR-2 ; C).

**Activation** : *Le processus de continuation non défini*

Le processus d'activation consiste à définir collectivement les actions et les procédures nécessaires pour maintenir la pratique de la gouvernance clinique et garder les acteurs impliqués. Bien qu'aucun processus de pérennisation de la pratique n'ait été systématiquement établi, l'analyse documentaire révèle toutefois qu'il y a eu le déploiement de plusieurs tableaux de bord opérationnels avec des indicateurs de performance spécifiques à chaque secteur d'activités (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU), 2015 b). Ces tableaux ont été développés en collaboration avec les gestionnaires au niveau tactique ; leur opérationnalisation au quotidien se fait par les chefs d'équipes au niveau clinique. L'évolution de ces indicateurs est revue en réunions d'équipe clinique puis en réunion de direction, contribuant ainsi à maintenir l'implication de tous.

Par ailleurs, des stations visuelles ont été créées dans certains secteurs d'activité pour initier des échanges autour de l'évolution des indicateurs de performance. Ces stations étaient accessibles à tous, au niveau stratégique, tactique et clinique.

« Il n'y en a pas partout, mais plusieurs ont mis en place ce qu'on appelle des stations visuelles...Alors moi je suis globalement l'intensité qui est donnée, mais les gestionnaires, eux, pourraient suivre ça en micro. Et le mettre visuellement quelque part dans leur bureau, dans les murs des corridors et que les gens en discutent et s'approprient. Normalement, ce qui est souhaité, c'est que les objectifs soient déterminés avec le staff, et qu'eux-mêmes viennent mettre leurs résultats...ça été un outil quand même assez intéressant, parce que ça permet une discussion, ça permet une mobilisation, les gens regardent, « Ah oui, on est rendus là, ça, c'est bon, pas bon », puis, ça été, quand même mobilisateur, je dirais. » (EI-3; T).

Enfin, l'expérience des acteurs est vue comme une force vive pour assurer la continuité des actions, malgré les changements structuraux au niveau du réseau de la santé et des services sociaux.

« Je pense qu'il ne faut pas minimiser l'expérience que les gens ont eu dans l'établissement ici pour être capables d'être des acteurs qui vont probablement être capables d'influencer le gros établissement [CIUSSS]. » (EI-5; T)

Action collective — l'adoption de la gouvernance clinique

### ***Maniabilité interactionnelle : La résistance au changement et la surcharge d'information***

La maniabilité interactionnelle est l'interaction entre les acteurs ou avec certaines modalités de la gouvernance clinique lorsqu'ils cherchent à opérationnaliser cette dernière dans leurs contextes cliniques au quotidien.

Au niveau tactique, la résistance au changement de culture organisationnelle est la principale barrière rencontrée lors de la mise en application de la gouvernance clinique.

« Il y a eu quelques réactivités, parce que là, quand on parle de performance, on parle de contrôle – donc la notion de contrôle, c'est une notion qu'y faut consolider pis qu'y faut... la performance qui est en lien avec la gouvernance clinique et la une nouvelle culture qui s'implante dans le réseau. ».(EI-12; T)

« Il y a des secteurs où il y a de la résistance, où ça a plus ou moins fonctionné. Mais je pense que c'était un changement qui était souhaitable. Est-ce que c'était parfait ? Non. Je pense que c'était souhaitable et que ça a donné des résultats. (EI-9; T)

Pour les cliniciens, l'appréhension à mettre en œuvre les modalités de la gouvernance clinique vient en général du manque de temps dû à un flux d'information élevé.

« La gouvernance clinique s'est arrivé en même temps que beaucoup de choses : la notion d'institut universitaire, le saut de l'innovation, les changements vers les épisodes de soins. Tout ça était rapproché dans le temps, ça ne nous a pas donné l'occasion de nous l'approprier. » (GR-1 ; C)

Concernant l'application des normes de performance par exemple, les intervenants ressentent une pression entre les délais d'intervention prescrits et la réalité de la complexité des cas des usagers rencontrés dans la pratique.

« La pression vient du nombre de fois, la fréquence et l'intensité autour de la thématique de la qualité ; ça devient irritant...Je pense qu'on s'efforce déjà au quotidien de faire notre mieux ; donc d'entendre continuellement dire au monde que ce n'est pas assez, c'est sûr que pour moi ça amène une pression.... » (GR-2 ; C)

***Intégration relationnelle : L'imputabilité non partagée et la confiance mitigée sur l'utilité de la gouvernance clinique***

L'intégration relationnelle explore l'imputabilité des acteurs envers la gouvernance clinique par rapport à leurs niveaux de connaissances, ainsi que le niveau de confiance des acteurs quant à l'utilité de la gouvernance clinique pour l'amélioration de la qualité des services.

Au niveau clinique, les intervenants ont soulevé le besoin non comblé de formation pour les outiller à l'amélioration de la qualité des services. Ils ne se sentent pas préparés à participer pleinement à l'implantation de la gouvernance clinique et par conséquent ne se sentent pas non plus imputables.

« Pour moi, c'est aberrant, on parle de performance clinique, de la qualité des services, mais quand on demande des formations, on ne peut pas en avoir ; les outils on ne peut pas les avoir non plus. Donc, dans notre pratique clinique on ne peut pas être plus performant si on n'a pas d'autres moyens ou d'autres façons de faire. Au final, ils [les gestionnaires] nous parlent de qualité ; oui, on aimerait ça aussi l'atteindre, mais donnez-nous des moyens pour y arriver. » (GR-1 ; C)

Par ailleurs, certains intervenants se sont interrogés sur les compétences réelles de certains de leurs gestionnaires quant à l'application des modalités de gouvernance clinique dans les milieux de pratique.

« On a l'impression que les nouveaux coordonnateurs cherchent encore à définir leurs rôles. On dirait qu'ils ne connaissent pas ce qu'on fait au quotidien. Car ce qui est présenté comme objectifs de performance ne fait pas souvent de sens avec notre réalité...Je pense qu'il y a un écart entre la clinique et le managériale. C'est comme si on marche parallèlement. » (GR1 ; C)

Concernant la confiance des acteurs, les participants des niveaux stratégique et tactique ainsi que les chefs d'équipe au niveau clinique sont assez confiants que l'implantation de la gouvernance clinique vise l'amélioration de la qualité des services.

« Ça a l'air insignifiant, mais c'est vraiment un changement de paradigme... c'est le client, c'est l'utilisateur d'abord... tout est orienté vers la qualité et le meilleur service rendu aux usagers. » (EI-11; T)

Cependant, les intervenants cliniques ont questionné la crédibilité de l'approche de gouvernance clinique à contribuer à l'amélioration de la qualité des services. En effet, certains y voit une course effrénée vers la performance organisationnelle.

« Tout ce qui est tableaux de bord, pour nous ça ne fait pas de sens puisque ça ne répond pas à nos besoins ni à ceux de l'utilisateur. Ça répond au besoin de démontrer la performance pour les personnes en position de cadres, pour montrer que nous avons répondu à nos objectifs de performance ; mais ce n'est pas aux besoins des usagers que ça répond. C'est vraiment quelque chose de plus haut que les usagers.

L'aspect de performance, je le trouve intéressant ; surtout dans un milieu comme la déficience intellectuelle ou des troubles du spectre de l'autisme, c'est en effervescence, on apprend, on découvre ; il y a beaucoup de choses à améliorer encore....Mais le fait de vouloir être les premiers, je pense que ça déshumanise un milieu qui devrait être très humain. Oui la performance, mais peut-être pas les chefs de file. » (GR1 ; C)

### ***Ensemble des compétences : La lourdeur administrative***

Le construit de l'ensemble des compétences renvoie à la compatibilité entre l'allocation des tâches pour la mise en œuvre de la gouvernance clinique et la division actuelle du travail au regard des normes de pratique.

Selon la perception des chefs d'équipe au niveau clinique, la gestion de proximité est un facilitateur de la mise en œuvre de la gouvernance clinique. Ainsi, l'ajout d'un pallier intermédiaire au niveau tactique (les coordonnateurs) pour un meilleur arrimage de l'implantation de la gouvernance clinique a en fait donné l'effet contraire, à savoir « une perte de proximité avec le niveau décisionnel » et par conséquent « une perte d'efficacité » managériale lors de la mise en application des modalités de la gouvernance clinique.

Pour les intervenants cliniques, l'augmentation de la charge de travail est un frein à la mise en œuvre des modalités de la gouvernance clinique. Ce qui ne les rend pas nécessairement aptes à la tâche.

« Il y a une lourdeur administrative... Je sais qu'en rencontre d'équipe, ma cheffe d'équipe amène l'information ; elle essaye de voir comment les membres de l'équipe peuvent faire un lien avec leur vécu d'intervenants, mais on a tellement d'informations qui rentrent qu'on ne peut pas réagir à tout. » (GR-1 ; C)

### ***Intégration contextuelle – La rotation du personnel et les changements structureaux***

L'intégration contextuelle renvoie à la capacité organisationnelle pour l'allocation des ressources et l'exécution des protocoles, des politiques et des procédures nécessaires à la bonne gestion de l'implantation de la gouvernance clinique.

Dans l'ensemble, l'introduction des modalités de gouvernance clinique a eu un impact considérable sur la disponibilité des ressources due aux absences en milieu de travail.

« Il y a des impacts négatifs sur les ressources humaines : une croissance de l'assurance salaire, par exemple. Dans le changement, les personnes sont affectées, sont ébranlées, c'est l'épuisement ou des absences longue durée. Il y a plus de gestion disciplinaire aussi, on voit des gens qui ne veulent pas embarquer dans le train du changement malgré qu'on fasse tout pour les aider, pour développer leurs compétences et leurs capacités. Ce qu'on ne voyait pas beaucoup avant. » (EI-2; T)

Les intervenants ressentent également la menace d'épuisement professionnel causé par la pression de performance et qui pourrait certainement ralentir l'atteinte des objectifs de la gouvernance clinique.

« Je pense qu'on a manqué de stratégie. C'était trop vite, ce n'était pas le bon moment, et ils n'ont pas écouté l'avis des gens. Ça a ébranlé les liens qu'on s'était créés. Moi ce que je dis c'est que depuis deux ans, on prend des décisions en oubliant de prendre soin des intervenants. On est dans une roue très inefficace. C'est clair que là on court vers l'épuisement des gens. » (GR-2 ; C)

Suivi réflexif — la mesure des effets de la gouvernance clinique

***Systematisation*** : *Le cadre de référence sur l'évaluation organisationnelle*

La systématisation renvoie au processus de collecte d'informations pour apprécier l'efficacité et l'utilité de la gouvernance clinique.

Pris de cours par les changements structuraux du réseau de la santé et des services sociaux, le CRDITED MCQ-IU n'a pas eu le temps d'établir des mécanismes spécifiquement dédiés à l'appréciation des effets du cadre de la gouvernance clinique. En effet, la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique était encore en cours lors de l'adoption du projet de loi visant l'intégration du Centre dans une plus grande instance.

Cependant, plusieurs approches d'évaluation de la qualité des interventions et d'appréciation de la performance ont été mises en place et auraient certainement contribué à la systématisation du suivi des effets de la gouvernance clinique.

Tout d'abord, afin de promouvoir une culture d'évaluation systématique de ses interventions, le CRDITED MCQ-IU a élaboré un cadre de référence sur l'évaluation organisationnelle. Ce cadre présente un cycle de gestion d'amélioration continue de la qualité et de la performance des services ainsi qu'un système d'évaluation organisationnelle de la qualité et de la performance (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire, 2012). Pour alimenter ce cadre, des tableaux de bord opérationnels ont été déployés pour outiller les gestionnaires cliniques dans la collecte de données spécifiques à l'appréciation des services de leur secteur d'activité (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire, 2015b).

« La première étape a été le cadre d'évaluation organisationnelle, les valeurs organisationnelles, puis le cadre de gouvernance clinique est venu après – et non pas l'inverse. Donc la culture organisationnelle sur l'évaluation et sur la mesure s'est faite avant. Et ça, je pense qu'y faut toujours travailler ça avant parce que c'est l'ancrage du modèle. » (EI-20, S)

#### Contexte organisationnel interne

L'établissement a procédé à l'instauration d'une nouvelle structure organisationnelle dans le but entre autres de faciliter une gestion de proximité axée sur les besoins du personnel. Cependant, cette structure s'est annoncée être le principal facteur du contexte interne à avoir une influence sur la mise en œuvre de la gouvernance clinique. En effet, cette modification a conduit à un changement de chaises, occasionnant premièrement une confusion dans les rôles et responsabilités entre les coordonnateurs au niveau tactique et les chefs de service au niveau clinique ; et deuxièmement une rupture de la chaîne de communication entre le niveau tactique et clinique.

## Contexte organisationnel externe

L'étude a été menée dans un contexte d'adoption et d'application du projet de loi restructurant le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Cette restructuration a conduit à l'intégration du centre de réadaptation dans un plus grand établissement couvrant un plus grand territoire et une plus grande diversité de services et de clientèles. Le projet de loi a aussi surtout créé une instabilité structurelle au sein même de Centre de réadaptation, notamment par l'abolition du Conseil d'administration et le départ de la présidente directrice générale.

Pour le cas spécifique de la mise en œuvre de la gouvernance clinique, l'impact de cette restructuration aurait été d'ordre stratégique et procédural. En effet, en l'absence des promoteurs principaux de la gouvernance clinique, dont les administrateurs et la direction générale, certains participants ont exprimé les inquiétudes sur la continuité du projet d'intégration de la gouvernance clinique ; qui ne serait peut-être plus inscrit dans les priorités stratégiques de nouvel organisme.

Par ailleurs, la restructuration semblerait avoir avorté les efforts de promotion de la gouvernance clinique auprès des acteurs du niveau clinique. Ce qui expliquerait la moins bonne familiarité avec ce concept par les intervenants clinique et par conséquent une moindre adhésion.

« Moi je pense qu'il nous a manqué un peu de temps. On y était presque arrivé. Alors, de dire que c'est allé jusqu'à l'intervenant qui est dans un socioprofessionnel, nous n'avons pas cette prétention que c'était rendu là, sauf que les gestionnaires étaient rendus là par exemple. » (EI-5; T)

## Discussion

L'institutionnalisation de la gouvernance clinique a été rapportée comme un défi majeur pour les établissements hospitaliers. En mobilisant la théorie du processus de normalisation, il a été possible de comprendre le niveau d'intégration de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier.

Avec la plupart des construits de la NPT couverts par les résultats de la recherche, il appert que la gouvernance clinique au CRDITED MCQ-IU est assez bien implantée. Dans l'ensemble, il semble complexe de construire une compréhension commune autour de la gouvernance clinique, de mobiliser simultanément l'engagement et la participation des acteurs à tous les niveaux de gouvernance et de procéder à un suivi évaluatif adéquat dans un contexte organisationnel instable.

Concernant la construction de sens autour de la gouvernance clinique, bien que tous les participants à l'étude ont fait une différenciation entre les pratiques de la gouvernance clinique et celles existant avant l'implantation, on observe un clivage entre la perception des administrateurs et des gestionnaires et celle des intervenants-cliniciens. Pour le premier groupe, malgré quelques voix dissidentes, la mise en œuvre de la gouvernance clinique a été un virage positif vers une meilleure coordination managériale et l'amélioration de la qualité des services offerts par l'établissement. Pour le deuxième groupe, la gouvernance clinique est vue comme une pression à la performance, loin de la réalité clinique, de l'amélioration de la qualité des services et des besoins de l'utilisateur. Des études précédentes menées dans le secteur hospitalier corroborent l'inégale conception de la gouvernance clinique au sein des équipes de soins et même souvent de l'absence de ce thème dans le langage de pratique courant auprès des équipes cliniques (Gask et al., 2008; Som, 2009). Sutton et ses collaborateurs (Sutton et al., 2018) ont aussi rapporté que le construit de la cohérence était la clé pour la réussite de la mise en œuvre d'une intervention complexe.

Concernant l'engagement et la participation des acteurs, ils sont influencés par leur conception du sens de la gouvernance clinique. D'un côté, la perception de performance effrénée sans effet réel sur la qualité de services explique le manque d'investissement des intervenants cliniciens. De plus, les intervenants se sentent moins concernés par la gouvernance clinique, étant donné la perception d'un manque d'ouverture du niveau stratégique à la co-construction. En effet, une approche ouverte et participative au sein des organisations a été rapportée comme un moyen essentiel à la mobilisation et à l'engagement de tous dans la bonne mise en œuvre de la gouvernance clinique (Campbell et al., 2002; Kelleher et McAuliffe, 2012). De l'autre côté, la

conviction de la valeur ajoutée de la gouvernance clinique a amené les gestionnaires à s'organiser autour des comités d'arrimage qui expriment leur engagement.

Concernant l'adoption de la pratique, la gouvernance clinique est assez bien ancrée auprès des administrateurs et des gestionnaires, à cause d'une bonne gestion de proximité. Toutefois, la perception de surcharge de travail, l'épuisement et la rotation du personnel chez les chefs de service et les intervenants sont des indicateurs d'une moins bonne adoption de la gouvernance clinique.

Finalement, le fait que le processus d'implantation de la gouvernance clinique n'ait pas atteint l'étape du suivi réflexif pourrait remettre en question la pérennité de l'intervention, d'autant plus dans un contexte d'instabilité organisationnelle créée par la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. En effet, d'autres études ayant mobilisé la NPT ont rapporté que l'inachèvement du processus d'implantation d'une intervention pourrait ralentir ou annuler les changements effectués, et ultimement conduire à un retour vers la situation avant l'implantation (Alharbi, Carlstrom, Ekman, Jarneborn et Olsson, 2014).

La gouvernance clinique a été définie comme un espace d'action collective et d'intersection entre le système de gouverne et le système clinique (Pomey et al., 2008). Toutefois, l'analyse des données a permis d'observer un clivage entre le monde des gestionnaires et celui des intervenants cliniciens, tout au long du processus de mise en œuvre de la gouvernance clinique (figure 1). Un clivage déterminé certainement par les schèmes de pensées et les modes d'interaction de chaque type d'acteurs (Glouberman et Mintzberg, 2002). Par ailleurs, on observe une position de gouvernance intermédiaire des chefs de service cliniques qui ont exprimé d'une part les perceptions semblables à ceux des administrateurs et des gestionnaires et d'autre part les perceptions partagées par les intervenants cliniques. Cette dissonance pourrait être attribuée au changement structurel dans lequel les chefs de service ont été interpellés à délaissier davantage les fonctions de gestion pour se concentrer davantage aux enjeux cliniques.

Du point de vue théorique, la mobilisation de la théorie du processus de normalisation a été trouvée utile pour l'analyse de l'intégration d'une intervention aussi complexe que la

gouvernance clinique. L'analyse des données a toutefois permis de comprendre que les relations entre les construits de la théorie ne sont pas de type linéaire interdépendant, mais davantage de types linéaires séquentiels en cascade. Dans cette séquence, la nature du sens donné (construction de sens) à la gouvernance clinique devient un élément déterminant à l'atteinte des autres conditions. Ainsi, parce que le concept gouvernance clinique est moins bien cerné et reçu au niveau clinique, les intervenants ont tendance à moins participer et s'engager dans le processus de sa mise en œuvre. Par conséquent, on observe un plus grand fractionnement de l'intégration de la nouvelle intervention dans les pratiques courantes de ces intervenants. Le processus inverse est observé chez les administrateurs et les gestionnaires. D'autres études ont conçu la théorie comme un processus linéaire séquentiel sans pour autant rapporter l'effet de cascade ou encore comme un processus dans lequel les construits s'opèrent de façon simultanée (May et al., 2018).

