

UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES



ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE

Travail de fin d'études en vue de l'obtention du titre
Master en Sciences de Santé Publique, à finalité gestion des institutions de soins

Comment implémenter la gouvernance participative dans les institutions hospitalières ?

Typologie, conceptualisation, impacts et recommandations, issus d'une revue de littérature.

VAN VAERENBERGH Céline

Directrice : Professeure Céline Mahieu

Année académique 2021-2022

Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier les personnes qui m'ont soutenue et accompagnée tout au long de la rédaction de ce mémoire :

La professeure Céline Mahieu, ma directrice de mémoire, pour le temps qu'elle m'a consacré et pour son aide précieuse afin de résoudre mes difficultés et nourrir mes réflexions ;

Les différents experts rencontrés, qui ont guidé le choix de mon sujet et les méthodes utilisées, notamment Mme Pascale André, bibliothécaire à l'ULB, Mme Anne-Françoise Debont de Convidencia ou Edith et Chloé de Collectiv-a ;

Mes précieux relecteurs, Claudine, Vivian, Thierry, Muriel, Florence et Françoise pour m'avoir, chacun, offert leur regard, leurs corrections et leur soutien ;

Mes amis, mes collègues et surtout ma famille, pour avoir toujours été présents et encourageants dans toutes les étapes de ma recherche mais aussi de ce master : un fameux défi relevé ! Sans eux, je n'y serais pas parvenue.

Résumé

Contexte et objectifs

Dans le contexte actuel, où les nouvelles générations au travail cherchent plus que jamais du sens, les institutions hospitalières sont confrontées à de nombreux défis dont celui de la nécessaire adaptation des modes de gouvernance. L'objectif de cette recherche est d'explorer les initiatives de gouvernance participative mises en place dans les institutions hospitalières des pays de l'OCDE afin d'en tirer des leçons, pour une meilleure implémentation de ce nouveau mode de gouvernance dans le monde hospitalier.

Méthode

Une revue exploratoire de la littérature a été menée, de 2012 à 2021, dans quatre bases de données : Cible+, Proquest, Scopus et Pubmed, afin d'identifier les initiatives de gouvernance participative implémentées dans les pays de l'OCDE. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été décrits en trois phases, ce qui a permis l'identification de 25 initiatives correspondant aux critères de recherche.

Résultats

Le codage des articles a permis une analyse par thème, structurées en quatre parties : (1) une typologie des initiatives étudiées, (2) une conceptualisation multidimensionnelle et holistique de la gouvernance participative selon la théorie de K. Wilber, (3) une analyse des impacts et (4) un guide d'implémentation de la gouvernance participative selon le cycle de l'amélioration continue.

Discussion et conclusions

Notre analyse rejoint les conceptualisations existantes de la gouvernance participative et elle les complète par une approche plus globale, incluant les structures et la culture d'entreprise. Des recommandations d'implémentation sont proposées, mises en lien avec la théorie de l'«empouvoirement» structurel. Cette revue de littérature pourrait constituer la première étape de l'implémentation de la gouvernance participative dans une institution hospitalière. D'autres études et la sollicitation d'expertises en la matière devraient compléter la démarche.

Mots-clés

Gouvernance participative, gouvernance partagée, «empouvoirement», empowerment, institution hospitalière

Abstract

Context and aim of the study

In the current context, where new working generations are increasingly looking for more meaning, hospital institutions face many challenges, including the necessary adjustment of the modes of governance. The aim of this study is to explore past examples of participatory governance in hospitals in OECD countries, in order to learn from them and improve future implementation of this new mode of governance in hospitals.

Method

This study is an exploratory literature review, from 2012 to 2021, across four databases: Cible+, Proquest, Scopus and Pubmed, aiming to identify strategies to implement participatory governance in hospitals in OECD countries. Inclusion and exclusion criteria have been defined in three stages, which led to the identification of 25 initiatives matching the research criteria.

Results

Encoding the articles led to an analysis by themes, structured in four parts: (1) structural typology of the implementations, (2) multidimensional and holistic conceptualization of participatory governance according to the K. Wilber theory, (3) impact analysis and (4) an implementation guide of participatory governance based on the continuous improvement cycle.

Discussion and conclusions

Our analysis echoes the existing conceptualization of participatory governance and adds a more global approach, which includes structures and corporate culture. Recommendations for implementation are proposed, linked with the structural empowerment theory. This review could be considered as the first step to implement participatory governance in a hospital. Further studies and experts' opinions in this field should complete the process.

Keywords

Participatory governance, shared governance, empowerment, hospital

Liste des tableaux et figures

Figure 1. Échelle de la participation selon Arstein	4
Figure 2. Modèle de Sibé. Les hôpitaux magnétiques	7
Figure 3. La qualité des soins dans le système de santé belge (PAQS)	8
Figure 4. Résultats de la revue de littérature	11
Figure 5. Classification par thème des articles analysés	13
Figure 6. Typologie des 25 initiatives étudiées	14
Figure 7. Analyse holistique de la GP selon le modèle des quatre quadrants décrit par F. Laloux ..	16
Figure 8. Implémentation d'une initiative de GP selon le modèle de l'amélioration continue	25

Liste des abréviations

GP : Gouvernance Participative

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

PAQS : Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients

PPM : Professional Practice Model = Modèle de pratiques professionnelles

ULB : Université Libre de Bruxelles

Table des matières

1. INTRODUCTION ET CADRE CONCEPTUEL.....	1
1.1. LA GOUVERNANCE	2
1.2. LA GOUVERNANCE PARTICIPATIVE OU PARTAGÉE.....	2
1.2.1. CONCEPT ET HISTORIQUE.....	2
1.2.2. LES ÉCHELLES DE PARTICIPATION	4
1.2.3. LES DIMENSIONS DE LA GOUVERNANCE PARTICIPATIVE	5
1.2.4. LA GOUVERNANCE PARTICIPATIVE DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER	5
2. MÉTHODOLOGIE	9
2.1. DÉFINITION DE LA QUESTION ET DE L'ÉQUATION DE RECHERCHE.....	9
2.2. IDENTIFICATION ET SÉLECTION DES ÉTUDES PERTINENTES.....	10
3. RÉSULTATS	12
3.1. CARTOGRAPHIE DES DONNÉES ET ÉLÉMENTS DESCRIPTIFS	12
3.2. ASSEMBLAGE, RÉSUMÉ ET COMPTE RENDU DES RÉSULTATS PAR THÈME	12
3.3. ANALYSE DES RÉSULTATS	14
3.3.1. TYPOLOGIE DES INITIATIVES DE GP ÉTUDIÉES.....	14
3.3.2. ANALYSE HOLISTIQUE ET MULTIDIMENSIONNELLE DU CONCEPT DE GP	15
3.3.3. LES IMPACTS DES INITIATIVES DE GP	24
3.3.4. GUIDE D'IMPLÉMENTATION DES INITIATIVES DE GP SELON LE MODÈLE DE L'AMÉLIORATION CONTINUE....	25
4. DISCUSSION	32
4.1. RÉFLEXIONS SUR NOTRE TYPOLOGIE	32
4.2. L'ANALYSE EN QUATRE QUADRANTS ET LES DIMENSIONS DE LA GP EN MILIEU HOSPITALIER	33
4.3. LES IMPACTS DE LA GP ET CEUX DES HÔPITAUX MAGNÉTIQUES.....	34
4.4. L'AMÉLIORATION CONTINUE : UN RENFORCEMENT DE L'«EMPOUVOIREMENT STRUCTUREL»	34
4.5. ANALYSE DES BIAIS ET LIMITES	35
5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'IMPLÉMENTATION EN BELGIQUE	37
BIBLIOGRAPHIE	40
ANNEXES.....	I
ANNEXE 1 : ÉQUATIONS DE RECHERCHE.....	I
ANNEXE 2 : RÉSULTATS DE NOTRE REVUE EXPLORATOIRE	IV
ANNEXE 3 : CRÉATION D'UNE TYPOLOGIE BASÉE SUR LA STRUCTURE DES INITIATIVES	VI

1. Introduction et cadre conceptuel

L'organisation hospitalière actuelle s'intègre dans un contexte global complexe et mouvant, grandement accentué par la pandémie de Covid-19 depuis maintenant plus de deux ans. Par ailleurs, les nouvelles générations nées dans ce contexte arrivent peu à peu sur le marché du travail (1). Celles-ci ne veulent plus sacrifier le présent pour le futur : elles cherchent la créativité, la relation, elles veulent contribuer au collectif. Elles rejettent le modèle hiérarchique traditionnel au profit de la collaboration et du partage d'expériences (2). Elles s'intègrent en outre dans un monde volatil, incertain, complexe et ambigu (VUCA) (1). Dans ce contexte, le leadership et l'organisation hospitalière sont appelés à évoluer. La dimension collective du travail à l'hôpital et la nécessité de transformer le leadership et le mode de gouvernance nous amènent à nous questionner sur la pertinence de développer une approche participative de la gouvernance hospitalière.

L'évolution du mode de gouvernance à l'hôpital peut concerner tous les niveaux de pouvoir et toutes les professions au sein de l'institution. Plusieurs auteurs affirment ainsi qu'il est temps de se détacher des modes de gouvernance hiérarchiques traditionnels afin de permettre l'implémentation d'une culture de gouvernance participative. Celle-ci permet d'impliquer tous les collaborateurs hospitaliers, afin que les décisions soient prises par les personnes ayant l'expertise du domaine concerné (3,4,5). Ainsi, la sociologie des organisations étudie depuis de nombreuses années l'évolution des modèles de gouvernance dans les entreprises, mettant notamment en évidence le concept, élaboré par I. Getz, d'«entreprise libérée », dans laquelle les collaborateurs bénéficient d'une confiance, d'une autonomie et d'une implication dans les prises de décision qui permettent une grande efficacité (6,7). Ce concept sera détaillé plus largement par la suite.

Notre intérêt pour cette thématique est né d'une préoccupation pour les modes de gouvernance présents dans le système hospitalier aujourd'hui en Belgique, comme un enjeu lié à la performance du système de santé. Ainsi, le cadre conceptuel de la performance du système de santé développé par le KCE, l'INAMI et Sciensano nous montre la nécessité d'améliorer le système de soins selon cinq dimensions : la qualité, l'accessibilité, l'efficience, la soutenabilité et l'équité (8). Dans ce contexte, de nombreux auteurs s'accordent pour dire que la rétention du personnel hospitalier est un enjeu crucial, afin de maintenir ou d'améliorer la performance des systèmes de soins (4,9,10,11). Or, les modes de management contribuent à aggraver, maintenir ou prévenir les risques psychosociaux dans une organisation (12). Le manque d'autonomie et de marge de manœuvre ainsi que le manque de reconnaissance sont parmi les facteurs explicatifs les plus déterminants des risques psychosociaux au travail (13). La motivation au travail est également un enjeu central dans ce domaine. Elle est notamment liée aux conditions d'organisation dudit travail, à la reconnaissance professionnelle et au sentiment d'être considérée comme partie prenante de son organisation (5). Les soignants, comme les autres travailleurs d'ailleurs, tendent à se diriger vers des organisations qui donnent du sens à leur travail, qui les considèrent et qui les reconnaissent (2).

L'objectif de notre recherche est dès lors d'explorer les initiatives de gouvernance hospitalière participative dans les pays de l'OCDE, pour en réaliser une typologie et découvrir ce que ces initiatives

nous enseignent. S'agissant d'une recherche inductive, basée sur ce que la littérature nous enseignera, nous n'avons pas formulé d'hypothèses a priori.

Pour ce faire, il nous semble nécessaire de commencer par définir plus précisément les concepts qui sous-tendent notre analyse.