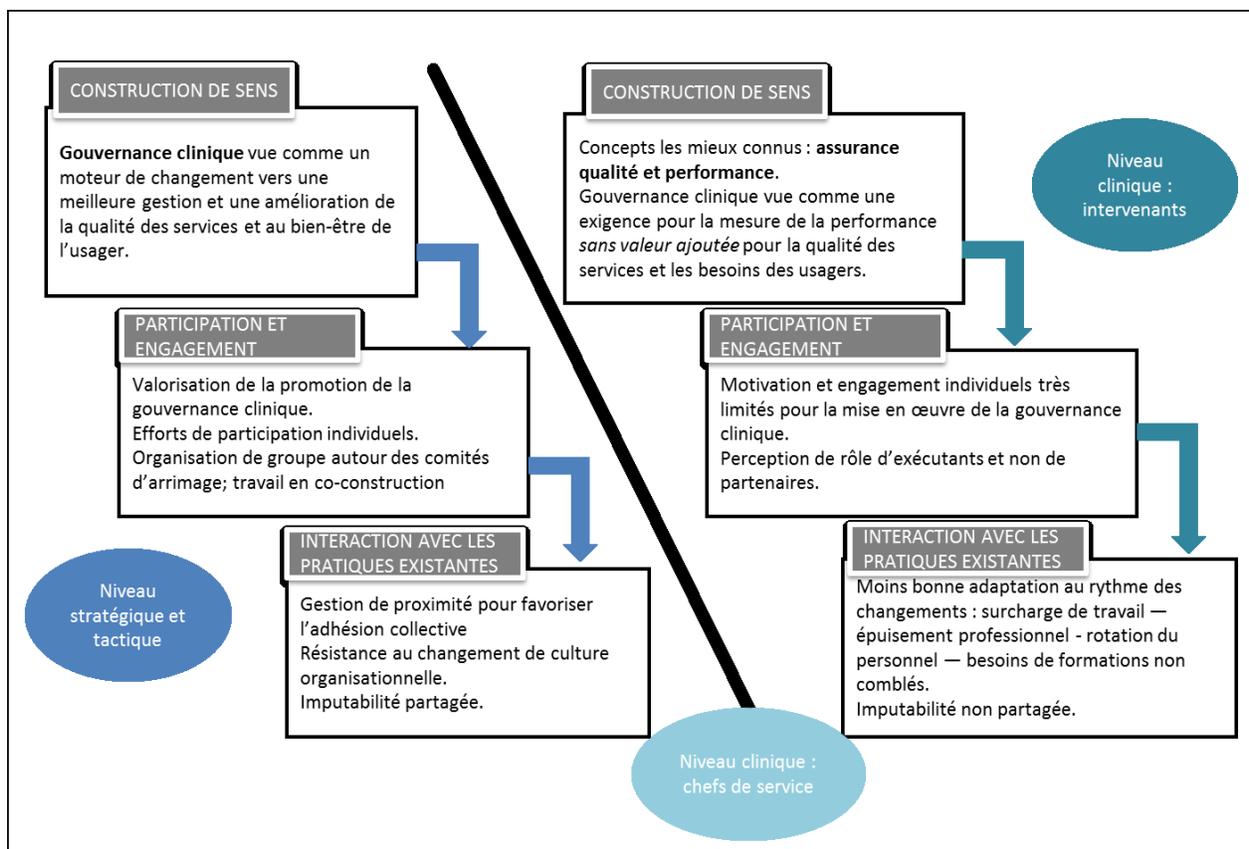


Figure 6. – Article 1 - Figure 1 – Clivage entre les niveaux de gouvernance lors processus de mise en œuvre de la gouvernance clinique

## **Limites de l'étude**

Du point de vue méthodologique, la restructuration du réseau de la santé a eu pour effet la diminution de l'échantillonnage de l'étude. En effet, étant donnée la fin de mandat des membres du conseil d'administration, très peu ont répondu à l'invitation à participer à l'étude. Ceci a eu pour effet de couvrir seulement le tiers de l'échantillon prévu au niveau stratégique, malgré les relances. Par ailleurs, pour tous les participants aux trois niveaux de gouvernance, l'instabilité organisationnelle créée par la restructuration du réseau a été une préoccupation quotidienne, notamment par rapport à leur avenir professionnel ou aux changements des pratiques éventuelles. Cet état de lieux aurait pu créer un biais affectif lié à la nature des propos des participants. En effet, un plus grand accent aurait pu être mis sur les points positifs que les points négatifs, par nostalgie d'une phase organisationnelle ou à l'inverse, les propos auraient pu ressortir plus de points négatifs que positifs en réaction à une insatisfaction au contexte organisationnel précédent. Quoi qu'il en soit, la saturation des données obtenue à l'intérieur des niveaux de gouvernance démontre que les propos sont assez représentatifs de chaque groupe d'acteurs.

Pour le cas particulier des intervenants cliniques, la faible participation semblerait davantage s'expliquer par une perception de non-appropriation du sujet à l'étude. En effet, certains intervenants qui ont participé aux groupes de discussion ont témoigné de l'hésitation à participer à un projet dont l'objet n'est pas « maîtrisé ». Du point de vue méthodologique, il aurait été plus avantageux de mobiliser d'autres termes que celui de la gouvernance clinique dans les lettres d'invitation à participer au projet chez groupe particulier d'acteurs. Toutefois, les propos recueillis auprès des intervenants ont cependant apporté une richesse à la compréhension du phénomène à l'étude.

Enfin, l'étude ayant été menée dans un établissement offrant des services de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme au Québec, la transférabilité des résultats devrait tenir compte des différences contextuelles.

## Recommandations

Au terme de cette analyse, les recommandations suivantes sont émises pour améliorer le processus d'implantation du cadre de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier.

**Construit de la cohérence** : Travailler à construire une compréhension commune de la raison d'être et de la finalité de la gouvernance clinique à tous les niveaux de gouvernance au sein de l'établissement. Ceci permettrait d'accroître l'adhésion autant des administrateurs, des gestionnaires que des intervenants-cliniciens.

**Construit de la participation cognitive** : Mobiliser les acteurs autour d'un projet commun qu'est celui de l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers (finalité), plutôt que sur le concept de la mesure de la performance (moyen). Adopter une approche participative qui valorise la contribution de tous au projet et ainsi accroître l'engagement et la participation.

**Construit de l'action collective** : Mener une gestion de proximité pour l'ensemble des acteurs en établissant des mécanismes de suivi réguliers adaptés à chaque niveau de gouvernance, afin de favoriser l'ancrage de la pratique. Ceci passe par : la valorisation de l'expérience vécue des acteurs, surtout celle des intervenants, une offre de formation adéquate sur les principes de la gouvernance clinique, un processus d'implantation progressive qui tient compte des contraintes de la pratique et un processus « humain » de gestion des ressources humaines.

**Suivi réflexif** : Se doter, en concertation avec tous les acteurs, d'un processus adéquat de formulation d'indicateurs et de collecte de données pour la mesure d'effets et d'impact de la mise en œuvre de la gouvernance clinique.

## Conclusion et implication pour la recherche

L'utilisation de la théorie du processus de normalisation et de la technique des entrevues a permis de décrire et de comprendre le niveau d'implantation de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier. Selon les résultats, bien que le processus d'implantation soit incomplet, la gouvernance clinique est assez bien ancrée au niveau stratégique et tactique de l'établissement. L'absence de concertation et de vision commune est la principale contrainte de

normalisation au niveau clinique. Ainsi, la réussite de la mise en œuvre passe par la valorisation de la gouvernance clinique comme un projet commun au service de l'utilisateur, le support des équipes par des suivis réguliers et une offre de formations et l'établissement d'une approche concertée de mesure des effets.

En complémentarité à la présente recherche, de futures recherches pourraient être menées pour explorer les dynamiques relationnelles à mettre en place entre le monde de la gestion et le monde clinique pour assurer une mise en œuvre uniforme et simultanée à travers les niveaux de gouvernance d'une organisation. Par ailleurs, il serait pertinent, en ayant recours à la théorie du processus de normalisation, de mener une étude de cas multiples sur les mécanismes d'intégration de la gouvernance clinique dans le secteur non hospitalier comparativement au secteur hospitalier.

## Références

Alharbi, T. S., Carlstrom, E., Ekman, I., Jarneborn, A. et Olsson, L. E. (2014). Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study. *BMC Nurs*, 13, 28. doi: 10.1186/1472-6955-13-28

Arya, D. et Callaly, T. (2005). Using continuous quality improvement to implement a clinical governance framework in a mental health service. *Australas Psychiatry*, 13(3), 241-246. doi: 10.1111/j.1440-1665.2005.02193.x

Azami-Aghdash, S., Tabrizi, J. S., Sadeghi-Bazargani, H., Hajebrahimi, S. et Naghavi-Behzad, M. (2015). Developing performance indicators for clinical governance in dimensions of risk management and clinical effectiveness. *Int J Qual Health Care*, 27(2), 110-116. doi: 10.1093/intqhc/mzu102

Braithwaite, J. et Travaglia, J. F. (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Aust Health Rev*, 32(1), 10-22.

Brault, I., Roy, D. A. et Denis, J.-L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 167-173.

Campbell, S., Roland, M. et Leese, B. (2001). Progress in clinical governance: Findings from the first NPCRDC National Tracker survey of Primary Care Groups/Trusts. *British Journal of Clinical Governance*, 6 (2), 90-93.

Campbell, S. M., Sheaff, R., Sibbald, B., Marshall, M. N., Pickard, S., Gask, L., . . . Roland, M. O. (2002). Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care*, 11(1), 9-14.

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire. (2012). Cadre de référence sur l'évaluation organisationnelle Trois-Rivières: Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire. (2013a). Mission, vision, valeurs, engagement qualité. Repéré à [http://www.crditedmcq.qc.ca/centre-de-readaptation\\_mission-vision-valeurs](http://www.crditedmcq.qc.ca/centre-de-readaptation_mission-vision-valeurs)

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire. (2013b). Plan d'organisation 2012-2015 (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire éd.): Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU).

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire. (2015a). Leur histoire...Notre histoire (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire éd.): Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire.

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire. (2015b). Rapport annuel de gestion 2014-2015: Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire (CRDITED MCQ – Institut universitaire).

Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Picot-Touché, J., Béland, F. et Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé) (p. 39): Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).

Conseil médical du Québec. (2003). Imputabilité médical et gouvernance clinique: bâtir sur la qualité et la performance des pratiques (p. 93). Québec: Conseil médical du Québec.

Currie, L. et Loftus-Hills, A. (2002). The nursing view of clinical governance. *Nurs Stand*, 16(27), 40-44.

Degeling, P. (2006). Realising the developmental potential of Clinical Governance. *Clin Chem Lab Med*, 44(6), 688-691. doi: 10.1515/cclm.2006.120

Department of Health. (1998). A first class service: Quality in the new NHS (p. 86).

Ferdosi, M., Ziyari, F. B., Ollahi, M. N., Salmani, A. R. et Niknam, N. (2016). Implementing clinical governance in Isfahan hospitals: Barriers and solutions, 2014. *J Educ Health Promot*, 5, 20. doi: 10.4103/2277-9531.184554

Fortin, M., avec la collaboration de Côté J. et Filion F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chnelière Éducation.

Freeman, T. et Walshe, K. (2004). Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England. *Qual Saf Health Care*, 13(5), 335-343. doi: 10.1136/qhc.13.5.335

Gask, L., Rogers, A., Campbell, S. et Sheaff, R. (2008). Beyond the limits of clinical governance? The case of mental health in English primary care. *BMC Health Serv Res*, 8, 63. doi: 10.1186/1472-6963-8-63

1472-6963-8-63 [pii]

Gauld, R. et Horsburgh, S. (2014). Measuring progress with clinical governance development in New Zealand: perceptions of senior doctors in 2010 and 2012. *BMC Health Serv Res*, 14, 547. doi: 10.1186/s12913-014-0547-8

Gauld, R., Horsburgh, S., Flynn, M. A., Carey, D. et Crowley, P. (2017). Do different approaches to clinical governance development and implementation make a difference? Findings from Ireland and New Zealand. *J Health Organ Manag*, 31(7-8), 682-695. doi: 10.1108/JHOM-04-2017-0069

Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, 27(3).

Godden, S., Majeed, A., Pollock, A. et Bindman, A. B. (2002). How are primary care groups approaching clinical governance? A review of clinical governance plans from primary care groups in London. *J Public Health Med*, 24(3), 165-169.

Gunst, C., Mash, R. J. et Phillips, L. P. (2016). A reflection on the practical implementation of the clinical governance framework in the Cape Winelands District of the Western Cape. *South African Family Practice*, 58(6), 236-241. doi: 10.1080/20786190.2016.1151642

Hartley, A. M., Griffiths, R. K. et Saunders, K. L. (2002). An evaluation of clinical governance in the public health departments of the West Midlands Region. *J Epidemiol Community Health*, 56(8), 563-568.

Hogan, H., Basnett, I. et McKee, M. (2007). Consultants' attitudes to clinical governance: barriers and incentives to engagement. *Public Health*, 121(8), 614-622. doi: 10.1016/j.puhe.2006.12.013

Kelleher, J. et McAuliffe, E. (2012). Developing clinical governance in a service for people with intellectual disabilities: an action research approach. *Clinical Governance: An International Journal*, 17(4), 287-296.

King, N. (1998). Template Analysis. Dans G. S. a. C. Cassel (dir.), *Qualitativ Methods and Analysis in Organizational Research* (p. 118-134): SAGE Publications.

May, C., Cummings, A., Girling, M., M., B., Mair, F., May, C., . . . Finch, T. (2018). Using normalization process theory in feasibility studie and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implement Sci*, 13(80), 1-27.

May, C., Finch, T., Mair, F., Ballini, L., Dowrick, C., Eccles, M., . . . Heaven, B. (2007). Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health Serv Res*, 7, 148. doi: 10.1186/1472-6963-7-148

May, C., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., . . . Montori, V. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implement Sci*, 4, 29. doi: 10.1186/1748-5908-4-29

May, C., Rapley, T., Mair, F. S., Treweek, S., Murray, E., Ballini, L., . . . Finch, T. L. (2015). Normalization Process Theory On-line Users' Manual, Toolkit and NoMAD instrument. Repéré le 2019-03-05 à <http://www.normalizationprocess.org>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2004). L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux éd.): Ministère de la santé et des services sociaux.

Projet de loi no 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2014).

Mohaghegh, B., Ravaghi, H., Mannion, R., Heidarpoor, P. et Sajadi, H. S. (2016). Implementing Clinical governance in Iranian hospitals: purpose, process and pitfalls. *Electron Physician*, 8(1), 1796-1803. doi: 10.19082/1796

Mousavi, S. M., Agharahimi, Z., Daryabeigi, M. et Rezaei, N. (2014). Implementation of clinical governance in hospitals: challenges and the keys for success. *Acta Med Iran*, 52(7), 493-495.

Pomey, M. P., Denis, J.-L. et Contandriopoulos, A. P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 183-194.

Ravaghi, H., Heidarpoor, P., Mohseni, M. et Rafiei, S. (2013). Senior managers' viewpoints toward challenges of implementing clinical governance: a national study in iran. *Int J Health Policy Manag*, 1(4), 295-299. doi: 10.15171/ijhpm.2013.59

Scally, G. et Donaldson, L. J. (1998). The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317(7150), 61-65.

Som, A. (2009). Sense making of clinical governance at different levels in NHS hospital trusts. *Clinical Governance: An International Journal*, 14(2), 98-112.

Som, C. V. (2007). Exploring the human resource implications of clinical governance. *Health Policy*, 80(2), 281-296. doi: 10.1016/j.healthpol.2006.03.010

Starey, N. (2003). What is clinical governance. *Evidence-based-medicine*, 1(12), 1-7.

Sutton, E., Herbert, G., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A. et Atkinson, C. (2018). Using the Normalization Process Theory to qualitatively explore sense-making in implementation of the Enhanced Recovery After Surgery programme: "It's not rocket science". *PLoS One*, 13(4), e0195890. doi: 10.1371/journal.pone.0195890

Veenstra, G. L., Ahaus, K., Welker, G. A., Heineman, E., van der Laan, M. J. et Muntinghe, F. L. (2017). Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study. *BMJ Open*, 7(1), e012591. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012591

Yin, R. K. (2014). *Case study research : Design and methods*. (Fifthe éd.). SAGE Publications, Inc.

# **Article 3 — ENJEUX DE MISE EN ŒUVRE DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE DANS UN ÉTABLISSEMENT NON HOSPITALIER**

## **AUTEURS**

**Lobè, Christine**, M.Sc, MAP, Ph.D. (c)

École de santé publique, Université de Montréal

**Pomey, Marie Pascale**, MD, Ph.D.

Département de gestion, évaluation et politique de la santé, Université de Montréal

École de santé publique, Université de Montréal

Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## **CONTRIBUTION DES AUTEURS**

CL : conception de l'étude ; analyse des données et rédaction du manuscrit.

MPP : validation de la codification des données, révision du manuscrit.

## **STATUT**

Cet article sera soumis à l'International journal for quality in health care.

## Résumé

**Objectifs** : La présente étude a pour objectif de rapporter les enjeux soulevés lors de l'implantation de la gouvernance clinique dans un établissement de réadaptation pour des personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme.

**Méthodologie** : Une étude de cas qualitative avec trois niveaux d'analyses (stratégique, tactique et clinique) a été menée. Des entrevues individuelles (n=22) ont été faites auprès des administrateurs, des gestionnaires et des cliniciens. Deux groupes de discussions ont été conduits auprès des intervenants cliniciens. En mobilisant la théorie de normalisation du processus, une analyse thématique qualitative des verbatim a été menée.

**Résultats** : Au niveau clinique, trois enjeux se dégagent : l'arrimage entre la théorie et les réalités de la pratique clinique nécessitent des interventions de plus en plus complexes ; l'adaptation de la vitesse d'implantation des nouvelles modalités de gouvernance clinique aux contraintes de ressources humaines et de temps ; et la participation des cliniciens au processus de prise de décision. Au niveau tactique, les enjeux soulevés sont la nécessité de disposer de moyens de communication efficaces pour favoriser une compréhension partagée de ce qu'est la gouvernance clinique ; l'arrimage des mécanismes de gestion pour une clarification des rôles et responsabilités ; et la disponibilité des ressources humaines. Au niveau stratégique, l'enjeu principal est la stabilité du contexte organisationnel interne et externe afin de concentrer les efforts sur la mission première de l'établissement qui est le bien-être des usagers.

**Conclusion** : L'adoption d'une gestion axée sur les principes de la gouvernance clinique est envisageable dans le secteur non hospitalier, sachant toutefois que les professionnels dans ce secteur semblent moins réceptifs que les professionnels médicaux aux objectifs de performance, car difficilement conciliables avec leurs pratiques.

**Mots clés** : gouvernance clinique, gouvernance sociale, services sociaux, enjeux, implantation, théorie du processus de normalisation.

## **Abstract**

**Objectives:** The objective of this study is to report on the issues raised during the implementation of clinical governance in a rehabilitation establishment for people with an intellectual disability or an autism spectrum disorder.

**Methods:** A qualitative case study was conducted. Twenty two interviews were carried out with administrators, managers and clinicians. Two focus groups were conducted with clinicians. By mobilizing the normalization process theory, a qualitative thematic analysis of the verbatim was carried out.

**Results:** For clinicians, three issues emerge: the link between theory and the realities of clinical practice requires increasingly complex interventions; adapting the speed of implementation of new clinical governance methods to the constraints of human resources and time; and the participation of clinicians in the decision-making process. For the managers, the issues raised are the need for effective means of communication to foster a shared understanding of what clinical governance is; the coordination of management mechanisms for a clarification of roles and responsibilities; and the availability of human resources. For the administrators, the main challenge is the stability of the internal and external organizational context in order to focus efforts on the primary mission of the establishment, which is the well-being of users.

**Conclusion:** Management based on the principles of clinical governance is possible in the non-hospital sector, knowing however that the professionals in this sector seem less receptive than the hospital clinicians to the performance objectives because it is difficult to reconcile with their practices.

**Keywords:** clinical governance, social governance, social services, challenges, implementation, normalization process theory.

## Introduction

La gouvernance clinique est une intervention complexe qui mobilise et intègre plusieurs approches de mesure et d'amélioration de la qualité des soins et services. Elle a été définie comme un cadre par lequel les organisations offrant des services de santé sont tenues imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services, de la sauvegarde de hauts standards de qualité, tout en créant un environnement propice au développement de l'excellence clinique (Department of Health, 1998). Dans sa forme la plus simple, le cadre de la gouvernance clinique englobe sept dimensions principales : l'efficacité clinique, la gestion des risques, l'expérience du patient, la communication, les ressources, la stratégie et l'apprentissage (Braithwaite et Travaglia, 2008; Scally et Donaldson, 1998; Starey, 2001).

Depuis son introduction en 1998 par la NHS au Royaume-Uni, le cadre de gouvernance clinique suscite encore de l'intérêt parmi les stratégies de gestion de la qualité des soins et des services de santé dans les établissements hospitaliers. En effet, un survol de la littérature scientifique montre une publication continue d'articles de journaux tant au niveau de sa conception, de son opérationnalisation que de ses effets (Lobe et Pomey, 2020).