1.1. La gouvernance

Le concept de gouvernance est un concept polysémique : en fonction du contexte et des époques, diverses définitions existent. La gouvernance a longtemps été définie comme un ensemble de procédures et de mécanismes garantissant la rentabilité pour les propriétaires de capitaux (14). Elle renvoie également aux différentes pratiques de gouvernement et à la façon de gérer les affaires communes au sein d'une organisation (15). « Plus concrètement appliquée au domaine de l'entreprise, la norme ISO 26000, relative à la responsabilité sociétale, définit la gouvernance de l'organisation comme *"le système par lequel une organisation prend des décisions et les applique en vue d'atteindre ses objectifs..."* »(16)

Deux modèles principaux de la gouvernance sont décrits dans la littérature (15,17) :

- Le modèle actionnarial ou « shareholder » est centré sur le dirigeant de l'entreprise et les actionnaires, sans prise en compte des autres acteurs.
- Le modèle partenarial ou « stakeholder » met l'accent sur la prise en compte de toutes les parties prenantes de l'entreprise dans la prise de décision (y compris les travailleurs). C'est le modèle de la gouvernance participative.

1.2. La gouvernance participative ou partagée

1.2.1. Concept et historique

Selon les sources, la gouvernance est appelée « participative » ou « partagée », tout en renvoyant majoritairement aux mêmes concepts fondateurs. Sa définition ne fait pas l'objet d'un consensus clair. Dans le cadre de cette recherche, nous utiliserons le concept de « gouvernance participative »¹.

Afin de mieux comprendre l'émergence de la GP, il nous semble important de la contextualiser dans l'évolution des théories du management. Ainsi, la théorie des organisations (18) nous montre que l'émergence de la GP fait suite à l'évolution des courants de pensée relatifs à l'organisation des entreprises (19). Au milieu du XX^e siècle, émergent les premières idées de l'école des relations humaines, notamment la question de la motivation au travail. Plusieurs auteurs, comme Mayo, Maslow ou Herzberg, mettent en évidence l'importance des facteurs humains et de la satisfaction des besoins, matériels et immatériels, afin de permettre davantage de motivation au travail et une meilleure productivité. Pour la première fois, ils soulignent l'importance de la reconnaissance, du développement personnel et de l'accomplissement (18).

Suite à cela, Mc Gregor élabore la théorie XY (19). Celle-ci montre qu'il existe deux façons de considérer les comportements humains. Selon la théorie X, fondement des modèles managériaux bureaucratiques et hiérarchiques, les humains ont une aversion pour le travail et doivent être dirigés pour

¹ Nous utiliserons l'abréviation « GP » pour « gouvernance participative »

être productifs. À l'inverse, la théorie Y montre que les humains souhaitent naturellement donner le meilleur d'eux-mêmes et satisfaire leurs besoins immatériels tels qu'ils sont mis en avant par Maslow, comme la réalisation de soi et l'autocontrôle. Cette théorie va être à la base de l'émergence de la GP.

D'autres auteurs, dans la seconde partie du XX^e siècle, poursuivront la réflexion. Ainsi, Edenburg va théoriser la sociocratie, premier réel modèle de GP qui propose une structuration en cercles autonomes et des décisions par consentement. C'est aussi l'époque de l'apparition du Lean, qui reprend notamment les principes du management participatif. Nous le retrouverons d'ailleurs dans notre revue de littérature. Dans les années 2000, deux auteurs vont largement participer à l'essor de la GP : il s'agit de F. Laloux et de I. Getz. Ceux-ci se sont notamment basés sur une approche radicale des principes et concepts du leadership transformationnel (cf. infra) et sur les théories de Maslow et de Mc Gregor. Ils proposent un nouveau modèle de gestion et de leadership (19).

Dans son ouvrage « Reinventing organizations : vers des communautés de travail inspirées », F. Laloux nous décrit ainsi les cinq stades d'évolution des entreprises, qui se développent parallèlement à l'évolution du monde. Le dernier stade, celui de l'entreprise Opale, repose sur trois piliers qui se détachent radicalement du modèle « classique » de management : l'autogouvernance, la plénitude (possibilité d'être pleinement soi-même au travail) et la raison d'être évolutive de l'entreprise (qui n'est pas la performance financière) (7). I. Getz, lui, développe le concept d'« entreprise libérée », qui est une « *forme organisationnelle dans laquelle la majorité des salariés sont totalement libérés et responsables dans les actions qu'ils jugent bonnes – eux et non leur patron* » (19). Pour cela, le leader a un rôle libérateur fondamental grâce à ses valeurs, à sa créativité et à sa sagesse. Il permet de répondre aux besoins fondamentaux des travailleurs : l'égalité intrinsèque, le développement personnel et l'autodirection. La libération d'une entreprise n'est d'ailleurs pas possible sans ce leadership (19). F. Laloux insiste également sur le rôle essentiel des leaders, qui se libèrent de leur ego pour mieux guider leur entreprise (7).

I. Getz et F. Laloux ne proposent pas de méthodologie standard à ce changement radical d'approche managériale et de philosophie. Ils insistent toutefois sur le rôle central du dirigeant, qui doit être profondément et authentiquement en accord avec les principes de la GP, pour mettre en place et maintenir le changement (7, 19). Ils affirment que la manière de changer en profondeur l'entreprise doit être co-créée avec les travailleurs, avec l'éventuel soutien d'autres leaders ayant mené une transformation similaire ou celui de coachs externes. Ils découragent l'utilisation d'un modèle de mise en pratique, qui ne serait pas adapté au contexte de l'entreprise (19).

Selon ces deux auteurs, cette nouvelle approche managériale rend les entreprises plus agiles et plus résilientes dans un contexte économique et social volatil, incertain, complexe et ambigu (1, 19, 20). En effet, ce dernier place les travailleurs en demande de davantage de confiance, de reconnaissance, d'informations et de marge de manœuvre (19). Au contraire, l'approche managériale bureaucratique et hiérarchique ne parvient plus à répondre aux exigences de ce contexte (21).

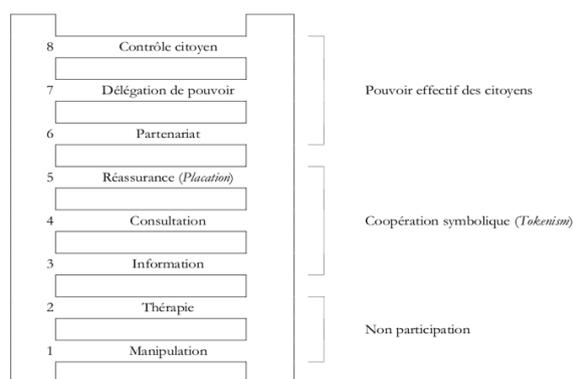
Cette approche de l'entreprise « Opale » ou « libérée » fait l'objet de nombreuses craintes et critiques. Ainsi, sans remettre en cause la nécessaire adaptation des modes de management (22), ces critiques sont de plusieurs ordres. Tout d'abord, la GP étant le plus souvent l'initiative de la hiérarchie, elle peut faire l'objet d'une méfiance des travailleurs craignant une approche peu honnête de la participation. Celle-ci serait instrumentalisée pour permettre davantage de gains et de performance (23), permettant aussi de limiter les coûts en supprimant certaines lignes managériales (22). Par ailleurs, la participation

et le renforcement de l'autonomie, rendues presque obligatoires par une culture d'entreprise valorisant l'individu et sa marge de manœuvre possible dans les décisions à prendre, découlent pour certains sur une intensification de la charge de travail (23). En effet, l'autonomie et la participation ont pour conséquence la responsabilisation des travailleurs, qui, lorsqu'elle est trop importante, peut impliquer davantage de stress et une charge de travail plus importante (24, 25). D'autres critiques évoquent également une perte d'expertise liée à l'implication de tous les travailleurs, y compris les novices, dans les décisions (22). En outre, certaines critiques émanent de personnes qui voient leurs rôles traditionnels mis en danger : dirigeants perdant du pouvoir ou du contrôle, syndicalistes perdant leur raison d'être, actionnaires craignant de devoir partager les gains. Ces critiques sont principalement de deux ordres : la crainte de l'anarchie et la crainte de la prise de pouvoir d'un leader libérateur tout-puissant (19).

En réponse à ces critiques, I. Getz et F. Laloux rappellent que l'autogestion ne signifie nullement que chacun fait ce qu'il souhaite, ni qu'il faut supprimer tous les managers, services de supports et la hiérarchie. Ces derniers sont toujours présents, mais ils sont au service des travailleurs pour mieux répondre à leurs besoins et augmenter leur capacité. De même, selon eux, un leader authentiquement libérateur ne deviendra pas un dictateur (19).

1.2.2. Les échelles de participation

En matière de GP, le terme « participative » renvoie à la notion de participation. Dans la littérature, différents niveaux de participation sont définis. Ainsi, Sherry Arstein a proposé, en 1969, une échelle de la participation citoyenne, encore largement utilisée aujourd'hui, décrite dans la figure 1 ci-dessous (26).



Selon cette classification, les deux échelons inférieurs (thérapie et manipulation) ne permettent pas la participation, mais permettent aux personnes qui détiennent le pouvoir d'« éduquer » leurs subordonnés.

Figure 1. Échelle de la participation selon Arstein (19)

Les trois niveaux suivants (information, consultation, réassurance) permettent aux personnes n'ayant pas le pouvoir d'être informées et entendues par celles qui disposent du pouvoir. Il s'agit d'une coopération symbolique. Les trois niveaux supérieurs (partenariat, délégation de pouvoir, contrôle citoyen ou contrôle autonome) permettent aux citoyens d'avoir un pouvoir effectif, avec une influence grandissante dans la prise de décision (27). Ces paliers ne sont pas mutuellement exclusifs. Notons que d'autres auteurs, comme Roger Hart (28) ou l'Institut du Nouveau Monde (29), ont également travaillé sur les échelles de participation. Nous avons choisi, pour cette recherche, de nous centrer sur la classification d'Arstein.

Bien que ces classifications des niveaux de participation aient été développées dans le cadre de la participation publique et citoyenne, ces échelles sont transposables dans le monde de l'entreprise et dans le monde hospitalier. La GP se définit comme un mode de décision où la participation des parties

prenantes correspond aux trois derniers niveaux de l'échelle d'Arstein. Ces classifications nous aideront par la suite dans la sélection des articles de notre revue exploratoire.

1.2.3. Les dimensions de la gouvernance participative

Après avoir défini les différents niveaux de participation et précisé lesquels concernent la GP, nous pouvons, grâce à notre analyse préalable de la littérature sur le sujet, mettre en évidence plusieurs dimensions de la GP (3,7,15,21, 30) :

- La décentralisation du pouvoir : le pouvoir est réparti et redistribué entre toutes les parties prenantes. Les équipes visent l'autogouvernance.
- L'intégration et l'implication des parties prenantes dans la gestion de l'organisation et dans les prises de décision, avec les responsabilités qui en découlent. Dans ce cadre, toute personne de l'organisation peut être pleinement soi-même ; l'accent est mis sur l'authenticité et l'« empouvoirement² ».
- L'information partagée et transparente : l'information circule de façon fluide, elle est partagée de façon efficace avec toutes les parties prenantes.
- La prise en compte prioritaire de l'intérêt collectif : l'objectif de l'organisation est la recherche du meilleur compromis vers le bien-être commun, via un mode de décision collaboratif.
- Le projet collaboratif : l'organisation a une vision claire de sa raison d'être : elle est décidée collectivement, connue de tous et évolutive.

De plus, la GP est mise en lien avec l'intelligence collective, définie comme « *la coopération de multiples entités qui aboutissent à la formation d'une intelligence supérieure à la simple somme des intelligences de chacun* ». Les outils de l'intelligence collective permettent d'accompagner l'implémentation de la GP (3). En outre, afin de fonctionner selon les principes de la GP, il est essentiel de mettre en évidence certaines valeurs, que nous retrouvons également largement dans la littérature : la lutte contre toute forme de discrimination, la confiance, la bienveillance, la tolérance, la responsabilité, l'authenticité ainsi que la justice distributive et l'équité.

1.2.4. La gouvernance participative dans le contexte hospitalier

Dans le contexte hospitalier, le concept de GP a été largement étudié. Elle est plutôt qualifiée de « gouvernance partagée » dans ce cadre, et constitue l'une des dimensions essentielles des « hôpitaux magnétiques ». Une revue exploratoire de la littérature sur le concept de GP au sein des institutions hospitalières a permis de mettre en évidence les éléments centraux de ce concept. Ceux-ci sont le professionnalisme, le mode de décision partagé, les pratiques basées sur les preuves, la démarche d'amélioration continue, la collaboration et l'« empouvoirement » (31). Nous pouvons lier cette définition avec les caractéristiques générales de la GP décrites précédemment :

- Le professionnalisme est entendu comme la reconnaissance des compétences et des qualifications de chaque profession hospitalière, permettant à celles-ci de maîtriser les décisions qui les concernent. Il s'agit donc de l'implication de toutes les parties prenantes et de la décentralisation du pouvoir.