La complexité de la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique dans les établissements de soins de santé reflète sur sa complexité conceptuelle. Ainsi, les recherches sur les moyens pour faciliter son introduction dans les pratiques sont de plus en plus nombreuses. Les leviers de mises en œuvre proposés sont entre autres une construction de sens commun à tous les acteurs (Gauld et Horsburgh, 2014; Som, 2009); la collaboration entre les acteurs à différents niveaux du système (gouvernemental, régional, local) (Baker, Lakhani, Fraser et Cheater, 1999; Currie et Loftus-Hills, 2002; Hogan, Basnett et McKee, 2007; O'Connor et Paton, 2008); un fort leadership collectif (Degeling, 2006; Veenstra et al., 2017); la disponibilité des ressources (Godden, Majeed, Pollock et Bindman, 2002) ; le développement professionnel (Mohaghegh, Ravaghi, Mannion, Heidarpoor et Sajadi, 2016; Mousavi, Agharahimi, Daryabeigi et Rezaei, 2014) et une culture organisationnelle axée sur l'apprentissage et non le blâme (Campbell et al., 2002). Ces recherches ont toutefois été menées dans le secteur hospitalier ; très peu reste donc connu sur les leviers de transformation dans le secteur non hospitalier, dont celui des services sociaux.

C'est en 2011 que les travaux du Social Care Institute for Excellence (SCIE) au Royaume-Uni ont permis d'élargir le concept de la gouvernance clinique au secteur des services sociaux, sous le terme de la « gouvernance en services sociaux ». Cette forme de la gouvernance a été définie comme « un cadre dans lequel des organisations en santé et en services sociaux personnels sont imputables pour une amélioration continue de la qualité de leurs services et prennent une responsabilité corporative pour la performance et la production de plus hauts standards de soins cliniques et sociaux. » (Social care institute for excellence (SCIE), 2013).

Au Québec, un établissement offrant des services spécialisés de réadaptation a été interpellé par le cadre de la gouvernance clinique en services sociaux pour améliorer ses pratiques et mieux répondre aux besoins de sa clientèle. Tout comme dans le secteur hospitalier, l'établissement en réadaptation a été confronté à la complexité du cadre de gouvernance clinique et à des défis d'application de différent ordre. Le principal objectif de cette étude est de comprendre les enjeux de la mise en œuvre de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier en quatre étapes d'intégration de cette intervention complexe : la conceptualisation de l'intervention, la participation des acteurs, la collaboration entre les acteurs et les pratiques réflexives.

## **Méthodologie**

### **Devis de l'étude**

Une étude qualitative de type cas unique à trois niveaux d'analyse a été menée (Yin, 2014). Les niveaux de gouvernance au sein de l'établissement d'intérêt ont constitué les niveaux d'analyse : stratégique (administrateurs), tactique (gestionnaires) et clinique (cliniciens).

### **Contexte de l'étude**

Le cas à l'étude est le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, un établissement à vocation régionale qui dessert une population majoritairement francophone sur un territoire de 45 000 km<sup>2</sup>. Le Centre a pour mission d'offrir, sur référence, des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble

du spectre de l'autisme ; de même que des services de soutien aux proches et à l'entourage. Cette mission est accomplie en collaboration avec huit réseaux locaux de services (RLS). Par ailleurs, en raison de sa désignation universitaire, le centre participe au développement des savoirs et des pratiques, au transfert et à la diffusion des connaissances ainsi qu'à l'évaluation des services. Au 31 mars 2015, le Centre de réadaptation a offert des services à 2 155 usagers différents au cours des douze derniers mois et comptait 782 employés (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire, 2015).

Dans un contexte de spécialisation de la pratique, le Centre a entrepris en 2009 des actions visant une saine gouvernance axée sur les hauts standards de qualité et la performance des services offerts aux usagers. Cette quête de l'excellence clinique a conduit à une refonte organisationnelle en s'appuyant sur les éléments du modèle conceptuel de gouvernance clinique de Pomey et collaborateurs (Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008) et plus tard sur ceux du modèle de gouvernance clinique en services sociaux de la Social Care Institute for Excellence au Royaume-Uni (Social care institute for excellence (SCIE), 2013).

Entrée en vigueur, le 1er avril 2015, le projet de loi no10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a conduit à l'intégration du Centre de réadaptation dans un nouveau Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Un CIUSSS regroupe les centres hospitaliers (CH), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les centres de réadaptation (CR), incluant les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014).

### **Participants à l'étude**

Tous les administrateurs et les employés du Centre de réadaptation étaient éligibles à participer à l'étude. Les participants ont été recrutés par lettre d'invitation envoyée par courriel. Dans le cas des intervenants, les chefs de service ont aidé à la coordination du recrutement.

L'échantillon de participants ciblé incluait : les administrateurs (n=20) du niveau stratégique, les gestionnaires (n=14) au niveau tactique, les chefs de service (n=7) et une centaine d'intervenants au niveau clinique (éducateurs, psychoéducateurs, ergothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, kinésologues, orthophonistes et infirmiers).

### **Collecte de données**

La collecte de données a été menée au moyen de deux techniques : les entrevues individuelles et des groupes de discussions. Des guides d'entrevues et de discussion ont été constitués. Entre juin et décembre 2015, vingt-trois entrevues individuelles semi-structurées (n=23) d'une heure ont été menées dans les locaux de l'établissement ou dans un lieu public auprès de cinq administrateurs, onze gestionnaires et sept chefs de service. Deux groupes de discussion d'une heure et demie ont eu lieu dans les locaux de l'établissement. Huit intervenants (n=8) y ont participé dont 4 psychoéducateurs et 4 éducateurs spécialisés. Le premier groupe était constitué de cinq intervenants et le deuxième de trois intervenants. Toutes les entrevues individuelles et les groupes de discussion ont été enregistrés après le consentement des participants.

### **Analyse des données**

Les entrevues individuelles et les groupes de discussion ont été retranscrits sous forme de verbatim. Une analyse thématique qualitative a été menée (King, 1998) selon un processus itératif d'analyse du texte. Les construits de la théorie du processus de normalisation (Normalization Process Theory) (May et al., 2007 ; May et al., 2009) ont été utilisés pour établir un cadre d'analyse initial. Cette théorie a été mobilisée par d'autres acteurs, dans des secteurs différents pour l'analyser des leviers et des barrières à la mise en œuvre d'une intervention complexe (Elwyn, Légaré, Weijden, Edwards et May, 2008; Mashuris et al., 2019; O'Reilly et al., 2017).

Selon la théorie du processus de normalisation, le processus de mise en œuvre et d'intégration institutionnelle d'une intervention jugée complexe telle que la gouvernance clinique se fait autour de quatre mécanismes séquentiels : la cohérence ou la construction de sens, la participation cognitive ou l'engagement des acteurs, l'action collective ou l'adoption de

l'intervention et le contrôle réflexif ou les mesures évaluatives. Ainsi, à partir d'une approche d'analyse déductive, les quatre construits de la théorie ont orienté la détermination de quatre catégories d'enjeux pour la structuration de la codification : les enjeux conceptuels, les enjeux cognitifs, les enjeux opérationnels et les enjeux évaluatifs.

À partir de ces quatre catégories d'enjeux, un livre de codage a été établi. À l'aide du logiciel QDA Miner (version 5.0.25), la codification a été réalisée par les deux co-auteurs et en cas de non-agrément, une discussion avait lieu pour statuer la manière de coder. Après cette première phase de codification, d'autres sections des textes ont été analysées pour des thèmes émergents qui ont constitué les codes. Ce processus a été répété jusqu'à saturation de données au sein d'un même groupe de participants.

Les extraits de verbatim ont été rapportés en déclinant premièrement la technique de collecte de données (« EI » pour entrevue individuelle et « GR » pour groupe de discussion); deuxièmement en spécifiant le numéro de l'interviewé (1-23) ou du groupe (1-2); et troisièmement en ajoutant le niveau de gouvernance (« S » pour stratégique; « T » pour tactique et « C » pour clinique).

## Résultats

L'analyse thématique des verbatim a permis d'identifier 10 codes à partir des 4 catégories d'enjeux prédéfinies. Les résultats sont présentés selon ce schéma de codification et soutenus par des citations qui illustrent les propos les plus pertinents des acteurs interviewés. Le tableau 1 présente le résumé des enjeux identifiés selon les niveaux de gouvernance.

Tableau 13. – Article 3 - Tableau 1 – Enjeux de mise en œuvre de la gouvernance clinique

	NIVEAU DE GOUVERNANCE		
	Stratégique (administrateurs)	Tactique (gestionnaires)	Clinique (intervenants)
Enjeux conceptuels	Sensibilisation directe auprès des équipes	Vulgarisation comme moyen de communication.	Effort de transmission du sens et du bien — fondé de l'intervention du niveau stratégique au niveau clinique.
Enjeux cognitifs	Établissement d'un fort	Co-construction comme	Adoption d'une approche

NIVEAU DE GOUVERNANCE			
	Stratégique (administrateurs)	Tactique (gestionnaires)	Clinique (intervenants)
	leadership	moyen d'appropriation.	participative pour encourager l'engagement. Perception de la mesure comme culture de contrôle.
Enjeux opérationnels	Sécurité des emplois et continuité des services dans un contexte d'instabilité externe.	Arrimage de la théorie à la pratique. Introduction graduelle pour une meilleure transmission et assimilation. Confusion de rôles et responsabilités. Cohésion entre les mécanismes et les directives de gestion. Disponibilité des ressources humaines et financières.	Adaptation de la vitesse d'implantation aux exigences de la clinique. Introduction des changements réguliers dans les façons de faire. Surcharge de travail

### Enjeux conceptuels

Les enjeux conceptuels représentent le travail de création de sens que les personnes accomplissent individuellement ou collectivement face à la mise en œuvre de nouvelles pratiques afin de leur donner un sens, ici dans le cadre de la gouvernance clinique. Ceci est d'autant plus pertinent étant donné la complexité de l'intervention. Pour ce type d'enjeux, un code a été identifié soit la communication efficace.

#### Communication efficace

Pour les participants interrogés, une communication efficace entre le niveau tactique et clinique est capitale pour permettre aux cliniciens de se construire un sens autour de l'objet de la gouvernance clinique. Quelques moyens qui ont été utilisés et appréciés sont : la vulgarisation et la sensibilisation.

Concernant la vulgarisation, un participant a déclaré :

« Oui, pour clarifier, ce qu'est la gouvernance clinique, le fameux schéma réalisé par la haute direction... nous a aidé à comprendre vraiment le rôle de chacun, le

positionnement de chaque nouveau changement par rapport à la pratique actuelle. Une fois que c'est intégré, tout le reste découle de là... [...] parce que des fois, on a tendance à se compliquer la vie et à sortir des affaires très complexes qui documentent — mais ce schéma c'est un résumé hyper simplifié que n'importe qui est capable de s'approprier facilement. ». (EI - 2, T)

« Je pense que la gouvernance clinique ce n'est pas une mauvaise chose ; c'est une bonne chose, mais on ne la comprend pas. Je n'ai pas l'impression que c'est bien transmis non plus.

On nous présente beaucoup de PowerPoint à n'en plus en finir. Je dois avouer que sur 60 diapositives, je ne porte qu'attention à 10 ; parce qu'il y a tellement de discours et de choses que moi je décroche. Pendant ce temps, je pense à mon usager et comment je peux résoudre son cas. Et plusieurs d'autres le font. » (GR-1 ; C)

La sensibilisation auprès des équipes permettrait de mieux communiquer l'apport de la gouvernance clinique et surtout de faire le pont entre la théorie et la pratique.

« Je faisais beaucoup de sensibilisation... tout au long de l'année, je rencontrais directement les gens pour leur parler [...]. Comment je peux faire, moi, dans mon service, dans ma pratique quotidienne, pour intégrer les meilleures pratiques véhiculées par le cadre de gouvernance clinique, pour être plus efficace... » (EI-17 ; S)

## **Enjeux cognitifs**

Pour les enjeux cognitifs qui renvoient au travail relationnel que les personnes font pour construire et maintenir l'engagement des acteurs autour d'une nouvelle technologie ou d'une intervention complexe, trois codes ont émergé des textes : la co-construction, la gestion du changement et le leadership.

### **Co-construction**

Pour permettre aux personnes de s'approprier la démarche, l'absence de mécanisme de co-construction entre le niveau tactique et clinique a été décrite.

« Il se fait beaucoup de « top-down. On dit qu'il faut qu'on travaille en co-construction [...], mais encore aujourd'hui, c'est encore beaucoup du « top-down ». Puis on se dit que ce ne sont pas les meilleures pratiques de gestion, mais... des fois c'est requis d'en faire. On n'a pas le choix, mais... Moi, je pense que quand on peut l'éviter... C'est plus payant de le faire différemment... » (EI-10 ; T).

La mise en application du cadre de gouvernance clinique a été prise comme des directives venant d'en haut, créant ainsi de la résistance au niveau clinique et affectant l'engagement des intervenants.

« Beaucoup des concepts venaient par en dessus, c'était super, mais en même temps les gens étaient moins –contribuaient moins – à leur élaboration. Donc ils recevaient l'information, puis là il fallait qu'ils se l'approprient et qu'ils construisent leurs propres schèmes de pensée à l'entour de ça, alors que peut-être que si on l'avait construit davantage avec les cadres, si on les avait mis à contribution plus tôt... peut-être que ça aurait été un avantage. » (EI-9, T).

« On a une approche humaine ; on est des gens de relation qui aiment se mettre en relation avec les autres, s'ils avaient amené ce côté-là de gouvernance clinique, ils auraient pu la vendre de cette façon-là ; et puis là tranquillement pas vite intégrer le concept de données à travers ça ; là ça aurait fait un sens. » (GR-1 ; C)

#### Changement de culture

L'instauration d'une nouvelle culture organisationnelle a été soulevée comme un défi majeur tout au long du processus d'implantation, notamment la culture de la mesure par l'introduction des indicateurs de performance.

« Ça demande beaucoup d'efforts pour réussir à changer les vieilles habitudes [...] Y a eu quelques résistances, parce que quand on parle de performance, on parle de contrôle – donc la notion de contrôle, c'est une notion qui fait peur, qu'il faut expliquer – c'est une nouvelle culture qui s'implante dans le réseau. » (EI-12 ; C).

#### Leadership

Pour assurer la continuité des actions de gouvernance clinique mises en place dans le secteur de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants de développement, il est important de compter sur un leadership fort et déterminé.

« Si ça se propage à la grandeur de l'établissement, la gouvernance clinique, c'est tant mieux ! Tant mieux pour l'utilisateur dans les services sociaux... Mais ce ne sera pas facile à cause de la complexité de ce que recoupe la gouvernance clinique. Si on est capable... ou si le secteur de la déficience intellectuelle peut... ça va lui demander un leadership très, très fort exercé par les gestionnaires. Et des coudées franches aussi. Il est important de dire : on est rendu là et on n'a pas le goût de reculer. » (EI-17 ; S).

## Enjeux opérationnels

Les enjeux opérationnels sont ceux qui ont été le plus identifiés à tous les niveaux de gouvernance : stratégique, tactique et clinique. Ce sont les pratiques adoptées par les acteurs pour mettre en œuvre la gouvernance clinique au quotidien et cela passe par l'arrimage entre la théorie et la pratique, la rapidité d'implantation, la stabilité du contexte organisationnel, l'arrimage des mécanismes de gestion et la disponibilité des ressources.

### Arrimage entre la théorie et la pratique

L'arrimage entre la théorie et les réalités de la pratique clinique a été rapporté comme un défi majeur pour la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique. En effet, les participants interrogés ont soulevé deux aspects : le besoin d'adaptation du langage des gestionnaires et la nécessité d'adapter les exigences de performance aux réalités de la « pratique ».

Les cliniciens soulèvent le défi de compréhension des termes théoriques employés par les gestionnaires lors des communications visant la mise en œuvre des normes de gouvernance clinique. Le « jargon » administratif nuit à l'appropriation du sujet. En effet, plusieurs trouvent les directives du niveau tactique « assez théoriques », « pas assez pratico-pratiques » et « pas possible de l'attacher à la réalité », au point de nécessiter une vulgarisation. C'est ainsi qu'un participant affirme :

« Moi il faut vraiment que je sois capable de le réfléchir pour le ramener dans un langage terrain. [...] — le langage utilisé est très très administratif, théorique [...], des fois il faut le retravailler un peu pour que l'éducateur soit capable de se l'approprier dans son travail au quotidien. » (EI-11, T)

Par ailleurs, plusieurs acteurs du niveau clinique ont soulevé le décalage entre les priorités qu'exige la prestation des services auprès d'une clientèle variée et la standardisation des exigences du cadre de la gouvernance clinique véhiculées par les gestionnaires :

« Et puis les intervenants sont dans des préoccupations concrètes. [...] Or quand on arrive avec un modèle assez complexe de gouvernance clinique, parce que je ne trouve pas que c'est nécessairement simple là [...], l'arrimage entre la théorie et la réalité est parfois... difficile. Des fois, on a l'impression, quand qu'on est sur le terrain, à la base, qu'il y a beaucoup de commandes qui nous arrivent d'en haut, et que... on a de la difficulté à écouter nos arguments terrain – [...] Toutes les embûches qu'on peut avoir sur le terrain ne sont pas bien prises en compte [...]. Des fois, un usager, on

a beau vouloir travailler un comportement, mais il nous arrive cinquante mille difficultés autres que ça. Je ne suis pas capable d'avoir accès à un psychiatre, admettons, pour régler une problématique de médicament. Cela fait que des fois, notre réalité terrain, et les aspirations d'en haut — on a de la difficulté à s'entendre. » (EI-13 ; C)

Cet écart perçu entre la théorie et la réalité de la pratique crée une certaine anxiété et une sous-estimation des capacités professionnelles chez les intervenants qui peinent à répondre aux standards de performance :

« Mais c'est quand on n'atteint pas les standards qu'on veut et que les raisons ne sont pas prises en compte, c'est là que..., sur le terrain, y a de l'anxiété à gérer parce que l'éducateur, il est pas capable faire son nombre d'heures, mais ce n'est pas à cause de lui, mais parce que la famille vit une crise, et on est pas capable d'entrer dans le milieu [...] on a la réalité interdisciplinaire qui fait que l'arrimage des agendas de tout l'monde, c'est un défi en soit, [...] Des fois, on n'atteint pas notre standard [...]. Mais on a des réalités de services différents et ce n'est pas nécessairement ajusté en fonction de chacun. [...].Donc, ça crée des frustrations. » (EI-9 ; T).

#### Rapidité d'implantation

L'essoufflement des acteurs induit par la rapidité d'implantation des modalités de la gouvernance clinique peut être un frein à l'adoption de pratiques d'amélioration continue. Ceci d'autant plus quand on est dans un contexte de changement organisationnel majeur et de restriction des ressources.

« Oui, on assure la gouvernance clinique, mais des fois, on a de la difficulté à rencontrer nos équipes il y a tellement de choses à amener. Il y a eu une nouvelle structure, et ça a été beaucoup de choses en même temps ce qui a fait que, à un moment donné, les éducateurs s'y perdent un peu. Puis on n'a pas tant de temps de la mettre en place, de se déposer avec ça, puis de le mettre en pratique. [...] Cela a été nommé par l'équipe qui à un moment donné s'est sentie essoufflée. Les gens ils suivent plus — y a trop d'intrants, et pas assez de temps pour se déposer. [...] Euh, c'est sûr que ça vient alourdir, parce qu'y en a trop en même temps.[...]— parce que c'est quand même gros, la gouvernance clinique — elle amène beaucoup beaucoup de nouvelles choses à mettre en pratique— parce y a beaucoup de choses interreliées [...]. Là l'éducateur, il faut qu'il rende compte de ce qui fait maintenant, ce qu'il ne faisait pas avant, donc, c'est une tâche de plus, mais on n'a pas coupé tant ailleurs. » (EI-8 ; T).

« Moi je pense qu'il y a une recherche d'amélioration des compétences à travers ça, mais ce qu'il faut faire pour maintenir ce titre-là [chef de file en performance] est tellement grand, je crois, que finalement on perd un peu de vue l'énergie des troupes puis le bien-être des troupes, mais à la base, je trouve ça intéressant qu'on ne veuille

pas juste s'asseoir sur nos lauriers, mais le rythme exigé n'est pas viable pour les intervenants, ce n'est pas valorisant, ce n'est pas dynamisant. » (GR-1 ; C)

Autant les chefs de service que les intervenants trouvent qu'il est nécessaire de procéder à une implantation graduelle, à « une vitesse de croisière qui est acceptable pour tout le monde » et qui tient compte de la réalité de la pratique sur le terrain :

« Le problème, c'est la rapidité à laquelle on veut qu'on procède qui est... difficile. C'est comme si on demandait un énorme bateau de faire « zouk » (une rotation brusque à 180°). Mais, c'est parce que, peut-on se donner le temps de tourner tranquillement, pas trop vite, et de laisser aux gens le temps de se l'approprier ? [...] Puis... nos éducateurs, ils ont de la difficulté des fois à comprendre. Tout d'un coup on leur demande de changer leur façon de travailler, puis... ce n'est pas si facile que ça. Puis, en même temps, ça appartient des fois à l'éducateur, puis des fois ça l'appartient à l'environnement dans lequel il est. » (EI-15 ; C).