² Dans le cadre de cette recherche, nous avons opté pour le néologisme « empouvoirement » que nous retrouvons dans la littérature, afin de traduire le concept anglophone d'« empowerment ».

- Le mode de décision partagé est en tant que tel une dimension essentielle de la GP. Il est essentiel dans le contexte hospitalier, au vu de l'expertise spécifique de chaque corps professionnel impliqué.
- Les pratiques basées sur les preuves et la démarche d'amélioration continue reflètent l'évolution des systèmes de santé vers une plus grande importance accordée aux droits du patient à des soins de qualité (31). Cette dimension peut être liée à la prise en compte prioritaire de l'intérêt collectif. Ce dernier ne concerne pas seulement les employés des institutions hospitalières, mais toutes les parties prenantes, en ce compris les patients.
- La collaboration et l'« empouvoirement » sont en lien direct avec les dimensions de la GP mises en évidence précédemment.

Notons que le concept de GP appliqué au monde hospitalier concerne souvent la profession infirmière, mais s'ouvre également à l'interdisciplinarité. Nous y reviendrons ultérieurement.

Nous pouvons par ailleurs mettre cette définition en lien avec certains concepts propres aux soins de santé, que nous retrouverons également dans notre revue exploratoire :

a) Les types de leadership, et plus particulièrement le leadership transformationnel

Le leadership transformationnel vise à favoriser une culture d'entreprise dans laquelle les collaborateurs sont autonomes, responsables et motivés pour accomplir les visions et les objectifs de leur organisation (32). Il peut se définir à travers 4 dimensions clés (32,33): l'influence idéalisée (le leader fait preuve d'une conduite exemplaire et incarne les valeurs de l'organisation), la motivation inspirante (le leader inspire et motive les collaborateurs afin que chacun s'engage vers les objectifs de l'organisation), la stimulation intellectuelle (le leader stimule la créativité de ses collaborateurs ; il leur fait confiance, sollicite leurs opinions et considère la variété des points de vue afin de prendre une décision), la prise en compte individualisée (le leader est attentif à la spécificité de chaque collaborateur et aide chacun à développer son plein potentiel, notamment en proposant formations et mentorat).

Notre recherche ne se concentre pas sur les qualités individuelles des leaders transformationnels. Nous pouvons cependant établir de nombreux liens entre un modèle de GP et les qualités de ce type de leader : la visée vers une autonomie et un « empouvoirement » des parties prenantes, la confiance, la responsabilité de chacun, la prise de décision partagée. Comme nous l'avons vu précédemment, le leadership transformationnel est très en lien avec la GP (19) ; c'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous avons inclus ce concept dans la création de notre équation de recherche (cf. annexe 1).

Il nous semble néanmoins important de préciser que, même s'ils sont régulièrement utilisés comme synonymes, le management et le leadership renvoient à des fonctions différentes. Le management évoque un rôle organisationnel de planification, de mesures, de procédures et de résolution de problèmes quotidiens. Le leadership, quant à lui, se réfère davantage à la vision, à l'implémentation de changements qui ont du sens. Le leader souhaite fédérer autour de lui et créer de sains environnements de travail (34).

b) L'« empouvoirement structurel »

La théorie de l'« empouvoirement » structurel a été développée par Kanter en 1993 (35). Elle montre comment les leaders peuvent influencer les collaborateurs pour accomplir leur travail de façon efficace en leur donnant accès à quatre structures organisationnelles :

- L'information concernant les objectifs de l'organisation, ses valeurs et ses politiques ainsi que les connaissances techniques et l'expertise requise pour fournir un travail efficace.

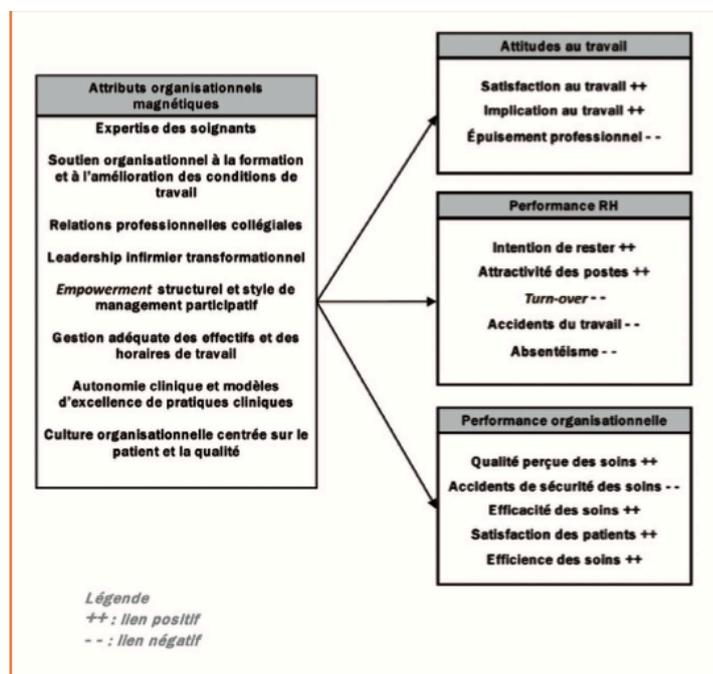
- Le support, c'est-à-dire l'accompagnement, le soutien émotionnel et le feedback par les pairs, les subordonnés et les supérieurs.
- Les ressources (matériel, budget, temps et équipements) nécessaires pour effectuer son travail
- Les opportunités de mobilité et de croissance au sein de l'organisation (challenges, récompenses, reconnaissance de ses compétences et promotions).