« Je pense qu'on a manqué de stratégie. C'était trop vite, ce n'était pas le bon moment, et ils n'ont pas écouté l'avis des gens. Cela a ébranlé les liens qu'on s'était créés. Moi, ce que je dis c'est que depuis 2 ans, on oublie de prendre soin des intervenants ; on prend des décisions en oubliant de prendre soin des intervenants. » (GR-2 ; C)

#### Stabilité du contexte organisationnel

Un environnement de gestion en mouvance est un enjeu non négligeable dans un contexte de mise en œuvre de la gouvernance clinique. En effet, pour le cas à l'étude, les participants ont soulevé la pression occasionnée par des changements structuraux à l'interne de l'organisation et les nouvelles orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les pratiques cliniques dans le domaine de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants de développement.

Tout d'abord, dans la mouvance de l'implantation des modalités de gouvernance clinique, la direction de l'établissement a procédé à un changement structurel qui a principalement conduit à la création d'un nouveau palier de gouvernance au niveau tactique avec la création de nouveaux rôles de coordination. Ce changement a occasionné une confusion des rôles et des responsabilités entre les nouveaux coordonnateurs au niveau tactique et les chefs d'équipe au niveau clinique. Ce temps de flottement semble avoir créé un climat de travail moins propice à l'adoption des nouvelles pratiques de saine gestion.

« Tout d'abord juste de revoir la structure, ce n'était pas évident, parce que, là y a, non seulement les rôles de coordination qui n'existaient pas, c'était à bâtir aussi, la confiance entre les gens [...] propulsés dans une autre fonction, avec peu de... seniors pour nous accompagner là-dedans. C'est sûr qu'au départ là, ça a pu être un peu chaotique. [...] quand tu changes une structure comme ça, et que tu prends des collègues de travail, qui du jour au lendemain t'en ressorts quelques-uns que tu en mets certains en supervision d'autres, et bien, ce n'est pas toujours facile pour ceux qui n'ont pas été sélectionnés, d'accepter ça. » (EI-9 ; T).

Parallèlement au changement de structure, les gestionnaires cliniques et les intervenants se devaient de s'approprier les nouvelles orientations ministérielles sur l'organisation des soins et services pour les personnes atteintes d'une déficience intellectuelle et des troubles du spectre de l'autisme, qui est passé d'une organisation par épisodes de soins vers un continuum de soins (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2017).

« Je ne peux pas aller aussi vite que l'établissement le demande, malgré mon expérience ; il y a toujours des changements qui arrivent. On n'a pas le temps de déconstruire ; qu'il faut déjà construire. Il faut tout le temps recommencer. Il faut déconstruire une façon de faire qui fonctionnait très bien pour en adopter une nouvelle. » (GR-1 ; C)

Enfin, l'adoption du projet de Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (Gouvernement du Québec, 2014) a eu pour effet de ralentir le processus d'implantation de la gouvernance clinique et de créer de l'incertitude sur la continuité de la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique au sein de l'établissement à l'étude :

« Les gens vivent beaucoup d'insécurité, qu'est-ce qui va se passer ? Bon, et puis la préoccupation n'est pas sur l'usager. La préoccupation, et c'est normal, dans une période de changements, elle est sur soit moi-même. Donc on entend moins parler de gouvernance clinique, d'encadrement clinique, des besoins de l'usager. [,,,] Y a un enjeu de continuité de la mise en œuvre de la gouvernance clinique. Oui, oui, oui. Qui est très très fort... » (EI-20 ; S).

#### Arrimage des mécanismes de gestion

Selon les participants interrogés, une bonne circulation de l'information et la cohérence entre les mécanismes de gestion des entités administratives doivent être prises en compte pour faciliter l'appropriation et l'adoption des nouvelles modalités de gouvernance clinique :

« Ça va prendre des arrimages pour faire en sorte que ça puisse se faire donc si... s'ils mettent en place des comités avec des gens responsables de s'assurer qu'il y ait des

liens, c'est ça qui va faire vivre la gouvernance clinique. En fait, je pense que ce qui est nécessaire, c'est de s'assurer que les différentes équipes de travail ne travaillent pas en silo. [...]. Donc, pour faire en sorte que ça fonctionne, je pense que c'est de s'assurer qu'y a des mécanismes de gestion qui facilitent que les personnes travaillent ensemble. » (EI-8 ; T).

### Disponibilité des ressources

Il ne peut y avoir d'implantation efficace des nouvelles pratiques de gouvernance sans la disponibilité et le bien-être des ressources humaines. Ainsi, le taux élevé de rotation du personnel et d'absentéisme est un enjeu majeur :

« ...mais il y a toujours un paquet de facteurs qui vient influencer l'implantation du programme... Il y a beaucoup d'intervenants qui changent de poste, des gens qui partent à la retraite, des congés de maternité, ce qui fait que ça vient toujours influencer la mise en œuvre. [...], Il y en a une qui est tombée en maladie, l'autre, qui a appliqué sur un autre poste (Rires)... Ben là ! C'est sûr que ça ne va pas bien ! » (EI-16 ; C).

Au-delà de cela, la pression ressentie par le personnel à cause de l'augmentation de la charge de travail et des réunions stratégiques durant la période d'implantation, est un élément à considérer :

« ...on est débordé, on est tout le temps en train d'écrire, on a plein de redditions de comptes, on a beaucoup de documents à produire [...]. On a des rencontres, et il y en a tout le temps un en maladie, un en vacances, et pourtant il faut qu'on fasse leur job... » (EI-9 ; T).

Par ailleurs, il y a le défi de la disponibilité des ressources financières, notamment pour la continuité du développement professionnel :

« Dans les derniers temps, il y a eu beaucoup de demandes de formations, qui se sont peu réalisées à l'interne... Mis de côté par manque de budget. Il y a beaucoup de coupures au niveau des budgets. On nous demande d'être spécialisé, mais en même temps on n'a pas de formation spécialisée ». (EI-6 ; T)

### Enjeux évaluatifs

Les enjeux d'évaluation concernent ce que les personnes effectuent pour évaluer et comprendre les effets d'un nouvel ensemble de pratiques sur eux-mêmes et sur ceux qui les entourent comme la durée de l'implantation.

Dans le cas à l'étude, les participants n'ont pas soulevé d'enjeu spécifique à l'évaluation du processus de mise en œuvre et des effets de la gouvernance clinique. Il a toutefois été mentionné que le contexte de restructuration du réseau de la santé et des services sociaux a eu un effet sur la continuité de la mise en œuvre.

« ..., si on avait eu plus de temps pour l'actualiser [...]. Parce que dans le fond... on n'a pas réussi à aller au bout de ce processus-là dans le contexte actuel avec l'entrée en vigueur de la loi 10. » (EI-19 ; S).

## Discussion

L'utilisation d'un cadre d'analyse basé sur la théorie du processus de normalisation a permis de mieux comprendre les enjeux associés à la mise en œuvre de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier. Les résultats montrent que plusieurs défis influencent cette mise en œuvre dans le secteur particulier de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement.

Au niveau clinique, trois enjeux majeurs de la mise en œuvre de la gouvernance clinique ont émergé. Le premier défi porte sur la difficulté de concilier les contraintes de la pratique clinique auprès d'utilisateurs présentant des déficiences nécessitant des interventions de plus en plus complexes et de durée variable et les contraintes de performance normalisées exigées par le cadre de la gouvernance clinique. Par la suite a été soulevé l'enjeu d'adapter la vitesse d'implantation des nouvelles modalités de gouvernance clinique aux contraintes de ressources humaines et de temps. Enfin, l'enjeu de l'implication du monde clinique dans le processus de prise de décision a été soulevé par l'absence d'une approche participative de l'implantation de la gouvernance clinique qui aurait pu favoriser la collaboration des acteurs (Kelleher et McAuliffe, 2012).

Au niveau tactique, trois enjeux majeurs sont ressortis. Premièrement, la communication efficace par la vulgarisation et la sensibilisation est vue comme la clé pour une compréhension partagée de ce qu'est la gouvernance clinique. En effet, le travail de la construction de sens a été rapporté comme étant un levier de l'implantation de la gouvernance clinique (Sutton et al.,

2018). Il est par conséquent important d'établir des courroies de communication entre les différents niveaux de gouvernance pour favoriser la circulation de l'information. L'efficacité de ces courroies facilite ainsi l'adoption d'une approche participative mobilisant tous les acteurs dans le processus d'implantation, garant d'un meilleur engagement et par conséquent d'une moindre résistance au changement de culture. Le deuxième enjeu est l'arrimage des mécanismes de gestion. Les changements structurels semblent avoir occasionné une confusion dans les rôles et responsabilités entre la base du niveau tactique et la pointe du niveau clinique, entraînant au passage un accroissement de travail qui a à son tour empiété sur la mise en place des stratégies de communication et d'appropriation adéquates. Et enfin, parce que la gouvernance clinique « se fait avec les gens », il y a l'enjeu de la disponibilité des ressources humaines. En effet, l'exécution des modalités de gouvernance clinique dépend de la disponibilité des personnes d'y participer. Il est ainsi capital de créer un climat de travail qui favorise la rétention du personnel, par des mesures telles que les opportunités de développement professionnel, la diminution de la surcharge de travail et la valorisation des compétences.

Au niveau stratégique, l'enjeu principal soulevé est l'instabilité du contexte organisationnel interne et externe qui perturbe la capacité à mettre les énergies nécessaires sur la mission première de l'établissement qui est le bien-être des usagers.

On observe quelques similitudes entre les leviers de la mise en œuvre de la gouvernance clinique dans le secteur hospitalier mentionnés en introduction et les enjeux soulevés dans le secteur non hospitalier. Il s'agit notamment d'un leadership fort, d'une approche participative, de la disponibilité des ressources et du développement professionnel. Les éléments nouveaux particuliers au contexte non hospitalier étant : 1) le besoin de faire des arrimages entre à théorie et la pratique, entre le monde de la gestion et le monde de la clinique ; 2) la modulation de la vitesse de mise en œuvre de la gouvernance clinique ; 3) la stabilité du contexte organisationnel interne ; et 4) l'impact du contexte externe caractérisé par les orientations gouvernementales. Les trois premiers requièrent des actions en amont de la mise en œuvre, alors que le quatrième semble avoir un impact sur la viabilité du projet d'intégration du cadre de gouvernance clinique.

Le recours à la théorie du processus de normalisation a permis d'analyser les enjeux de mise en œuvre de la gouvernance clinique de façon systématique et structurée ; tout en considérant la perspective de différents acteurs. La théorie a également permis d'ausculter le processus de mise en œuvre et porter moins d'attention à la complexité de l'intervention en soi. Toutefois, il n'a pas toujours été aisé d'associer les codes émergents des verbatim dans les quatre catégories d'enjeux issus des construits de la théorie.

### **Limites de l'étude**

L'étude a été menée dans une période d'instabilité dans l'organisation, soit entre l'annonce et l'adoption de la loi sur la restructuration de tout le réseau de la santé et des services sociaux (la loi 10). Bien que les principaux acteurs ayant participé à la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique dans l'établissement aient participé à l'étude, il n'a pas été possible de recueillir le point de vue de certains à cause de leur absence de disponibilité ou de leur départ de l'organisation. Ces départs ont notamment concerné les administrateurs. Par ailleurs, un très faible taux de réponse a été observé auprès des intervenants, dû en partie à la moindre familiarité de ces derniers avec le terme même de la gouvernance clinique. Ainsi, il est possible que l'échantillonnage des intervenants ait été constitué de personnes ayant un intérêt marqué pour la gouvernance clinique.

### **Conclusion**

La présente étude a été axée sur les enjeux d'implantation de la gouvernance clinique dans le secteur des services sociaux, particulièrement en réadaptation intellectuelle. Nonobstant la complexité de l'intervention, il apparaît que l'adoption d'une gestion axée sur les principes de la gouvernance clinique est envisageable dans ce secteur en sachant toutefois que les intervenants semblent moins réceptifs aux objectifs de performance, car difficilement conciliables avec leurs pratiques. Ces résultats permettent de montrer les possibilités d'action efficaces pour le processus d'implantation d'une stratégie complexe d'amélioration continue de la qualité des services et pour l'application d'une culture de mesure de la performance dans un contexte axée sur le « caring ».

Cette étude étant la première du genre à être menée dans le secteur non hospitalier, il serait intéressant une future étude comparative entre les enjeux de mise en œuvre de la gouvernance clinique dans le domaine non hospitalier et les enjeux soulevés dans le secteur hospitalier.

## Références

Baker, R., Lakhani, M., Fraser, R. et Cheater, F. (1999). A model for clinical governance in primary care groups. *BMJ*, 318(7186), 779-783.

Braithwaite, J. et Travaglia, J. F. (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Aust Health Rev*, 32(1), 10-22.

Campbell, S. M., Sheaff, R., Sibbald, B., Marshall, M. N., Pickard, S., Gask, L., . . . Roland, M. O. (2002). Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care*, 11(1), 9-14.

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire. (2015). Rapport annuel de gestion 2014-2015: Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire (CRDITED MCQ – Institut universitaire).

Currie, L. et Loftus-Hills, A. (2002). The nursing view of clinical governance. *Nurs Stand*, 16(27), 40-44.

Degeling, P. (2006). Realising the developmental potential of Clinical Governance. *Clin Chem Lab Med*, 44(6), 688-691. doi: 10.1515/cclm.2006.120

Department of Health. (1998). A first class service: Quality in the new NHS (p. 86).

Elwyn, G., Légaré, F., Weijden, T. v. d., Edwards, A. et May, C. (2008). Arduous implementation: Does the Normalisation Process Model explain why it's so difficult to embed decision support technologies for patients in the routine clinical practice. *Implement Sci*, 3(57).

Gauld, R. et Horsburgh, S. (2014). Measuring progress with clinical governance development in New Zealand: perceptions of senior doctors in 2010 and 2012. *BMC Health Serv Res*, 14, 547. doi: 10.1186/s12913-014-0547-8

Godden, S., Majeed, A., Pollock, A. et Bindman, A. B. (2002). How are primary care groups approaching clinical governance? A review of clinical governance plans from primary care groups in London. *J Public Health Med*, 24(3), 165-169.

Gouvernement du Québec. (2014). *Projet de loi no 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

Hogan, H., Basnett, I. et McKee, M. (2007). Consultants' attitudes to clinical governance: barriers and incentives to engagement. *Public Health*, 121(8), 614-622. doi: 10.1016/j.puhe.2006.12.013

Kelleher, J. et McAuliffe, E. (2012). Developing clinical governance in a service for people with intellectual disabilities: an action research approach. *Clinical Governance: An International Journal*, 17(4), 287-296.

King, N. (1998). *Template Analysis*. Dans G. S. a. C. Cassel (dir.), *Qualitativ Methods and Analysis in Organizational Research* (p. 118-134): SAGE Publications.

Lobe, C. et Pomey, M.-P. (2020). *Conceptualisation et mise en œuvre de la gouvernance clinique : synthèse meta-narrative*. En proccsus de soumission.

Mashuris, R., Palmisano, J., McCullagh, L., Hess, R., Feldstein, D., Smith, P., . . . Mann, D. (2019). Using normalisation process theory to understand worflow implications of decesion support implementation across divrse primary care setting. *BMJ Health Care Inform*, 26, e100088.

May, C., Finch, T., Mair, F., Ballini, L., Dowrick, C., Eccles, M., . . . Heaven, B. (2007). Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health Serv Res*, 7, 148. doi: 10.1186/1472-6963-7-148

May, C., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., . . . Montori, V. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implement Sci*, 4, 29. doi: 10.1186/1748-5908-4-29

*Projet de loi no 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (2014).

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2017). Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience : Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (p. 84): Ministère de la santé et des services sociaux.

Mohaghegh, B., Ravaghi, H., Mannion, R., Heidarpour, P. et Sajadi, H. S. (2016). Implementing Clinical governance in Iranian hospitals: purpose, process and pitfalls. *Electron Physician*, 8(1), 1796-1803. doi: 10.19082/1796

Mousavi, S. M., Agharahimi, Z., Daryabeigi, M. et Rezaei, N. (2014). Implementation of clinical governance in hospitals: challenges and the keys for success. *Acta Med Iran*, 52(7), 493-495.

O'Connor, N. et Paton, M. (2008). 'Governance of' and 'Governance by': implementing a clinical governance framework in an area mental health service. *Australas Psychiatry*, 16(2), 69-73.

O'Reilly, P., Hwa Lee, S., O'Sullivan, M., Culten, W., Kennedy, C. et MacFarlane, A. (2017). Assessing facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS One*, 12(5), e0177026.

Pomey, M. P., Denis, J.-L. et Contandriopoulos, A. P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 183-194.

Scally, G. et Donaldson, L. J. (1998). The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317(7150), 61-65.

Social care institute for excellence (SCIE). (2013). *Social care governance : a practice workbook (NI)* (2e éd.). London.

Som, A. (2009). Sense making of clinical governance at different levels in NHS hospital trusts. *Clinical Governance: An International Journal*, 14(2), 98-112.

Starey, N. (2001). What is clinical governance. *Evidence based medicine*, 1(12), 1-8.

Sutton, E., Herbert, G., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A. et Atkinson, C. (2018). Using the Normalization Process Theory to qualitatively explore sense-making in implementation of

the Enhanced Recovery After Surgery programme: "It's not rocket science". PLoS One, 13(4), e0195890. doi: 10.1371/journal.pone.0195890

Veenstra, G. L., Ahaus, K., Welker, G. A., Heineman, E., van der Laan, M. J. et Muntinghe, F. L. (2017). Rethinking clinical governance: healthcare professionals' views: a Delphi study. BMJ Open, 7(1), e012591. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012591

Yin, R. K. (2014). Case study research : Design and methods. (Fifthe éd.). SAGE Publications, Inc.

# Résultats complémentaires — UN APERÇU DE LA PERSPECTIVE DES PROCHES D'USAGERS SUR LA QUALITÉ DES SERVICES

## Contexte

Selon de nombreux travaux rapportés dans la littérature scientifique, l'implication des utilisateurs des soins et de services est indispensable dans le processus d'implantation de la gouvernance clinique (Freedman, 2006; Som, 2004; Travaglia, Debono, Spigelman et Braithwaite, 2011; Wright, Smith et Jackson, 1999). Cette implication passerait par l'adoption de l'approche de partenariat de soins et de services (Karazivan, Dumez, Flora, Pomey, Del Grande, Ghadiri, Fernandez, Jouet, Las Vergnas, et al., 2015; Pomey et al., 2019; Pomey et al., 2015) où l'utilisateur participe activement, entre autres, à l'élaboration et à la mise en œuvre de son plan d'intervention.

Ainsi, dans le processus d'évaluation de mise en œuvre de la gouvernance clinique au CRDITED MCQ-IU, il a été jugé pertinent de mener une démarche d'appréciation auprès des proches d'utilisateurs. Cependant, l'implication des utilisateurs dans la gouvernance de l'établissement se fait essentiellement au travers du comité des utilisateurs. La perception de ce comité a été captée lors des entrevues menées au niveau stratégique. Dans ce sens, l'objectif de la démarche auprès des proches d'utilisateurs était d'explorer leur perception sur la qualité des services reçus par la clientèle du Centre de réadaptation. La qualité des services étant l'effet recherché par le processus de mise en œuvre de la gouvernance clinique

Le présent chapitre de la thèse présente les résultats de cette démarche. En raison du très faible échantillon de proches d'utilisateurs obtenu et de l'absence de robustesse des données, les résultats n'ont pu être présentés sous la forme d'un article scientifique. Considérant les limites méthodologiques, ces résultats doivent donc être considérés avec beaucoup de prudence.

Nonobstant ces limites, les propos recueillis offrent un aperçu enrichissant de la perspective des proches d'utilisateurs sur les services reçus. Par le fait même, rapporter ces résultats est une manière d'apprécier la contribution de ces proches dans la démarche de recherche.

## **Méthodologie**

La sollicitation à participer au projet de recherche a été faite par des lettres d'invitation envoyées par la poste à un échantillon de convenance constitué de 200 proches d'utilisateurs, représentatif de chaque groupe de clientèle de l'établissement : déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme.

Aux treize (13) personnes qui ont consenti à participer à l'étude, quatre choix de dates de rencontre ont été proposés par courriels au moyen d'un sondage Doodle<sup>MD</sup> et deux rappels téléphoniques ont été faits. À l'approche des entrevues, plusieurs ont toutefois décliné l'invitation à participer ou ne se sont pas présentés au rendez-vous.

En somme, un seul groupe de discussion a été mené avec quatre (4) proches d'utilisateurs représentant trois (3) utilisateurs distincts âgés de 22 à 26 ans dont un atteint d'un trouble du spectre de l'autisme et deux atteints de déficience intellectuelle. Tous les proches étaient des parents légaux des utilisateurs représentés.

La rencontre a eu lieu dans les locaux de l'établissement. Une discussion d'environ une heure et demie a été menée par le chercheur principal en utilisant un guide d'entrevue semi-structurée contenant des questions basées sur quatre des sept critères de qualité énoncés par l'Institute of Medicine (2001) : l'accessibilité, la sécurité et l'équité des services et la participation des utilisateurs et des proches des utilisateurs aux choix des modalités de prestation des services.

Tous les propos du groupe ont été enregistrés et retranscrits sous forme de verbatim afin de mieux saisir les perceptions de chaque participant. Une double codification des thèmes émergents a été effectuée à l'aide du logiciel QDA Miner (version 5.0.25). L'analyse a été menée selon la méthode proposée par King (1998).

## **Résultats**

L'analyse du verbatim a permis d'identifier quatre sous-catégories regroupées en deux points clés que les proches d'utilisateurs ont associés à la notion de la qualité des services

## L'expérience de services

Des extraits ont été codés dans la catégorie de l'expérience de services lorsque le discours des participants renvoyait à la qualification des services reçus au sein de l'établissement et aux enjeux qui y sont associés. Les services adaptés et la stabilité des services en sont des sous-catégories.

### Services adaptés

Les proches d'usagers sont en mesure de faire une différenciation entre les services reçus avant et après qu'ils aient été suivis par le Centre de réadaptation. En général, ils considèrent que les services offerts par l'établissement sont adaptés aux besoins réels des usagers qu'ils représentent.

« Quand on a embarqué avec le CRDITED, c'était quelque chose de bien adapté ; un accompagnement important »

« Je n'ai pas à me plaindre des services, ça été difficile de partir, mais une fois dans l'engrenage ça été excellent ; j'ai eu beaucoup de services et j'en ai encore. Il y a toute une équipe multidisciplinaire qui s'occupe de ma fille, et l'amélioration de sa condition progresse bien. »

Les participants ont toutefois jugé qu'il y a encore une place à l'amélioration du fait que les intervenants ne tiennent pas toujours compte des particularités associées à la condition de chaque usager.

« L'individualisation des services est un élément très important. On se fait souvent dire qu'on ne peut pas individualiser parce qu'on a plusieurs cas. Mais individualiser ne veut pas dire du un par un ou qu'on est 100% au service de l'enfant. C'est d'être capable de répondre de façon correcte aux besoins de l'utilisateur. »

### Stabilité de l'intervention

Bien qu'il y ait une reconnaissance de la qualité des services reçus, le discours des proches d'usagers laisse entrevoir une certaine crainte quant à la continuité de la qualité de ces services. Cette crainte vient premièrement de l'anticipation de l'impact des changements structuraux récents dans le réseau de la santé et des services sociaux qui ont mené à l'intégration du CRDITED dans le Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux (CIUSSS), une grande entité regroupant plusieurs autres établissements. Deuxièmement, la crainte vient du volume

de rotation et de la qualification du personnel perçus comme le résultat de la résistance au changement de vocation de l'établissement par la transition d'une prestation de services généraux à une prestation de services spécialisés par épisodes de soins.

« En général, l'établissement a toujours été là. On ne sait pas ce qui s'en vient avec les modifications dans le réseau. C'est fragile en ce moment, est-ce que c'est parce qu'on est dans la restructuration du réseau ? On est en transition et on le sent ; j'ai hâte que les gens retrouvent leur élan. Aussi la restructuration organisationnelle de 2014, il y a un an, a créé une instabilité et là je souhaite que les gens retrouvent leurs places pour plus de stabilité.

Actuellement, il y a une rotation d'intervenants assez importante, il y a moins de stabilité... Mon fils a eu le même assistant en réadaptation depuis des années jusqu'à il y a un an... La qualité, j'y crois, mais je ne sais pas si en termes de connaissance du dossier et des besoins des clients, les nouveaux intervenants sont vraiment si bien informés que ça ; j'ai des questionnements là-dessus ; parfois je n'ai malheureusement pas confiance. »

« La stabilité c'est très important... ; à chaque fois qu'il y a quelqu'un de nouveau, je sens que ma fille en est affectée, il faut souvent recommencer ce qui est déjà acquis ; ça progresse moins ».

## **Le partenariat des services**

La catégorie de partenariat présente les propos des participants qui renvoyaient à la collaboration dans les plans d'intervention. Les sous-catégories qui y sont associées sont la prise en compte des préférences et le suivi systématique des interventions.

### **Prise en compte des préférences**

Dans la plupart des cas, les proches d'utilisateurs se voient comme des partenaires de services et perçoivent que leurs préférences sont considérées ainsi que celles de l'utilisateur lorsque possible.

« Oui, ils tiennent compte de nos préférences en tant que parents, mais beaucoup moins maintenant qu'il est adulte ; et ils tiennent compte de ses préférences aussi. Ça fait du bien de voir les gens qui sont à leur affaire. »

« Nous les parents, nous ne sommes pas des spécialistes, mais il faut qu'ils tiennent compte de notre expertise en tant que parents, c'est nous qui vivons avec ces enfants ; je veux qu'ils tiennent compte de ce que je leur dis. Ils le font de plus en plus. Avant, ils nous montraient quoi faire sans tenir compte de nous. »

« Des fois, l'idéal communiqué est trop élevé pour l'utilisateur. En tant que parent j'ai dû intervenir des fois pour équilibrer les choses. »

## Suivi systématique des interventions

Les participants ont évoqué l'importance d'adopter un suivi régulier et systématique des interventions et des progrès observés chez les usagers. Le contenu de ce suivi devrait être alimenté par les résultats des évaluations menées au sein de l'établissement.

« J'aime qu'ils nous tiennent informés régulièrement, que j'aie la possibilité de rencontrer les intervenants pour avoir de l'information, savoir qu'est-ce qui se passe ; qu'ils me disent qu'est-ce qu'ils ont remarqué à propos de mon enfant et réciproquement. Malheureusement, actuellement, si je ne fais pas la démarche d'aller au-delà de l'information, on ne m'appellera pas, on ne m'informe de rien. Moi je veux participer au suivi. »

« Nous sommes des collaborateurs aux services. Dans ce sens, il est important de convenir ensemble avec les intervenants, de la fréquence de suivi lors de l'établissement du plan d'intervention. Nous avons aussi droit à l'information et ce n'est pas seulement à nous de faire des démarches pour l'obtenir. »

« Je trouve important que l'établissement procède aux évaluations des services pour mieux apprécier la pertinence des épisodes de soins et connaître les causes de certaines réactions de l'utilisateur pour donner suite à une intervention. »

## Limites de la démarche

La limite principale de cette démarche est le petit échantillon de participants, qui affecte la validité des résultats. Malgré l'effort de vulgarisation de l'objet à l'étude, très peu de proches d'utilisateurs ont démontré leur intérêt à participer au projet de recherche. La grande sollicitation de cette sous-population à divers projets de recherche pourrait expliquer ce manque d'engouement. La raison principale évoquée par ceux qui n'ont pas pu honorer les rendez-vous planifiés est le manque de disponibilité dû à la surcharge de travail auprès du membre de leur famille bénéficiant des services de l'établissement.

## Conclusion

En somme, les résultats obtenus sur la perception des proches d'utilisateurs sur la qualité des services montrent l'intérêt des proches utilisateurs à s'impliquer dans les processus d'intervention à travers une approche de partenariat et une intégration systématique de suivi dans les plans d'intervention qui respectent leurs préférences et celles de la clientèle qu'ils représentent.

À l'instar des résultats rapportés dans les chapitres précédents de la thèse, il appert que l'instabilité du contexte organisationnel est un enjeu à considérer dans toute démarche d'amélioration de la qualité des services.

## Références

Freedman, DB (2006). Involment of patients in clinical governance. *Clin Chem Lab Med.*, 44(6), 699-703. doi: 10.1515/CCLM.2006.121

Institute of Medecine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences.

Karazivan, P, Dumez, V, Flora, L, Pomey, MP, Del Grande, C, Ghadiri, DP, . . . Lebel, P (2015). The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med*, 90(4), 437-441. doi: 10.1097/ACM.0000000000000603

King, N (1998). *Template Analysis*. Dans G. S. a. C. Cassel (dir.), *Qualitative Methods and Analysis in Organizational Research* (p. 118-134): SAGE Publications.

Pomey, MP, Dumez, V, Boivin, A, Rouly, G, Lebel, P, Berkese, A, . . . Clavel, N (2019). The participation of patients and relatives in Quebec's Health System: The Montréal Model. Dans Pomey MP, Dumez V & Denis JL (dir.), *Patient Engagement. Organizational Behaviour in Healthcare* (Pomey MP, Denis JL, Dumez V éd., p. 17-60): Palgrave Macmillan, Cham.

Pomey, MP, Flora, L, Karazivan, P, Dumez, V, Lebel, P, Vanier, M. C., . . . Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 27(1 Suppl), S41-50.

Som, CV (2004). Clinical governance: A fresh look at its definition. *Clinical Governance*, 9 (2), 87-90.

Travaglia, JF, Debono, D, Spigelman, AD et Braithwaite, J (2011). Clinical governance: A review of key concepts in the literature. *Clinical Governance*, 16 (1), 62-77.

Wright, J, Simith, M et Jackson, D (1999). Clinical governance: principles into practice. *J Manag Med*, 13(6), 457-465. doi: 10.1108/02689239910299786

## Chapitre 6 — DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION

### Discussion générale

L'art de gouverner est au cœur des débats sur la gestion des organisations complexes telles que les systèmes de soins et de services. La gouvernance clinique est un des moyens mobilisés depuis trois décennies pour assurer l'amélioration continue de la qualité des soins et des services. Plusieurs établissements dans le domaine médical l'ont adoptée alors que les établissements offrant des services sociaux en sont à leur balbutiement, du moins au Québec.

De nombreuses démarches d'implantation du cadre de la gouvernance clinique dans les établissements de soins ont mis en lumière des enjeux conceptuels, procéduraux et évaluatifs associés à cet exercice, partiellement dû à la complexité de ce cadre. Ces enjeux compromettent ainsi l'adoption des modalités de la gouvernance clinique dans les pratiques quotidiennes de gestion ou cliniques. Ainsi, la présente démarche doctorale a répondu aux besoins des acteurs du milieu de porter un regard critique sur le processus d'implantation de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier.

L'objectif de la thèse était d'examiner la conceptualisation, le processus de mise en œuvre et d'intégration de la gouvernance clinique et les enjeux qui en découlent dans un établissement offrant des services non hospitaliers, dont des services de réadaptation. Plus précisément, il s'agissait d'étayer la construction de sens au sein des acteurs de différents niveaux de gouvernance et d'analyser le niveau d'implantation du processus qui mène à l'institutionnalisation de la gouvernance clinique. Le projet de recherche a été mené cinq ans après le début de l'implantation des modalités de gouvernance clinique dans l'établissement à l'étude. La dernière année d'implantation s'inscrivait dans un contexte de changements structuraux importants dans le réseau de la santé et des services sociaux qui ont mené à l'intégration de l'établissement dans une plus grande entité structurelle.

Afin de répondre à cet objectif de recherche, la théorie de processus de normalisation (NPT) a été mobilisée. Cette théorie a été démontrée utile pour l'implantation et l'évaluation des

interventions complexes. Certaines critiques ont affirmé que la théorie du processus de normalisation est un modèle davantage normatif qu'explicatif, c'est-à-dire, qui indique le processus à suivre pour l'implantation d'une intervention, mais qui ne permettrait pas de comprendre les circonstances entourant cette implantation (Alharbi, Carlstrom, Ekman, Jarneborn et Olsson, 2014). Le présent projet a cependant permis de constater que, lorsque l'utilisation de la NPT est associée à la technique des entrevues et à une analyse de contenu approfondie, il est possible de dégager du discours des acteurs les facteurs justifiant le niveau d'intervention.

Par ailleurs, du point de vue théorique, l'apport de la thèse a été de proposer un cadre conceptuel qui intègre l'analyse contextuelle à la théorie du processus de normalisation. En effet, l'étude de cas a permis de constater que tout changement dans les contextes organisationnels interne et externe a un effet direct ou indirect sur le processus d'institutionnalisation de la gouvernance clinique. Les changements structurels établis avec l'intention de faciliter la gestion par projets pour une meilleure gouvernance ont plutôt engendré certains obstacles, notamment la confusion dans les rôles et responsabilités et la rupture de la chaîne de communication entre le niveau stratégique et le niveau clinique. Des obstacles qui ont eu des effets directs, au niveau clinique, sur la construction de sens (construit de la cohérence) et l'adoption de la gouvernance clinique (construit de la participation cognitive). Pour le contexte organisationnel externe, le principal enjeu a été la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux qui a créé un environnement non propice à la continuité de mise en œuvre de la gouvernance clinique, par le départ des porteurs du dossier aux niveaux stratégique et tactique.

Du point de vue empirique, le projet de recherche apporte un regard nouveau sur le processus de mise en œuvre de la gouvernance clinique, notamment au regard des trois axes : la construction de sens ; les mécanismes de mise en œuvre et les enjeux influençant cette mise en œuvre.

Au sujet de la construction de sens, les résultats présentés dans ce projet montrent que la gouvernance clinique a été construite autour de la notion de la mesure de la performance. Pour

les acteurs des niveaux stratégique et tactique, cette mesure est un tremplin vers l'amélioration continue de la qualité des services. Pour les acteurs du niveau clinique, il a été constaté que le cadre de gouvernance clinique mobilise une multitude de concepts, contribuant à la confusion de sens. Ainsi, pour les intervenants cliniques, la notion de la performance est perçue comme une contrainte qui ne contribue pas réellement à l'amélioration de la qualité des services et qui, par son côté normatif, est difficilement conciliable avec les pratiques quotidiennes. Cette dichotomie dans la perception de sens met en évidence le fait que le construit de la construction de sens soit la pierre angulaire de la réussite de l'implantation de la gouvernance clinique, de par sa grande influence sur l'engagement des acteurs et l'adoption des modalités de gouvernance clinique dans les pratiques quotidiennes. En effet, les perceptions positives individuelles et collectives de la valeur de la gouvernance clinique chez les administrateurs et les gestionnaires expliqueraient la forte adhésion et l'adoption du concept au niveau stratégique et managérial. De la confusion de sens observée auprès des intervenants, en découlent un engagement mitigé, une absence d'imputabilité et une moins bonne adoption de l'intervention. L'influence de la construction de sens sur les autres construits de la théorie du processus de normalisation a aussi été rapportée dans des travaux précédents (Sutton et al., 2018).

Concernant les mécanismes de mise en œuvre de la gouvernance clinique, la présente démarche doctorale contribue à l'avancement des connaissances en montrant que l'adoption d'une gestion axée sur les principes de la gouvernance clinique est envisageable dans le secteur de la réadaptation, malgré la complexité de l'intervention.

Premièrement, il a été constaté que la gouvernance clinique demeure un concept « enthousiasmant » et particulièrement en émergence dans le secteur non hospitalier. C'est un système intégré et un espace de collaboration pour l'amélioration continue de la qualité des services dont les acteurs principaux interpellés sont les administrateurs, les gestionnaires et les intervenants cliniques. Bien que le cadre de gouvernance clinique adopté présente les usagers ou les proches d'usagers comme des acteurs au cœur des préoccupations d'amélioration continue de la qualité, force est de constater que l'interpellation réelle de ceux-ci comme partenaires ou collaborateurs à la réussite de cette tâche est loin d'être une pratique établie. Or, tout comme rapporté dans les résultats, les proches d'usagers dans un contexte de

prestations de services de réadaptation pour une clientèle présentant des déficiences revendiquent leur droit à l'information et à l'implication dans les processus d'intervention.

Deuxièmement, de la stratégie locale de mise en œuvre observée, il en ressort que la gouvernance clinique est assez bien ancrée dans les pratiques de gestion, mais beaucoup moins dans les pratiques professionnelles. Les principaux leviers d'implantation ont été d'ordre procédural, à savoir : 1) l'organisation collective autour des comités d'arrimage propulsés par le leadership des informateurs clés ; et 2) l'adoption d'un mécanisme réflexif par la promotion d'une culture d'apprentissage et l'instauration des stations visuelles de l'évolution des indicateurs de performance.

Parallèlement, comme rapportés dans le troisième article de cette thèse, certains défis influencent la bonne mise en œuvre de la gouvernance clinique. Ainsi, l'adoption d'une approche participative établissant des mécanismes de co-construction entre les niveaux de gouvernance est à privilégier. Cette approche faciliterait l'arrimage entre la théorie et la pratique en se nourrissant de l'expérience vécue des intervenants. Par ailleurs, particulièrement dans le secteur de la réadaptation, une implantation progressive qui tient compte d'une résistance éventuelle au changement de culture organisationnelle et de la disponibilité des ressources humaines est à envisager, ceci pour faciliter l'appropriation de l'intervention et ainsi son adoption. Finalement, l'instabilité du contexte organisationnel est un défi circonstanciel, mais indique sans doute l'influence du manque de confiance des acteurs quant à leur avenir professionnel sur la réussite de l'institutionnalisation de la gouvernance clinique.

### **Gouvernance clinique dans le secteur non hospitalier**

Le postulat de cette thèse était que l'institutionnalisation du cadre de gouvernance clinique dans le secteur non hospitalier nécessite une révision de la conceptualisation du processus de mise en œuvre de ce cadre.

Dans le secteur hospitalier, la gouvernance clinique est vue comme le cadre dans lequel les organisations de soins de santé sont tenues imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et de la sauvegarde des normes élevées de soins tout en créant un

environnement propice au développement de l'excellence clinique (Department of Health, 1998).

Dans le secteur non hospitalier il s'agit d'un cadre dans lequel des organisations en santé et en services sociaux personnels sont imputables pour une amélioration continue de la qualité de leurs services et prennent une responsabilité corporative pour la performance et la production de plus hauts standards de soins cliniques et sociaux (Social care institute for excellence (SCIE), 2013).

Dans l'ensemble, ces deux définitions ont de très grandes similitudes. Il y est question des notions d'imputabilité collective, d'amélioration continue de la qualité et de hauts standards de soins et de services. La définition en services sociaux a cependant introduit la notion de la responsabilité organisationnelle pour la mesure de la performance. En se basant sur le discours des acteurs du niveau clinique interrogés dans la présente étude, il ne faudrait surtout pas faire de cette activité de la mesure la pierre angulaire du processus de mise en œuvre de la gouvernance clinique.

Au-delà de la définition, les observations sur l'intégration de la gouvernance clinique en contexte non hospitalier ont conduit à une mise à jour du cadre conceptuel proposé au départ, comme illustré à la figure 7.