Afin de permettre la création d'un environnement de travail où les infirmières³ se sentent impliquées et « empouvoirées », des leaders transformationnels, qui comprennent l'ampleur de leurs responsabilités, sont nécessaires. Ils permettent des prises de décision partagée dans des structures où le pouvoir est décentralisé et où les infirmières peuvent fonctionner en autogouvernance pour les décisions qui les concernent directement (36, 37).

c) Le concept d' « hôpital magnétique »

Le concept de « Magnet hospital », traduit en français par le terme « hôpital magnétique » ou « hôpital attractif », est apparu il y a plus de 30 ans dans le contexte nord-américain. La volonté était d'attirer et de retenir le personnel infirmier dans les hôpitaux. Les chercheurs ont ainsi mis en lumière une série de caractéristiques permettant de définir positivement l'hôpital magnétique comme favorisant la rétention infirmière. Un programme de certification a alors été mis en place : le « Programme de Reconnaissance Magnet »®, comprenant un ensemble de critères qui permettent de qualifier les pratiques RH, organisationnelles et managériales (38).

De nombreuses publications reconnaissent actuellement les hôpitaux magnétiques comme des lieux où se combinent bien-être au travail et qualité de soins (38). Ils apportent ainsi une certaine forme de réponse à l'adaptation nécessaire des structures hospitalières au contexte actuel (38,39).



Les auteurs Kramer et Schmalenberg (40) ont établi une liste de huit dimensions permettant de définir un hôpital magnétique, dont l'une concerne notamment le management participatif. Le modèle développé par Sibé (Figure 2) permet de mettre en évidence ces huit dimensions en les mettant en lien avec les conséquences de cette forme organisationnelle, en termes d'attitudes au travail, de performance des ressources humaines et de performances organisationnelles (41).

Figure 2. Modèle de Sibé. Les hôpitaux magnétiques (34)

³ Dans le cadre de notre recherche et vu la féminisation importante de la profession, nous avons choisi l'utilisation du terme « infirmière(s) » pour désigner tous les praticiens et praticiennes de l'art infirmier.

d) L'amélioration continue et les pratiques basées sur les preuves

L'amélioration continue de la qualité et les pratiques basées sur les preuves n'ont été que récemment mises en lien avec la GP en milieu hospitalier: la première comme un objectif de la GP, les secondes comme un outil de prise de décision (31).

En Belgique, selon la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS), la qualité des soins est définie selon huit sous-dimensions, issues notamment des définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Institute of Medicine (IOM). Ces dimensions sont reprises dans le schéma ci-dessous. Elles permettent de développer une série d'indicateurs, permettant d'évaluer la performance du système de santé belge. (42).



Figure 3. La qualité des soins dans le système de santé belge (PAQS)

L'amélioration continue de la qualité des soins est donc un enjeu majeur pour les systèmes de santé. Elle se base sur le modèle de l'amélioration continue : le cycle de Deming (Plan, Do, Check, Act) (42), que nous utiliserons dans le cadre de notre analyse.

Les pratiques basées sur les preuves peuvent, quant à elles, être définies comme celles où « des décisions éclairées sont prises, à partir de preuves scientifiques démontrées de façon répétée à l'aide d'études scientifiques rigoureuses »(43). La définition précise de ces pratiques doit être adaptée aux principes et aux valeurs de chaque discipline concernée, accordant une place plus ou moins importante à l'expertise du terrain en complément des études scientifiques probantes (42). Dans notre recherche, elles sont considérées comme un outil de prise de décision dans le cadre de décisions partagées (31).

e) Les soins centrés sur le patient et le partenariat patient

Selon une définition proposée par le KCE, l'INAMI et Sciensano, les soins centrés sur le patient sont « *des soins respectueux et attentifs aux préférences, besoins et valeurs du patient, et qui veillent à ce que celles-ci guident la prise de décision clinique* ». Il s'agit donc d'un partenariat entre le patient (et son entourage) et le professionnel de santé, qui se base sur la communication, l'écoute et l'échange entre les parties prenantes. (44). Ce concept fait donc référence à l'« empouvoirement », du patient cette fois. Dans la GP, le patient peut être vu comme partie prenante dans la prise de décision qui le concerne.

2. Méthodologie

La méthodologie choisie pour notre travail de recherche consiste en une revue exploratoire de la littérature. Cette méthode a notamment été décrite précisément par Arskey et O'Malley (45) ainsi que par l'Institut Joanna Briggs (46).

Le choix de cette méthodologie a été conditionné par l'objectif de notre recherche. Ainsi, la revue exploratoire permet d'évaluer l'étendue et la nature du champ de recherche choisi. Plutôt que de décrire de façon très précise les résultats de chaque étude en limitant fortement leur nombre, à l'instar de la revue systématique, cette revue-ci permet de rendre compte de toute l'étendue et des types d'études disponibles et pertinentes sur le sujet (45, 46). Elle permet de s'intéresser à des sujets plus larges, où les méthodologies et types d'étude peuvent être très diversifiés, et elle en permet la synthèse. Cela rend possible le développement de cadres conceptuels incluant un nombre important d'études aux méthodologies variées, qui n'auraient pu être autrement intégrées dans une revue systématique ayant pour « gold standard » l'essai contrôlé randomisé (46). Ainsi, la revue exploratoire présente une grande force : elle constitue une méthode rigoureuse et transparente, permettant de cartographier un large champ de recherche en un temps relativement limité. Cette cartographie met également en évidence d'éventuelles lacunes à la recherche actuelle, tout comme elle permet de rendre compte des résultats obtenus. La présentation de ces résultats dans un format clair et accessible peut amener les personnes concernées par la problématique (politiques, personnes de terrain) à en faire un usage pertinent (45).

Cette méthodologie comporte plusieurs étapes : la définition de la question de recherche et de l'équation de recherche ; l'identification et la sélection des études pertinentes ; la cartographie des données ; l'assemblage, la synthèse et le compte rendu des résultats. Pour nous accompagner dans cette méthodologie, nous avons mobilisé l'expertise d'une bibliothécaire documentaliste de l'ULB, Mme André, que nous avons rencontrée le 3/12/2021 et avec laquelle nous avons ensuite eu plusieurs échanges par mail.