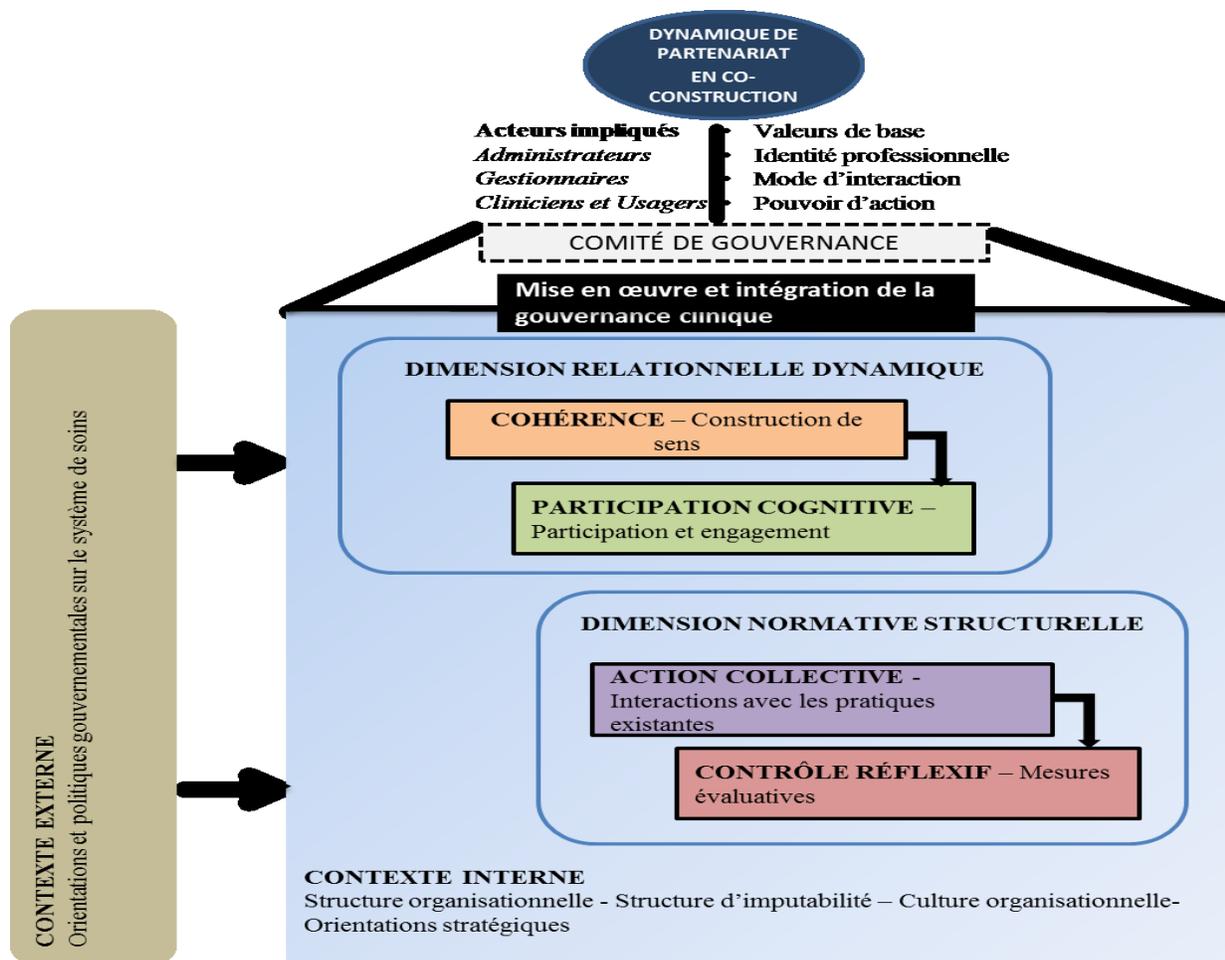


Figure 7. – Cadre conceptuel révisé pour l’institutionnalisation de la gouvernance clinique dans un établissement non hospitalier

Ainsi, une attention particulière devrait être donnée aux points suivants.

- **S’enrichir de la force du partenariat**

Le partenariat de soins et de services a été défini comme un processus dynamique qui est chapeauté par une relation de collaboration entre l’usager, ses proches et les autres des paliers de gouvernance : administrateurs, gestionnaires et cliniciens (Carman et al., 2013 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2018 ; Pomey et al., 2015). Ce partenariat peut s’opérationnaliser en contexte de prestation de soins et de services ou en contexte d’organisation et de gouvernance de soins et de services. En contexte de gouvernance tel que

celui de l'institutionnalisation de la gouvernance clinique, les usagers et leurs proches contribuent, par leur savoir expérientiel, à une meilleure adéquation entre les services et leurs besoins et par conséquent à l'amélioration de la qualité des soins et des services reçus (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2018; Pomey et al., 2015), les usagers ou leurs proches se trouvent à occuper une place à part entière comme participants partenaires au sein des équipes.

Dans cette dynamique de co-construction organisationnelle, chaque acteur est distinct par ses valeurs, son identité professionnelle, son mode d'interaction et son pouvoir d'action. Ainsi, les acteurs s'organisent autour d'un Comité de gouvernance pour la mise en œuvre de la gouvernance clinique.

- **Concilier le normatif et le relationnel**

Les résultats présentés ont permis d'identifier deux dimensions inhérentes au processus de mise en œuvre de la gouvernance clinique :

1. La dimension normative structurelle qui renvoie à tous les aspects associés à la structure organisationnelle par l'identification des paliers d'imputabilité, à l'excellence clinique par l'application des hauts standards de services ; au processus de régulation des pratiques par des audits, et à l'évaluation réflexive par la mesure de la performance.
2. La dimension relationnelle dynamique qui a pour point de départ la construction d'un sens commun de laquelle découlent l'engagement des acteurs, les mécanismes de collaboration entre les acteurs et l'imputabilité partagée.

Traditionnellement, la mise en œuvre de la gouvernance clinique est initiée par l'opérationnalisation de dimension normative structurelle, notamment par l'élaboration des indicateurs pour la mesure de la performance. En effet, cette dimension semble plus facile à concevoir dans une vision mécanique de la prestation des soins et des services. Cependant, le croisement des données de la littérature (article 1) et des données empiriques recueillies (article 3) dans le cadre de ce projet de doctorat laisse entendre qu'il serait plus habile d'initier le processus d'implantation par la dimension relationnelle dynamique. Ce processus inversé conviendrait mieux au contexte de la prestation des services sociaux telle que la réadaptation

où « prendre soin » prend plus de place que « soigner » et où les acteurs sont davantage axés sur « l'humain ».

Il convient de dire que les deux dimensions s'auto-influencent. D'un côté la dimension relationnelle qui consolide l'engagement des acteurs et l'ancrage de la gouvernance dans l'établissement nourrit la dimension normative en information et en données nécessaires pour la mesure. De l'autre côté, les mesures obtenues dans la dimension normative nourrissent la motivation et l'imputabilité des acteurs dans la dimension relationnelle.

- **Naviguer dans une organisation apprenante**

Considérant les résultats de la présente recherche, le processus d'institutionnalisation de la gouvernance clinique se veut une adoption de l'approche du système apprenant. Tel que défini par l'Institute of Medicine, un système apprenant est un système de prestation des soins (et services) qui combine la recherche, la science des données et l'amélioration de la qualité ; produisant ainsi des connaissances comme sous-produit de l'interaction usager-clinicien (Institute of Medicine (IOM), 2013). Un des attributs du système apprenant est l'implication et l'engagement des usagers et de leurs proches dans les activités de gouvernance (Forrest, Chesley, Tregear et Mistry, 2018). De même, l'institutionnalisation de la gouvernance clinique devrait prendre appui sur un partenariat gestionnaires-intervenants-usagers et leurs proches pour s'inscrire dans un cycle apprenant (Rondeau, Brunet et Kostiuk, 2020).

Ainsi, en considérant le contexte organisationnel interne comme un cinquième construit à ajouter au processus de normalisation d'une intervention complexe, l'établissement non hospitalier pris comme un système apprenant, s'alimente des observations et des particularités dans les pratiques quotidiennes pour mieux construire la mise en œuvre de la gouvernance clinique. Le contexte interne n'est plus alors considéré comme un facteur influent, mais il devient la toile de fond sur laquelle repose tout le processus d'intégration. C'est ainsi que la valeur ajoutée de la gouvernance clinique sera mise en lumière, ce qui aura pour effet d'accroître l'engagement et la participation des acteurs et par déduction leur perception d'imputabilité aux résultats obtenus.

- **S'ajuster au contexte externe**

Dans un contexte de changements constants dans le réseau de la santé et des services sociaux, les établissements de soins et des services apprennent à s'ajuster constamment pour mieux performer. Le processus de mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique se doit d'être dynamique et assez stable pour suivre son cours malgré les turbulences externes. Considérant cela, il devient nécessaire de construire autour d'un projet commun qu'est le bien-être de l'utilisateur que sur la mesure de la performance.

### **Forces et limites**

La force principale de cette démarche de recherche est le recours, non sans limites à des approches méthodologiques reconnues.

Concernant la revue de la littérature qui a permis de circonscrire les enjeux associés au concept de la gouvernance clinique, elle a été menée selon les normes d'une synthèse narrative systématique (Wong et al., 2013). La pluralité des bases de données bibliothécaires consultées et la sélection des écrits selon des critères préétablis ont permis de limiter les biais de publication et de concevoir un échantillon de données adéquat pour la généralisation des résultats. Toutefois, parce que la démarche systématique d'une telle revue n'a pas la prétention de couvrir le sujet de façon exhaustive, il se pourrait que certaines publications n'aient pas été répertoriées. Par ailleurs, la double sélection et extraction des données a permis d'éviter tout biais de sélection en présentant des résultats objectifs. Le non-recours à un outil validé pour l'appréciation de la qualité des publications a pu avoir un effet sur la robustesse des données. Cependant, l'analyse des résultats a montré une grande cohérence des données. Enfin, l'adoption d'un cadre d'analyse a permis de présenter des résultats pertinents par rapport aux objectifs énoncés.

Concernant la démarche qualitative, la crédibilité des résultats repose premièrement, sur le fait que la recherche a été menée sur la base d'un cadre conceptuel s'appuyant sur une théorie de l'action, la théorie du processus de normalisation, dont les construits ont été validés empiriquement et plusieurs fois appliqués dans des contextes variés d'implantation des interventions complexes. Le recours à cette théorie a permis de comprendre en profondeur le processus d'institutionnalisation de la gouvernance clinique. Toutefois, parce qu'il s'agit d'une

théorie en évolution, dont le développement continu des construits est nourri par des expériences d'utilisation et des critiques d'auteurs, il se pourrait qu'une analyse similaire à celle menée dans le présent projet soit ultérieurement bonifiée. Deuxièmement, l'approche adoptée, qu'est l'étude de cas, est adaptée pour une analyse en profondeur d'une problématique (Yin, 2014). L'utilisation d'une grille d'entrevue semi-structurée construite sur la base d'une documentation rigoureuse de la problématique ajoute à la crédibilité des données.

Par ailleurs, il faut rappeler que le projet de recherche a été mené dans un contexte de restructuration du réseau de la santé et des services sociaux du Québec par l'entrée en vigueur de la loi 10, conduisant à l'intégration de l'établissement à l'étude dans une nouvelle structure organisationnelle. Ce processus de transformation était encore présent dans l'esprit des participants employés du centre qui, spécifiquement la catégorie des administrateurs et des gestionnaires, se questionnaient encore sur leur avenir professionnel. Ce contexte a pu influencer les propos recueillis en introduisant un biais de mémoire sélective des participants. En effet, par nostalgie de l'ancienne structure, il se pourrait que les participants aient davantage rapporté une expérience positive de l'implantation de la gouvernance clinique.

L'élaboration d'un protocole de recherche préalable exposant en toute transparence les méthodes employées, la double-codification et la validation des interprétations des résultats ont permis de préserver la neutralité, de rapporter à leur juste mesure les perceptions des participants et d'assurer la cohérence des données par rapport au cadre conceptuel. L'analyse de contenu a permis de capter avec rigueur les perceptions émergentes qui ne cadraient pas forcément avec la codification préétablie au départ.

La robustesse des résultats est tout d'abord justifiée par une vingtaine d'entrevues menées à trois niveaux de gouvernance (stratégique, tactique et clinique). Cette triple analyse n'avait pas encore été exploitée dans l'étude de l'institutionnalisation de la gouvernance clinique, la plupart des études se limitant à l'analyse des perceptions des gestionnaires ou des intervenants de clinique. La diversité des participants et des points de vue a apporté une richesse dans la compréhension du phénomène. Bien qu'il y ait eu une bonne participation des gestionnaires, la petite taille des échantillons d'intervenants cliniques ou des proches d'utilisateurs demeure tout de

même critique. Il convient toutefois de rapporter qu'une saturation des données a été atteinte dans le cas des gestionnaires et des intervenants. Concernant les proches d'usagers, malgré la richesse des données, il est justifié de les considérer avec beaucoup de prudence.

La transférabilité des résultats de la démarche qualitative est restreinte aux contextes similaires à celui du cas étudié. Il s'agit de celui des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement à travers la province de Québec. Considérant la diversité dans les prestations de services de réadaptation et la gouvernance des établissements dans les systèmes de soins autres que celui du Québec, les résultats ne peuvent y être transférables sans une adaptation contextuelle au préalable. Ces résultats demeurent en somme pertinents pour la communauté scientifique.

### **Implications pratiques de la thèse**

La littérature ayant rapporté les difficultés des établissements à opérationnaliser la gouvernance clinique, les présents résultats apporteront certainement un éclairage nouveau pour les administrateurs et gestionnaires d'établissements sur le processus et les enjeux inhérents à l'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans le contexte de la prestation des soins en général et des services sociaux en particulier. L'enjeu de co-construction soulevé viendrait consolider les orientations ministérielles sur l'adoption, dans l'ensemble du système de soins et de services, de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les autres acteurs du système. Par ailleurs, ces résultats inciteraient peut-être d'autres établissements à emboîter le pas vers l'adoption de modalités de saine gouvernance clinique, dans un contexte de valorisation de l'évaluation de la pertinence des soins et des services.

Pour les intervenants du secteur de la prestation des services sociaux, les résultats contribueraient à la sensibilisation à la notion de gouvernance clinique et à la valeur ajoutée de la mesure de la performance. En mettant en lumière la nécessité de concilier la théorie à la pratique et de tenir compte des réalités de leurs pratiques, les résultats de ce projet pourraient ainsi réduire la résistance au changement et par le fait même faciliter l'adoption et l'ancrage dans les pratiques des modalités de gouvernance clinique dans ce niveau de gouvernance.

## **Pistes de recherche futures**

Pour la recherche, les résultats proposent une démarche de mise en œuvre de la gouvernance clinique dans le contexte des services sociaux qui a le potentiel d'être bonifié des recherches ultérieures. Ces dernières pourraient concerner l'exploration du concept de co-construction au sein d'un comité de gouvernance chargé de la mise en œuvre de la gouvernance clinique. Il pourrait aussi s'agir de comprendre les approches pour promouvoir la participation et l'engagement de chaque groupe d'acteurs. Enfin, des recherches plus poussées sur l'impact des politiques gouvernementales sur la continuité d'intégration de la gouvernance clinique seraient pertinentes.

## **Conclusion**

Après trois décennies d'application, la gouvernance clinique se redéfinit. Longtemps considéré comme un processus linéaire adopté pour satisfaire aux exigences normatives, elle se veut aujourd'hui une source d'inspiration d'un système apprenant équilibré. En effet, par son cycle de mise en œuvre de la collecte d'information auprès des acteurs du système pour en produire des connaissances, de transformation de connaissance en processus de soins et services et du processus à l'appréciation réflexive pour alimenter de nouveau la collecte d'information, la gouvernance clinique se veut un outil de gestion adéquat pour l'amélioration continue des soins et services.

Le présent projet de recherche, premier du genre à être mené au Canada, a capté le processus d'institutionnalisation de la gouvernance clinique dans le secteur non hospitalier. Ce processus débute par la construction de sens autour de la gouvernance clinique pour en déterminer la valeur ajoutée, se continue par l'organisation des acteurs autour de l'objet en vue de renforcer la participation et l'engagement, pour ensuite mener à l'action qui consiste à légitimer le processus dans les pratiques quotidiennes et enfin clôturer par un exercice réflexif qui vise à apprécier les progrès en termes d'amélioration de la qualité des services et à revenir sur une construction de sens renouvelée.

Ce cycle continu d'institutionnalisation n'est pas sans soulever des enjeux qui d'un côté rappellent le fonctionnement en partenariat de gouvernance entre les usagers, leurs proches et

les autres acteurs du système comme condition sine qua non à la production de changement dans la qualité des services. De l'autre côté, il est question de l'émergence d'un leadership qui porte le changement de culture organisationnelle axée sur les pratiques réflexives, de la disponibilité des ressources humaines qui se font de plus en plus rares et d'un maintien de stabilité organisationnelle dans un contexte où les systèmes sont constamment en mouvance au regard des orientations politico-administratives.

Bien que ce projet de recherche n'apporte pas de solutions à ces enjeux, en proposant un cadre conceptuel d'institutionnalisation, il a pavé le chemin vers une meilleure conceptualisation de la gouvernance clinique dans le secteur des services sociaux. Le CRDITED ayant emboité le pas, il est souhaitable de voir l'émergence d'autres initiatives dans le réseau des services sociaux.

## Références bibliographiques

Alharbi, T. S., Carlstrom, E., Ekman, I., Jarneborn, A. et Olsson, L. E. (2014). Implementation of person-centred care: management perspective *Journal of Hospital Administration*, 3(3).

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). (2014). Révision des programmes : une occasion de moderniser notre système public de santé. Montréal Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.

Baker, R., Lakhani, M., Fraser, R. et Cheater, F. (1999). A model for clinical governance in primary care groups. *BMJ*, 318(7186), 779-783.

Berg, M., Schellekens, W. et Bergen, C. (2005). Bridging the quality chasm: integrating professional and organizational approaches to quality. *Int J Qual Health Care*, 17(1), 75-82. doi: 17/1/75 [pii]

10.1093/intqhc/mzi008

Bovens, M. (2007). Analysing and assessing accountability: a conceptual framework. *European Law Journal*, 13(4), 447-468.

Braine, M. E. (2006). Clinical governance: applying theory to practice. *Nurs Stand*, 20(20), 56-65; quiz 66.

Braithwaite, J. et Travaglia, J. F. (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Aust Health Rev*, 32(1), 10-22.

Brault, I., Roy, D. A. et Denis, J.-L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 167-173.

Buetow, S. A. et Roland, M. (1999). Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Health Care*, 8(3), 184-190.

Campbell, S. M., Sheaff, R., Sibbald, B., Marshall, M. N., Pickard, S., Gask, L., . . . Roland, M. O. (2002). Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care*, 11(1), 9-14.

Carlow, D. R. (2010). Clinical governance: The Need for New Directions in Canada [Includes Principles to Guide Changes and Evaluation.]. *Healthcare Quarterly*, 13(4), 62-67.

Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C. et Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*, 32(2), 223-231. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire. (2012). Cadre de référence sur l'évaluation organisationnelle Trois-Rivières: Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire. (2015). Rapport annuel de gestion 2014-2015: Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut universitaire (CRDITED MCQ – Institut universitaire).

Chandharan, E. et Arulkumaran, S. (2007). Clinical governance. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 17 (7), 222-224.

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.

Department of Health - Government of Western Australia. (2005). *Western Australian Clinical Governance Guidelines Information Series No. 1.2*.

Department of Health. (1998). *A first class service: Quality in the new NHS* (p. 86).

Ferlie, E. B. et Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q*, 79(2), 281-315. doi: 10.1111/1468-0009.00206

Forrest, C. B., Chesley, F. D., Jr., Tregear, M. L. et Mistry, K. B. (2018). Development of the Learning Health System Researcher Core Competencies. *Health Serv Res*, 53(4), 2615-2632. doi: 10.1111/1475-6773.12751

Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.

Freedman, D. B. (2006). Involvement of patients in Clinical Governance. *Clin Chem Lab Med*, 44(6), 699-703. doi: 10.1515/CCLM.2006.121

Gask, L., Rogers, A., Campbell, S. et Sheaff, R. (2008). Beyond the limits of clinical governance? The case of mental health in English primary care. *BMC Health Serv Res*, 8, 63. doi: 10.1186/1472-6963-8-63

1472-6963-8-63 [pii]

Gerada, C. et Limber, C. (2003). General practitioners with special interests: Implications for clinical governance. *Quality in Primary Care*, 11 (1), 47-52.

Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, 27(3).

Godden, S., Majeed, A., Pollock, A. et Bindman, A. B. (2002). How are primary care groups approaching clinical governance? A review of clinical governance plans from primary care groups in London. *J Public Health Med*, 24(3), 165-169.

Greenhalgh, T. et Wong, G. (2013). *Training materials for meta-narrative reviews* (p. 24). London: Global Health Innovation and Policy Unit, Centre for Primary Care and Public Health, Blizard Institute.

Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J. et Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implement Sci*, 7, 50. doi: 10.1186/1748-5908-7-50

1748-5908-7-50 [pii]

Hartley, A. M., Griffiths, R. K. et Saunders, K. L. (2002). An evaluation of clinical governance in the public health departments of the West Midlands Region. *J Epidemiol Community Health*, 56, 563-568.

Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M., . . . (editors). (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.0 (updated July 2019)*.

Holden, L. C. et Moore, R. S. (2004). The development of a model and implementation process for clinical governance in primary dental care. *Br Dent J*, 196(1), 21-24. doi: 10.1038/sj.bdj.4810873

Hughes, R. G. (2008). *Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety*. Dans R. G. Hughes (dir.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences. .

Institute of Medicine (IOM). (2013). *Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*. (Institute of Medicine éd.). Washington, DC: Institute of Medicine.

Janvier, G. (2005). La gouvernance. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 24, 8-9.

Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M. P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., . . . Lebel, P. (2015). The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Acad Med*. doi: 10.1097/ACM.0000000000000603

Kelleher, J. et McAuliffe, E. (2012). Developing clinical governance in a service for people with intellectual disabilities: an action research approach. *Clinical Governance: An International Journal*, 17(4), 287-296.

King, N. (1998). Template Analysis. Dans G. S. a. C. Cassel (dir.), *Qualitativ Methods and Analysis in Organizational Research* (p. 118-134): SAGE Publications.

Kmietowicz, Z. (2003). Implementation of clinical governance is patchy, report says. *BMJ*, 327(7416), 641.

Lynn, J., Baily, M. A., Bottrell, M., Jennings, B., Levine, R. J., Davidoff, F., . . . James, B. (2007). The ethics of using quality improvement methods in health care. *Ann Intern Med*, 146(9), 666-673. doi: 0000605-200705010-00155 [pii]

May, C., Finch, T., Mair, F., Ballini, L., Dowrick, C., Eccles, M., . . . Heaven, B. (2007). Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health Serv Res*, 7, 148. doi: 10.1186/1472-6963-7-148

May, C., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., . . . Montori, V. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implement Sci*, 4, 29. doi: 10.1186/1748-5908-4-29

McEvoy, R., Ballini, L., Maltoni, S., O'Donnell, C. A., Mair, F. S. et Macfarlane, A. (2014). A qualitative systematic review of studies using the normalization process theory to research implementation processes. *Implement Sci*, 9, 2. doi: 10.1186/1748-5908-9-2

Projet de loi no 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2014).

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux: Ministère de la santé et des services sociaux

Nicholls, S., Cullen, R., O'Neill, S. et Halligan, A. (2000). Clinical governance: its origins and its foundations. *Clin Perform Qual Health Care*, 8(3), 172-178.

O'Connor, N. et Paton, M. (2008). 'Governance of' and 'Governance by': implementing a clinical governance framework in an area mental health service. *Australas Psychiatry*, 16(2), 69-73.

Phillips, C. B., Pearce, C. M., Hall, S., Travaglia, J., de Lusignan, S., Love, T. et Kljakovic, M. (2010). Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Med J Aust*, 193(10), 602-607. doi: phi10475\_fm [pii]

Pomey, M. P., Denis, J.-L. et Contandriopoulos, A. P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 183-194.

Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. C., . . . Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Sante Publique*, 27(1 Suppl), S41-50.

Pomey, M. P., Forest, P. G., Sanmartin, C., De Coster, C. et Drew, M. (2010). Wait time management strategies for scheduled care: what makes them succeed? *Healthc Policy*, 5(3), 66-81.

Queensland Health. (2012). *Clinical Safety and Quality Governance Framework in Hospital and Health Services*. Brisbane: Queensland Health.

Rondeau, A., Brunet, M. et Kostiuk, E. (2020). Adopter la gouvernance clinique : un mécanisme d'organisation et de fonctionnement des équipes de soins. *Gestion*, 44(4), 68-71.

Scally, G. et Donaldson, L. J. (1998). The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317(7150), 61-65.

Shortell, S. M., Bennett, C. L. et Byck, G. R. (1998). Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *Milbank Q*, 76(4), 593-624, 510.

Social care institute for excellence. (2013). *Social care governance : a practice workbook (NI) (2e éd.)*. London.

Social care institute for excellence (SCIE). (2013). *Social care governance : a practice workbook (NI) (2e éd.)*. London.

Som, A. (2009). Sense making of clinical governance at different levels in NHS hospital trusts. *Clinical Governance: An International Journal*, 14(2), 98-112.

Som, V. (2004). Clinical governance: a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal*, 9(2), 87-90.

Specchia, M. L., La Torre, G., Siliquini, R., Capizzi, S., Valerio, L., Nardella, P., . . . Walter, R. (2010). OPTIGOV - A new methodology for evaluating Clinical Governance implementation by health providers. *BMC Health Serv Res*, 10(174), 1-15.

Starey, N. (2001). What is clinical governance. *Evidence based medicine*, 1(12), 1-8.

Starey, N. (2003). What is clinical governance. *Evidence-based-medicine*, 1(12), 1-7.

Sutton, E., Herbert, G., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A. et Atkinson, C. (2018). Using the Normalization Process Theory to qualitatively explore sense-making in implementation of the Enhanced Recovery After Surgery programme: "It's not rocket science". *PLoS One*, 13(4), e0195890. doi: 10.1371/journal.pone.0195890

Sweeney, K. G. et Mannion, R. (2002). Complexity and clinical governance: using the insights to develop the strategy. *Br J Gen Pract*, 52 Suppl, S4-9.

Travaglia, J. et Debono, D. (2011). Clinical governance: a review of key concepts in the literature. *Clinical Governance: An International Journal*, 16(1), 62-77.

Travaglia, J. F., Debono, D., Spigelman, A. D. et Braithwaite, J. (2011). Clinical governance: A review of key concepts in the literature. *Clinical Governance*, 16 (1), 62-77.

Vanu Som, C. (2004). Clinical governance: A fresh look at its definition. *Clinical Governance*, 9 (2), 87-90.

Victorian government. (2009). Victorian Clinical governance policy framework: a guidebook (Vol. 12). Melbourne: Victorian government, Department of Human Services.

Way, D., Jones, L. et Baskerville, N. B. (2001). Improving the effectiveness of primary health care through nurse practitioner/family physician structured collaborative practice. Ottawa: University of Ottawa.

Weick, K. E. (1995). Sensemaking in organisation. Thousand Oaska, CA: Sage Publications.

Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J. et Pawson, R. (2013). RAMESES publication standards: meta-narrative reviews. BMC Med, 11, 20. doi: 10.1186/1741-7015-11-20  
1741-7015-11-20 [pii]

Wright, J., Smith, M. L. et Jackson, D. R. (1999). Clinical governance: principles into practice. J Manag Med, 13(6), 457-465.

Yin, R. K. (2014). Case study research : Design and methods. (Fifthe éd.). SAGE Publications, Inc.

## Annexes

### Annexe 1 — STANDARDS RAMESES POUR LA PUBLICATION D'UNE REVUE MÉTA-NARRATIVE

TITLE	
1	In the title, identify the document as a meta-narrative review or synthesis
ABSTRACT	
2	While acknowledging publication requirements and house style, abstracts should ideally contain brief details of: the study's background, review question or objectives; search strategy; methods of selection, appraisal, analysis and synthesis of sources; main results; and implications for practice.
INTRODUCTION	
3 Rationale for review	Explain why the review is needed and what it is likely to contribute to existing understanding of the topic area.
4 Objectives and focus of review	State the objective(s) of the review and/or the review question(s). Define and provide a rationale for the focus of the review.
METHODS	
5 Changes in the review process	Any changes made to the review process that was initially planned should be briefly described and justified.
6 Rationale for using meta-narrative review	Explain why meta-narrative review was considered the most appropriate method to use.
7 Evidence of adherence to guiding principles of meta-narrative review	Where appropriate show how each of the six guiding principles (pragmatism, pluralism, historicity, contestation, reflexivity and peer review) have been followed.
8 Scoping the literature	Describe and justify the initial process of exploratory scoping of literature.
9 Searching	While considering specific requirements of the journal or other

processes		publication outlet, state and provide a rationale for how the iterative searching was done. Provide details on all the sources accessed for information in the review. Where searching in electronic databases has taken place, the details should include (for example) name of database, search terms, dates of coverage and date last searched. If individuals familiar with the relevant literature and/or topic area were contacted, indicate how they were identified and selected.
<b>10</b> Selection and appraisal of documents	and of	Explain how judgements were made about including and excluding data from documents, and justify these.
<b>11</b> Data extraction		Describe and explain which data or information were extracted from the included documents and justify this selection.
<b>12</b> Analysis and synthesis processes	and	Describe the analysis and synthesis processes in detail. This section should include information on the constructs analysed and describe the analytic process.
<b>RESULTS</b>		
<b>13</b> Document flow diagram	flow	Provide details on the number of documents assessed for eligibility and included in the review with reasons for exclusion at each stage as well as an indication of their source of origin (for example, from searching databases, reference lists and so on). You may consider using the example templates (which are likely to need modification to suit the data) that are provided.
<b>14</b> Document characteristics		Provide information on the characteristics of the documents included in the review.
<b>15</b> Main findings		Present the key findings with a specific focus on theory building and testing.
<b>DISCUSSION</b>		
<b>16</b> Summary of findings	of	Summarise the main findings, taking into account the review's objective(s), research question(s), focus and intended audience(s).
<b>17</b> Strengths, limitations and future research	and	Discuss both the strengths of the review and its limitations. These should include (but need not be restricted to) (a) consideration of all the steps in the review process and (b) comment on the overall strength of evidence supporting the explanatory insights which emerged. The limitations identified may point to areas where further work is needed.
<b>18</b> Comparison with	with	Where applicable, compare and contrast the review's findings with the

existing literature	existing literature (for example, other reviews) on the same topic.
<b>19</b> Conclusion and Recommendations	List the main implications of the findings and place these in the context of other relevant literature. If appropriate, offer recommendations for policy and practice.
<b>20</b> Funding	Provide details of funding source (if any) for the review, the role played by the funder (if any) and any conflicts of interests of the reviewers.

Source : List of items to be included when reporting a meta-narrative review. Wong et al., 2013, RAMESES publication standards: meta-narrative reviews. BMC Medicine 11 : 20 (2013).

## **Annexe 2 — STRATÉGIE DE RECHERCHE DE L'INFORMATION - REVUE SYSTÉMATIQUE**

### **Stratégie initiale**

#### **Bases de données**

**Date de la recherche** : Juin 2013

**Dates de publication** : 1990 à 2013

#### **MEDLINE (PubMed)**

# 1 clinical governance[mh]

#2 governance[tiab]

#3 #1 OR #2

# 4 definition[tiab] OR conceptual framework[tiab] OR conceptual model\*[tiab] OR theoretical model\*[tiab]

#5 #3 AND #4

# 6 clinical governance[ti]

#7 #5 OR #6

**Date de la recherche** : Juin 2013

**Dates de publication** : 1995 à 2013

**Limites de langue** : anglais, français

#### **Embase (OvidSP)**

# 1 clinical governance.ti.

#2 conceptual framework/ OR total quality management/ or quality control/ or health care quality/

#3 (definition OR conceptual framework OR conceptual model\* OR theoretical framework OR theoretical model\*).ti,ab.

#4 (quality improvement OR quality management OR quality assurance OR quality control OR benchmarking OR quality assessment OR audit\* OR practice standards OR managing performance OR clinical excellence OR quality indicators OR health care quality OR healthcare quality).mp.

#5 #2 OR #3 OR #4

#6 #1 AND #5

**Date de la recherche** : Juin 2013

#### **EBM Reviews (OvidSP)**

**Cochrane Database of Systematic Reviews**

**Database of Abstracts of Review of Effects**

**Health Technology Review**

**NHS Economic Evaluation Database**

#1 governance.mp.

- # 2 (definition OR conceptual framework OR conceptual model\* OR theoretical model\*).mp.  
 #3 (quality improvement OR quality assurance OR quality assessment OR clinical audit OR practice standards OR managing performance OR clinical excellence OR quality indicators).mp.  
 #4 #1 AND (#2 OR #3)

**Littérature grise**

**Date de la recherche :** Juin 2013

**Limites :** 2007-2012 ; anglais et français

- Google : <http://www.google.ca>
- Google Scholar : <http://scholar.google.ca/>

**Mise à jour de la stratégie**

<b>PubMed (NLM)</b>	
Date de la recherche : Décembre 2019	
Limites : 2013 — ; anglais, français	
# 1	Clinical governance[mh]
#2	governance[tiab]
# 3	#1 OR #2
# 4	definition[tiab] OR conceptual framework[tiab] OR conceptual model*[tiab] OR theoretical model*[tiab]
#5	#3 AND #4
# 6	clinical governance[ti]
#7	#5 OR #6

\* troncature ; / qualificatif de descripteur ; [majr] descripteur sujet principal ; [majr:noexp] descripteur sujet principal sans inclusion de ses termes spécifiques ; [pt] type de publication ; [sh] qualificatif de descripteur ; [ti] titre ; [tiab] titre ou résumé

<b>Embase (Ovid)</b>	
Date de la recherche : Décembre 2019	
Limites : 2013 — ; anglais, français	
1	Conceptual Framework/ OR Health Care Quality/ OR Quality Control/ OR Total Quality Management/
2	(conceptual framework OR conceptual model* OR definition OR theoretical framework OR theoretical model*).ti,ab.
3	(audit* OR benchmarking OR clinical excellence OR health care quality OR healthcare quality OR managing performance OR practice standards OR quality assessment OR quality assurance OR quality control OR quality improvement OR quality indicators OR quality management).mp.

4	1 OR 2 OR 3
5	clinical governance.ti.
6	4 AND 5

\* troncature à la fin d'un mot ; \* sujet principal devant un descripteur ; / descripteur ; /di qualificatif de descripteur Diagnosis ; exp descripteur et ses termes spécifiques ; ADJ5 proximité de 2 mots avec un maximum de 5 mots entre eux peu importe l'ordre ; .ab résumé ; .fx mot-clé de qualificatif de descripteur ; .hw mot-clé de descripteur ; .kf mot-clé de terme de l'auteur ; .kw (Medline) terme exact de l'auteur ; .kw (Embase) mot-clé de terme de l'auteur ; .ti titre ; .tw combinaison de champs textes

<b>EBM Reviews (Ovid)</b>	
Date de la recherche : Décembre 2019	
Limites : 2013 —	
1	governance.mp.
2	(conceptual framework OR conceptual model* OR definition OR theoretical model*).mp.
3	(clinical audit OR clinical excellence OR managing performance OR practice standards OR quality assessment OR quality assurance OR quality improvement OR quality indicators).mp.
4	1 AND (2 OR 3)

### Littérature grise

Date de la consultation : Décembre 2019

Limites : 2013 — ; anglais et français

Google

Google Scholar

## Annexe 3 - LETTRE D'INVITATION AUX ENTREVUES INDIVIDUELLES



### Une recherche unique au Québec!

#### LA GOUVERNANCE CLINIQUE POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET SERVICES NON HOSPITALIERS : ENJEUX CONCEPTUELS, DE MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATIFS (Christine Lobè)

##### ***On a besoin de vous!***

En tant que **gestionnaire du CRDITED MCQ – IU**, vous êtes invité à participer à ce projet de recherche sur la gouvernance clinique.

##### ***Qu'est-ce que la gouvernance clinique?***

« Un cadre de travail par lequel les organisations sont imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et gardiennes de standards élevés de soins en créant un environnement où l'excellence des services cliniques peut éclore » (traduction libre, *National Health System, UK*).

Il s'agit donc d'un cadre dans lequel les administrateurs, les gestionnaires et les intervenants sont responsables de la sécurité et l'amélioration continue de la qualité des soins et services prodigués aux usagers.

##### ***... et le CRDITED MCQ – IU dans tout ça?***

Au cours des vingt dernières années, la gouvernance clinique a été appliquée dans bien des établissements de soins de santé. En 2011, le CRDITED MCQ – IU, maintenant intégré au CIUSS MCQ, a entrepris de mettre en œuvre le cadre de gouvernance clinique. Cette démarche innovante fait du CRDITED MCQ – IU le premier établissement en services sociaux à adopté ce cadre au Québec.

Ce projet propose donc de documenter la mise en œuvre de la gouvernance clinique, conçue au départ pour le secteur médical, à un contexte de pratique axée sur le social. Il est, par ailleurs, le premier projet du genre à être mené au Québec et au Canada. Si les résultats sont concluants, ils permettront d'outiller d'autres établissements offrant des services sociaux pour la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique et de contribuer concrètement à l'amélioration des services dans le réseau.

### **Qu'est-ce ça implique?**

Votre implication consistera à compléter deux questionnaires et participer à une entrevue individuelle d'une heure. Cette entrevue sera enregistrée en format audio.

Durant l'entrevue, les sujets suivants seront abordés :

- Vos rôles et responsabilités au sein de l'établissement;
- Votre implication dans l'implantation du cadre de gouvernance clinique;
- Votre perception de l'amélioration des pratiques et de la collaboration entre les équipes;
- Votre perception de l'amélioration des services offerts aux usagers.

**N.B.** Dans le cadre de cette recherche, votre employeur a consenti à vous libérer pour l'entrevue (1h00).

**Pour plus d'information sur le projet, vous pouvez communiquer avec :**

Christine Lobè, chercheure responsable

Téléphone :

Courriel :



## Une recherche unique au Québec!

### LA GOUVERNANCE CLINIQUE POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET SERVICES NON HOSPITALIERS : ENJEUX CONCEPTUELS, DE MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATIFS (Christine Lobè)

#### ***On a besoin de vous!***

En tant que **administrateur (ou ex-administrateur)** du CRDITED MCQ – IU, vous êtes invité à participer à ce projet de recherche sur la gouvernance clinique.

#### ***Qu'est-ce que la gouvernance clinique?***

«Un cadre de travail par lequel les organisations sont imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et gardiennes de standards élevés de soins en créant un environnement où l'excellence des services cliniques peut éclore » (traduction libre, *National Health System, UK*).

Il s'agit donc d'un cadre dans lequel les administrateurs, les gestionnaires et les intervenants sont responsables de la sécurité et l'amélioration continue de la qualité des soins et services prodigués aux usagers.

#### ***... et le CRDITED MCQ – IU dans tout ça?***

Au cours des vingt dernières années, la gouvernance clinique a été appliquée dans bien des établissements de soins de santé. En 2011, le CRDITED MCQ – IU, maintenant intégré au CIUSS MCQ, a entrepris de mettre en œuvre le cadre de gouvernance clinique. Cette démarche innovante fait du CRDITED MCQ – IU le premier établissement en services sociaux à adopté ce cadre au Québec.

Ce projet propose donc de documenter la mise en œuvre de la gouvernance clinique, conçue au départ pour le secteur médical, à un contexte de pratique axée sur le social. Il est, par ailleurs, le premier projet du genre à être mené au Québec et au Canada. Si les résultats sont concluants, ils permettront d'outiller d'autres établissements offrant des services sociaux pour la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique et de contribuer concrètement à l'amélioration des services dans le réseau.

### ***Qu'est-ce ça implique?***

Votre implication consistera à compléter deux questionnaires et participer à une entrevue individuelle d'une heure. Cette entrevue sera enregistrée en format audio.

Durant l'entrevue, les sujets suivants seront abordés :

- Vos rôles et responsabilités au sein de l'établissement;
- Votre implication dans l'implantation du cadre de gouvernance clinique;
- Votre perception de l'amélioration des pratiques et de la collaboration entre les équipes;
- Votre perception de l'amélioration des services offerts aux usagers.

***Pour plus d'information sur le projet, vous pouvez communiquer avec :***

Christine Lobè, chercheure responsable

Téléphone

Courriel :

## Annexe 4 — GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE

### *Introduction*

*Avant de commencer l'entretien, je vais simplement vous rappeler les objectifs de l'étude. Vous pourrez par la suite me poser des questions sur le déroulement de l'entrevue ou le projet de recherche comme tel. Cela vous convient-il ?*

*Comme vous l'avez lu déjà dans le formulaire d'information, l'objectif de notre recherche est*

*L'entrevue est enregistrée pour nous permettre de retenir le plus fidèlement possible l'information que vous allez nous donner et elle durera environ 60 minutes. Vous pouvez à tout moment me demander d'arrêter l'enregistrement si vous préférez que certaines choses ne soient pas enregistrées. De plus, je vous rappelle que vous êtes toujours libres de ne pas répondre à certaines questions et que nous assurerons votre confidentialité en retirant vos informations personnelles de vos réponses. Avez-vous des questions avant que nous débutions l'entretien ? (Si non, débutez l'entretien)*

### *(Début de l'enregistrement)*

#### **PARTIE I — BRISE-GLACE**

1 Depuis combien de temps travaillez-vous ou combien de temps avez-vous travaillé dans cet établissement ?

2 Quelle était votre fonction avant la restructuration du réseau et combien de temps l'avez-vous exercé ?

2 Avez-vous conservé la même fonction ? Si non, qu'elle est votre fonction actuelle et depuis combien de temps l'exercez-vous au sein de l'établissement ?