2.1. Définition de la question et de l'équation de recherche

La première phase consiste en l'identification de la question de recherche. Celle-ci peut couvrir un large champ de recherche qui peut être ensuite réduit pour limiter le nombre de références pertinentes (46). Notre question de recherche a ainsi été définie :

« Que nous apprennent les initiatives de gouvernance participative existant actuellement dans les institutions hospitalières des pays de l'OCDE? »

Nous souhaitons nous centrer sur des initiatives, c'est-à-dire des implémentations concrètes (récentes ou non) de la GP au sein d'institutions hospitalières afin d'en tirer des enseignements. En outre, nous avons fait le choix de cibler notre recherche sur les hôpitaux généraux et aigus, en excluant les institutions psychiatriques, ou encore les institutions de soins chroniques (revalidation, maisons de repos). Enfin, nous avons limité notre recherche aux pays de l'OCDE⁴, ce qui nous a permis de centrer notre analyse sur des pays comparables au niveau socioéconomique.

⁴ Pour la liste complète des pays membres, voir : <https://www.oecd.org/fr/apropos/>

Nous avons ensuite défini notre équation de recherche plus précisément, en langage naturel et contrôlé en fonction des moteurs de recherche utilisés. Pour cela, nous avons identifié nos deux concepts principaux : « gouvernance participative » et « institutions hospitalières ». Nous avons par la suite défini tous les synonymes de ces deux concepts en anglais et en français, afin de déterminer notre équation de recherche en langage naturel. Nous avons également effectué une recherche en langage contrôlé lorsque la base de données s'y prêtait, à l'aide du Mesh et du Thésaurus adapté. Nos équations de recherche figurent en annexe 1. Pour identifier les études pertinentes, nous avons exploré quatre bases de données adaptées à notre champ de recherche : la base de données de l'ULB Cible+, Scopus, Proquest et Pubmed.

2.2. Identification et sélection des études pertinentes

Pour cette étape, il a été nécessaire de déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion nous permettant d'éliminer les études qui ne concernent pas notre question de recherche. Toutefois, dans une revue exploratoire, les critères sont définis a posteriori, grâce à une familiarisation progressive avec la littérature trouvée, d'autant que les abstracts ne sont pas toujours représentatifs de l'article dans son entièreté (45). La date limite pour l'inclusion des articles à notre recherche a été fixée au 31/12/2021.

Nous avons ainsi défini plusieurs phases de sélection des résultats obtenus :

Phase 1 : identification et screening des articles

Nous avons cherché uniquement les articles scientifiques publiés et revus par les pairs, en anglais et en français, sur les dix dernières années (2012-2021), au sein de nos 4 bases de données. Nous avons exclu les doublons et les articles non accessibles. Ceci nous a permis de sélectionner les articles éligibles, à la lecture du titre et de l'abstract

Phase 2 : sélection des articles éligibles à un examen plus approfondi

- 2.a. Sur base du titre de l'article : exclusion des articles hors sujet, hors pays de l'OCDE, hors hôpital général
- 2.b. Inclusion d'articles pertinents trouvés grâce à nos lectures, via une recherche manuelle au sein de la revue « Soins Cadre » de 2012 à 2021 et dans la littérature grise de la PAQS. En effet, ces deux sources sont revenues à de nombreuses reprises lors de nos recherches préparatoires sur le sujet.
- 2.c. Sur base du titre et de la lecture de l'abstract : exclusion des aspects individuels du leadership, exclusion des articles qui touchent au sujet de la GP mais ne sont pas centrés dessus, exclusion des articles ne traitant pas d'une initiative particulière de GP.

Phase 3 : sélection des articles à inclure dans notre étude

Sur base de la lecture de l'article complet, notre objectif est de rester centrée sur la définition de la gouvernance, comme la manière, pour une organisation, de prendre des décisions et de les appliquer en vue de réaliser ses objectifs. Nous avons ensuite focalisé notre recherche sur des articles traitant d'initiatives où la participation correspond aux trois niveaux supérieurs de l'échelle d'Arstein.

Cette démarche en trois phases nous a permis de sélectionner 25 articles à analyser, comme nous le montre la figure 4 ci-dessous.