#### **PARTIE II — RÔLES ET RESPONSABILITÉS; LIGNE D'IMPUTABILITÉ**

3 Parlez-moi de vos rôles et responsabilités dans la structure organisationnelle passée et actuelle.

4 Parlez-moi de la structure d'imputabilité passée et actuelle dans votre secteur : qui est (était) imputable à qui ? Et de quoi ?

5 De quelle manière selon vous, les gestionnaires dans l'établissement jouent-ils rôle de courroie de transmission entre le niveau stratégique (managérial) et le niveau opérationnel (clinique) ?

*Comment les deux niveaux sont-ils en soutien l'un de l'autre ? (question de clarification)*

6 Comment, à quel niveau et auprès de qui vous considérez-vous être redevable par rapport à votre pratique ?

### **PARTIE III — PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DU CADRE DE GOUVERNANCE CLINIQUE**

7 Parlez-moi du cadre de gouvernance clinique utilisé au sein de l'établissement.

8 Avez-vous été impliqué dans le processus d'implantation du cadre de gouvernance clinique ? Si oui de quelle manière ?

9 Quels sont les systèmes d'information ou de suivi qui ont été mis en place pour apprécier l'amélioration des pratiques et de la qualité des soins et services ?

### **PARTIE IV : LEVIERS ET BARRIÈRES DE LA MISE EN ŒUVRE**

10 Selon vous, qu'est-ce qui a bien fonctionné dans la démarche de mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique ? Pourquoi ? Donnez-moi quelques exemples ?

11 Selon vous, qu'est qui a moins bien fonctionné dans démarche de mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique ? Pourquoi ? Donnez-moi quelques exemples.

12 Pouvez-vous identifier certains facteurs qui facilitent la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique dans l'établissement ? Si oui, lesquels

13 Pouvez-vous identifier certains éléments qui influencent négativement la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique dans l'établissement ?

14 Jusqu'à présent, comment qualifieriez-vous le processus d'implantation du cadre de gouvernance clinique ?

### **PARTIE V — PERCEPTION SUR L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES**

15 Quel impact l'implantation du cadre de gouvernance clinique a-t-elle eu sur votre pratique ?

16 Quelle est votre perception sur l'impact qu'a pu avoir l'implantation du cadre de gouvernance clinique sur les pratiques de vos collègues ?

### **PARTIE VI — PERCEPTION SUR L'AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION**

17 Comment l'implantation du cadre de gouvernance clinique a-t-elle contribué à modifier la nature de votre collaboration avec vos collègues ?

### **PARTIE VII — PRATIQUE FACTUELLE ET PARTICIPATION DES USAGERS**

18 Quels sont les moyens actuels déployés pour enrichir l'expérience des usagers dans la prise en charge de leur condition ? Qu'est-ce qui pourrait être fait de mieux ?

19 Quelle place accordez-vous à l'apport des usagers et de la communauté dans l'amélioration de la qualité des services ?

- 20 Comment qualifierez-vous le niveau d'accessibilité aux soins et services dans votre secteur ? Est-ce que la mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique a eu un impact sur l'accessibilité ? Qu'est-ce qui pourrait être fait de mieux ?
- 21 Quelle est votre perception quant à la nature et au niveau de coordination et d'intégration des services dans l'établissement ? Qu'est-ce qui pourrait être fait de mieux ?
- 22 Quelles sont les orientations stratégiques pour le développement professionnel des praticiens et intervenants ?
- 23 Pensez-vous que l'environnement actuel de pratique est propice au bien-être de l'utilisateur et accommodant pour votre pratique ?

*(Fin de l'enregistrement)*

### **Pour terminer l'entretien**

*M ou Mme, je vous remercie énormément d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. De mon côté, j'ai terminé les sujets que je pensais discuter avec vous aujourd'hui. De votre côté, est-ce qu'il y a des choses dont vous auriez aimé discuter et dont nous n'avons pas parlé ensemble ? (Si oui, laissez parler le répondant; si non, passez au paragraphe suivant)*

Je voulais aussi vous informer que vous avez en votre possession mes coordonnées sur le formulaire de consentement et que vous pouvez me contacter si jamais vous aviez d'autres questions ou que vous souhaitiez partager avec moi des choses que vous auriez oublié de mentionner aujourd'hui.

Je vous remercie encore, votre participation nous aidera beaucoup dans nos recherches.

## Annexe 5 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT MEMBRES DE COMITÉS

#### LA GOUVERNANCE CLINIQUE POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET SERVICES NON HOSPITALIERS : ENJEUX CONCEPTUELS, DE MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATIFS

Chercheur	<b>Christine Lobè</b> Étudiante au doctorat École de Santé publique de l'Université de Montréal Téléphone : [REDACTED] Courriel : [REDACTED]
Directrice de thèse	<b>Marie-Pascale Pomey</b> Professeur agrée Département d'administration de la santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal Courriel : [REDACTED]
Co-directeur	<b>Regis Blais</b> Professeur titulaire, Chercheur Département d'administration de la santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal Courriel : [REDACTED]

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

## **Présentation du projet de recherche et de ses objectifs**

Notre projet de recherche est réalisé dans le cadre d'un programme de doctorat en santé publique de l'École de Santé publique de l'Université de Montréal. Il a pour objectif d'établir un portrait des processus et des effets de l'intégration d'un cadre de gouvernance clinique dans votre établissement, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles de développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Institut Universitaire (CRDITED MCQ - IU).

La gouvernance clinique est une approche multifacette et systématique dont le but est l'amélioration continue de la qualité des soins et des services. C'est un système par lequel les administrateurs, les gestionnaires et les intervenants partagent la responsabilité pour la sécurité et l'amélioration continue de la qualité des soins et services prodigués aux usagers.

Votre participation à notre recherche nous permettra de comprendre comment le système de gouvernance clinique a été implanté dans votre établissement et comment cela a contribué à l'amélioration des pratiques et de la qualité des services offerts aux usagers.

Le projet de recherche aura une durée d'une année et se déroulera dans les locaux du CRDITED MCQ-IU. L'ensemble du personnel (administrateurs, gestionnaires, intervenants) l'établissement ainsi que les proches d'usagers sont invités à participer à notre recherche. Nous vous sollicitons à participer à notre recherche parce que vous avez été identifié comme membre (ou ex-membre) d'un comité de l'établissement au niveau stratégique ou tactique.

## **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal ou écrit.

La participation, le refus de participer ou le retrait en cours d'étude n'auront pas de conséquence sur votre emploi puisque votre employeur n'en sera pas informé.

## **Nature et durée de votre participation**

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous serez invité à participer à une entrevue individuelle. L'entrevue sera d'une durée de 1 heure et se déroulera dans un local au sein de l'établissement. Elle vise à recueillir l'information sur votre participation à la mise en œuvre de la gouvernance clinique dans l'établissement et sur votre perception

Christine Lobè Wondje

sur le déroulement de cette implantation et les effets observés. Le chercheur principal réalisera l'entrevue.

Au cours de l'entrevue, vos propos seront enregistrés en format audio; votre consentement à l'enregistrement sera demandé.

### **Avantage pouvant découler de votre participation**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel à la suite de votre participation au projet de recherche. Toutefois, par votre participation, vous contribuerez à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers.

### **Risques et inconvénients pouvant découler de votre participation**

Votre participation à cette recherche ne devrait en principe vous causer aucun préjudice. Le seul inconvénient est le temps que vous réserverez pour participer à l'entrevue. Cet inconvénient sera toutefois modéré en fixant les heures d'entrevue selon votre convenance et les modalités fixées avec votre employeur.

### **Compensation financière**

Aucune compensation financière ne vous sera allouée pour votre participation à ce projet de recherche.

### **Protection de la confidentialité**

L'information recueillie pendant l'entrevue restera confidentielle et sera utilisée seulement pour des fins de ce projet de recherche. Si vous participez à une entrevue de groupe, il vous sera exigé ainsi qu'aux autres participants du groupe de respecter la confidentialité du contenu des discussions.

Vos propos seront enregistrés sous un format audio numérique anonymisé. Le fichier audio sera conservé sous clé dans le bureau du chercheur principal et détruit après sept ans, à la fin de la recherche. Seule l'équipe de recherche aura accès aux données non codifiées.

Pour la transcription de l'entrevue, les données nominales (nom, âge et fonction du participant) seront codifiées afin d'éviter de vous identifier. Votre nom ni aucune information personnelle permettant de vous identifier n'apparaîtront sur les documents informatisés ou faisant l'objet de publication ou de présentations dans l'établissement ou dans le cadre des conférences.

Les résultats de la recherche partagés à votre employeur seront traités de façon à ne pas permettre de vous identifier.

### **Suivi ou de diffusion des résultats de recherche**

Les résultats du projet de recherche seront principalement diffusés sous la forme d'une thèse de doctorat. Ils feront également l'objet de présentations, sous invitation, auprès des participants et de l'employeur. Les résultats seront aussi présentés dans le cadre des conférences scientifiques et feront l'objet de publications dans des revues scientifiques.

### **Responsabilité de l'équipe de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur de ses responsabilités civiles et professionnelles.

### **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter la chercheuse principale : Christine Lobè, par téléphone : au [REDACTED] ou par courriel : [REDACTED]

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités du chercheur concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

- Madame [REDACTED] coordonnatrice à l'éthique de la recherche pour le CÉRC/CRDITED au numéro suivant : [REDACTED] ou par courrier électronique : [REDACTED]
- le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) au numéro suivant : (514) [REDACTED] ou par courrier électronique : [ceres@umontreal.ca](mailto:ceres@umontreal.ca)

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

## Consentement

---

### Déclaration du participant

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

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

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

J'accepte que mes propos soient enregistrés dans le cadre de ma participation à la recherche :

oui       non

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom du participant  
(caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

Date : \_\_\_\_\_

### Engagement du chercheur

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

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom du chercheur  
(caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

Date : \_\_\_\_\_

## Annexe 6 - LETTRE D'INVITATION – GROUPES DE DISCUSSION

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Mauricie-et-  
du-Centre-du-Québec

Québec 

### Une recherche unique au Québec!

LA GOUVERNANCE CLINIQUE POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DANS LES  
ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET SERVICES NON HOSPITALIERS : ENJEUX CONCEPTUELS, DE  
MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATIFS (Christine Lobè)

#### ***On a besoin de vous!***

En tant qu'éducateurs et superviseurs clinique du CIUSSS MCQ, vous êtes invité à participer à ce projet sur la gouvernance clinique.

#### ***Qu'est-ce que la gouvernance clinique?***

« Un cadre de travail par lequel les organisations sont imputables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et gardiennes de standards élevés de soins en créant un environnement où l'excellence des services cliniques peut éclore » (traduction libre, *National Health System*, UK).

#### ***La gouvernance clinique : une responsabilité partagée***

L'objectif de ce cadre de gouvernance est de centrer nos activités sur les usagers et la qualité des services offerts. Pour atteindre ces objectifs, il faut impliquer à la fois les usagers et les employés. La gouvernance clinique valorise donc la mobilisation du personnel, la participation des usagers et des familles ainsi qu'une bonne communication de l'information entre les deux partis.

Afin de développer des pratiques de qualité et qui évoluent au fil du temps, elle encourage aussi la créativité, le développement d'initiatives et la collaboration entre intervenants, professionnels et gestionnaires.

#### ***... et le CRDITED MCQ – IU dans tout ça?***

Au cours des vingt dernières années, la gouvernance clinique a été appliquée dans bien des établissements de soins de santé. En 2011, le CRDITED MCQ – IU, maintenant intégré au CIUSSS MCQ, a entrepris de mettre en œuvre le cadre de gouvernance clinique. Cette démarche

innovante fait du CRDITED MCQ – IU le premier établissement en services sociaux a adopté ce cadre au Québec.

Ce projet propose donc de documenter la mise en œuvre de la gouvernance clinique, conçue au départ pour le secteur médical, à un contexte de pratique axée sur le social. Il est, par ailleurs, le premier projet de recherche du genre à être mené au Canada. Si les résultats sont concluants, ils permettront d'outiller d'autres établissements offrant des services sociaux pour la mise en œuvre de la gouvernance clinique et de contribuer concrètement à l'amélioration des services dans le réseau.

### ***Qu'est-ce que ça implique?***

Votre implication consistera à compléter un questionnaire et participer à un groupe de discussion (1h30).

### ***Le projet vous intéresse?***

Pour participer, vous n'avez qu'à faire parvenir le formulaire de consentement signé par courrier interne à madame [REDACTED] au 1025 Marguerite-Bourgeoys.

La chercheuse, madame Christine Lobè, pourra ensuite vous contacter.

## Annexe 7 — GUIDE DE DISCUSSION – INTERVENANTS

### PARTIE I : Tour de table

- 1 Avec vous entendu parler du cadre de gouvernance clinique ? Si oui, comment en avez-vous entendu parler ? Novembre 2014
- 2 Qu'est-ce que la gouvernance clinique pour vous et quelle est sa finalité ?

### PARTIE II — AMÉLIORATION DES SERVICES

- 3 Des indicateurs de suivi de l'amélioration de la qualité des services ont-ils été élaborés ? Si oui, de quelles natures sont-ils ?
- 4 Est-ce que des projets d'amélioration de la qualité ont été initiés grâce au cadre de gouvernance clinique ? Si oui lesquels et pourquoi ?

### PARTIE III — LEVIERS ET BARRIÈRES DE LA MISE EN ŒUVRE

- 5 Selon vous, qu'est-ce qui a bien ou moins bien fonctionné dans la démarche de mise en œuvre du cadre de gouvernance clinique ? Pourquoi ? Donnez-moi quelques exemples ?

### PARTIE IV — PERCEPTION DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

- 4 Quel impact l'implantation du cadre de gouvernance clinique a-t-elle eu sur votre pratique ?

### PARTIE VI — PERCEPTION SUR L'AMÉLIORATION DE LA COLLABORATION

- 5 Comment l'implantation du cadre de gouvernance clinique a-t-elle contribué à modifier la nature de votre collaboration avec vos collègues ? Et avec les gestionnaires ?

### PARTIE VII — PRATIQUE FACTUELLE ET PARTICIPATION DES USAGERS

- 6 À votre avis, quelle place l'établissement accorde-t-il à l'apport des connaissances de l'utilisateur sur sa condition, dans la prise de décision au niveau clinique, de la gestion ou au niveau stratégique pratique clinique (ou tactique) au quotidien ?
- 7 Quelle place accordez-vous à l'apport des usagers et de la communauté dans l'amélioration de la qualité des services ?
- 8 Quels sont les moyens qui sont pris par l'établissement pour faciliter l'accès aux services (visite sans rendez-vous, contact téléphonique, courriel...)

9 Quelle est votre perception quant à la nature et au niveau de coordination et d'intégration des services dans votre secteur ?

10 Parlez-moi des orientations stratégiques pour le développement professionnel des praticiens et intervenants et comment vous y participez ?

Institut universitaire.

11 Pensez-vous que l'environnement actuel de pratique est propice au bien-être de l'utilisateur ?

## Annexe 8 – LETTRE D’INVITATION AUX PROCHES D’USAGERS



### Une recherche unique au Québec!

#### LA GOUVERNANCE CLINIQUE POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ET SERVICES NON HOSPITALIERS : ENJEUX CONCEPTUELS, DE MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATIFS (Christine Lobè)

##### *On a besoin de vous!*

En tant que parent ou proche d'usagers, vous êtes invité à participer à ce projet sur la gouvernance clinique.

##### **Qu'est-ce que la gouvernance clinique?**

Un cadre de travail qui met en place les conditions permettant aux gestionnaires et aux professionnels d'améliorer continuellement les services et d'atteindre des standards élevés de qualité.

##### **La gouvernance clinique : une responsabilité partagée**

L'objectif de ce cadre de gouvernance est de centrer les activités sur les usagers et la qualité de services offerts. Pour atteindre ces objectifs, il faut impliquer les usagers et leurs proches ainsi que tous les employés (intervenants, professionnels, gestionnaires). La gouvernance clinique valorise donc la mobilisation du personnel, la participation des usagers et des familles ainsi qu'une bonne communication de l'information entre les deux partis.

##### **... et le CRDITED MCQ – IU dans tout ça?**

Au cours des vingt dernières années, la gouvernance clinique a été appliquée dans bien des établissements de soins de santé. En 2011, le CRDITED MCQ – IU, maintenant intégré au CIUSSS MCQ, a entrepris de mettre en œuvre le cadre de gouvernance clinique. Cette démarche innovante fait du CRDITED MCQ – IU le premier établissement en services sociaux à adopter ce cadre au Québec.

Ce projet propose donc de documenter la mise en œuvre de la gouvernance clinique, conçue au départ pour le secteur médical, à un contexte de pratique axé sur le social. Il est, par ailleurs, le premier projet de recherche du genre à être mené au Canada. Ce projet

innovant a été soumis et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche conjoint des CRDITED (CÉRC-0213). Il est réalisé par madame Christine Lobè, doctorante à l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

Si les résultats sont concluants, ils permettront d'outiller d'autres établissements offrant des services sociaux dans la mise en place de la gouvernance clinique et de contribuer concrètement à l'amélioration des services dans le réseau.

### ***Qu'est-ce que ça implique?***

Votre implication consistera à compléter un questionnaire et participer à un groupe de discussion (1h30).

Madame Lobè n'ayant pas accès à vos coordonnées, c'est par notre entremise qu'elle entre en communication avec vous aujourd'hui. Bien sûr, vous n'êtes pas obligés de participer à cette recherche.

### ***Le projet vous intéresse?***

Pour participer, il vous suffit de contacter :

***Christine Lobè***



Nous tenons à vous remercier pour votre précieuse collaboration.



Directrice de l'enseignement universitaire et de la recherche



Cadre supérieure aux services à la clientèle - transitoire

## Annexe 9 — GUIDE DE DISCUSSION – PROCHES DES USAGERS

### (Perception de l'amélioration de la qualité des services)

**Tour de table :** noms, condition du proche, nombre d'années d'utilisation des services

1 Parlez-moi de votre expérience des services et de l'aide que vous recevez dans l'établissement.

2 En général, considérez-vous que les services qui vous sont offerts répondent aux besoins et respectent les préférences de vos proches et des vôtres ? Dites-moi pourquoi.

3 En général, considérez-vous que les praticiens ou les intervenants tiennent compte des opinions et des expériences de vos proches et des vôtres dans leurs décisions ? Racontez-moi comment cela se fait.

5 Pensez-vous que les services offerts par l'établissement sont facilement accessibles ? Dites-moi pourquoi.

6 En général, avez-vous l'impression qu'il y a une équité dans les services qui vous sont offerts à vos proches par rapport aux autres ?

7 Avez-vous l'impression que la qualité des services offerts par l'établissement s'est améliorée depuis les quatre dernières années ? Racontez-moi votre expérience ou celle de vos proches par rapport à ce point.

## Annexe 9 - CERTIFICAT ÉTHIQUE

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Mauricie-et-  
du-Centre-du-Québec

Québec

### BUREAU INTÉGRÉ DE L'ÉTHIQUE

Téléphone : 819-372-3133 poste 32303  
ciusssmcq\_bureau\_integre\_de\_lethique@ssss.gouv.qc.ca

Numéro d'approbation  
éthique CIUSSS MCQ :

**CÉRC-0213-01**

### Certificat d'approbation éthique

#### Description du projet de recherche :

Titre du projet :	La gouvernance clinique pour l'amélioration de la qualité dans les établissements de soins et services non hospitaliers : enjeux conceptuels, de mise en œuvre et évaluatifs
Numéro du projet :	CÉRC-0213
Chercheur :	Christine Lobè Wondje

#### Approbation éthique :

##### Évaluation initiale :

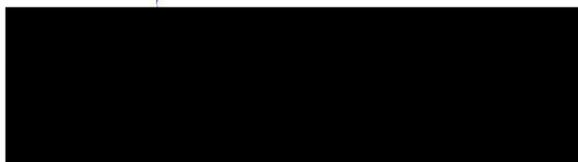
Étude initiale du projet par notre CÉR : 2015-04-24

##### Certificat actuel :

Raison d'émission : Renouvellement annuel

Date d'étude par notre CÉR : 2019-10-07

Période de validité : Du 2019-09-06 au 2020-09-06



Présidente  
Comité d'éthique de la recherche volet psychosocial



À noter que le présent document est acheminé de manière électronique seulement et agit à titre de version officielle.