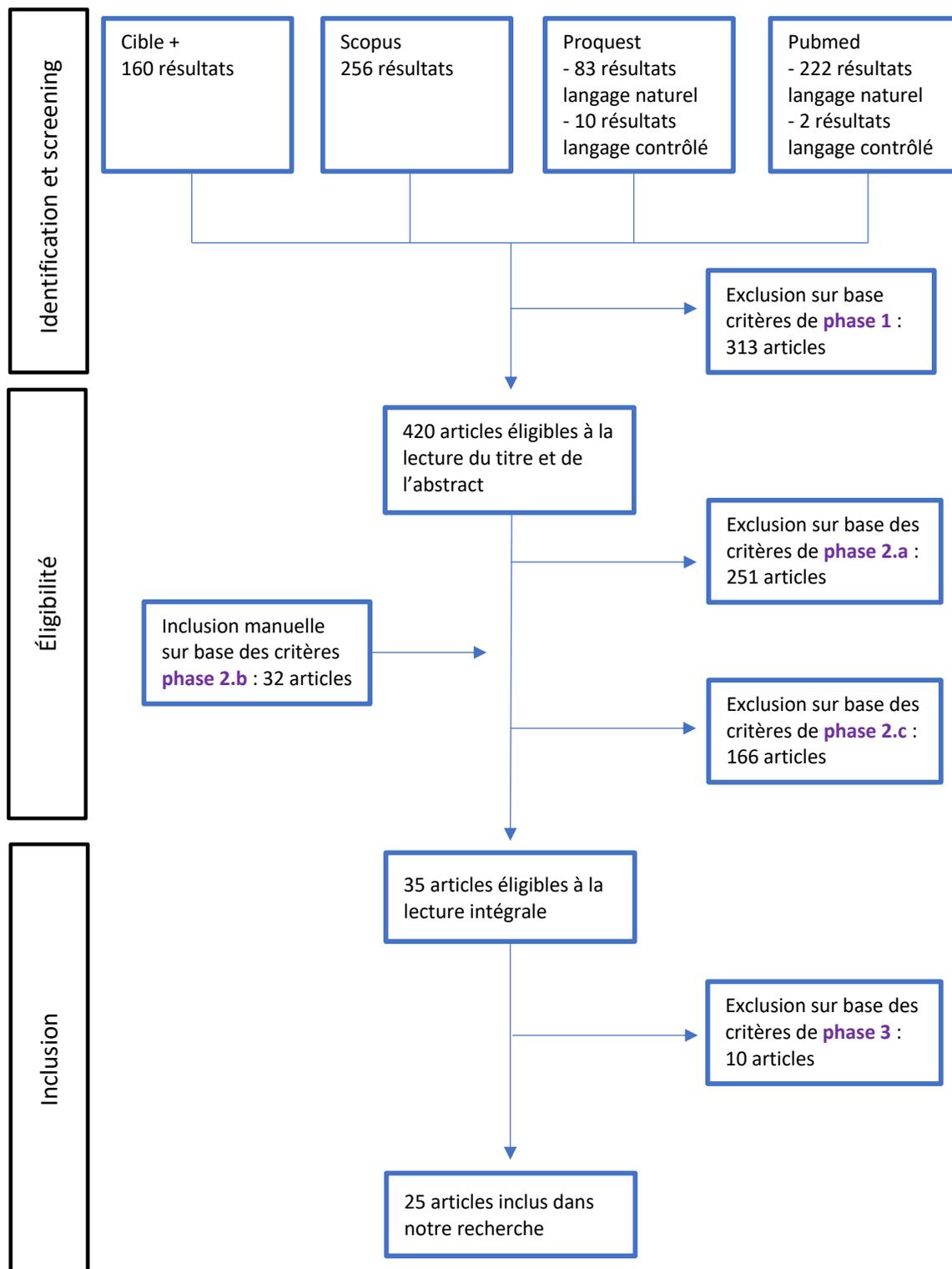


Figure 4. Résultats de la revue de littérature

3. Résultats

3.1. Cartographie des données et éléments descriptifs

La cartographie des données est une technique permettant une meilleure compréhension des résultats obtenus en incluant le contexte et le processus de chaque étude sélectionnée. Pour ce faire, nous avons d'abord récolté, pour chaque article, différentes informations que nous avons compilées dans un tableau repris en annexe 2 : Auteur, année de publication, lieu de l'étude ; Objectif de l'étude ; Méthodologie ; Professionnels concernés.

Grâce à notre cartographie des données, nous pouvons voir que la majorité de nos articles portent sur des initiatives de GP aux États-Unis (n=18). Les autres articles sont issus de France (n=2), de Finlande (n=1), du Royaume-Uni (n=1), des Pays-Bas (n=1), de Turquie (n=1) et du Canada (n=1). Cela nous montre que les initiatives de GP relatées dans la littérature sont beaucoup plus fréquentes sur le continent nord-américain (n=19) qu'en Europe (n=6).

En matière de méthodologie, la majorité de nos articles ont adopté une approche narrative et descriptive (n=14), racontant l'expérience sans référence à une étude précise de l'action implémentée. D'autres articles ont adopté une approche qualitative (n=5), basée sur des entretiens (49-51), sur une méthode Delphi (63) ou encore sur l'observation et l'analyse documentaire (68). Enfin, certaines études ont utilisé des méthodes quantitatives (n=5) ou mixtes (n=1). Notons qu'au vu de la méthodologie choisie pour notre recherche, nous n'analyserons pas la qualité méthodologique des documents choisis (45).

Par ailleurs, les professionnels étudiés sont uniquement des infirmières (n=12), avec éventuellement implication de la hiérarchie (n=5) ; des pluridisciplinaires (n=12) ; ou des auxiliaires de soins (n=1).

Différentes perspectives sont adoptées dans nos études : il peut s'agir de l'implémentation d'un modèle de pratique professionnelle incluant la GP (48, 54, 55, 62). Certains articles traitent d'un renforcement ou d'investigations sur une structure existante (47-67) ou de l'inauguration d'une nouvelle structure (68-71). Deux études se concentrent sur un événement ou un problème particulier (53, 60). Un article ne se centre pas sur le changement de mode de gouvernance mais il aborde la GP comme un moyen d'atteindre un autre objectif : l'augmentation de la satisfaction du personnel et de l'environnement de travail (71).

3.2. Assemblage, résumé et compte rendu des résultats par thème

Contrairement à la revue systématique de la littérature qui n'inclut qu'un nombre limité de résultats, la revue exploratoire vise à présenter une vue d'ensemble de la question de recherche, en proposant un cadre analytique permettant une vue d'ensemble de la littérature existante. Il ne s'agit donc pas uniquement de faire un court résumé de chaque étude incluse, ce qui ne permettrait pas aux lecteurs de prendre certaines décisions importantes basées sur les résultats de ces études : il s'agit d'appliquer un cadre analytique commun à tous les articles sélectionnés (45).

Pour cela, nous avons procédé en plusieurs étapes :

- Lecture répétée de tous les articles sélectionnés pour mieux s'approprier leurs contenus.
- Codage inductif du contenu des articles et émergence de différents thèmes.

- Classification selon ces thèmes, permettant de montrer la diversité des résultats obtenus.

Thème 1	Éléments clés	Étude
Contexte complexe des soins de santé	Tensions sociales, sanitaires et budgétaires	47, 54, 58, 62, 69, 70
	Rôle essentiel des managers et de la hiérarchie	51, 61, 64, 66-68, 71
	Défis pour la profession infirmière	48-50, 54, 58, 59, 62, 64, 66, 68, 70, 71
	Contexte institutionnel à modifier	48, 50, 55, 58, 62, 66, 67-71

Thème 2	Éléments clés	Étude
Forces de la GP	« Empouvoirement », autonomisation et responsabilisation du personnel de terrain	47-52, 54-69
	Réponse au contexte actuel et amélioration de l'efficacité	49, 50, 52, 53, 55, 57-59, 61, 62, 64-66, 68, 69, 71
	Amélioration de la qualité des soins avec un focus sur le patient	47-71
	Renforcement de l'engagement, de la motivation et satisfaction au travail	51-58, 61- 71
	Communication fluide et efficace	48, 49, 51-53, 58-60, 62-68, 70, 71
	Participation de tous, implication dans les décisions et décentralisation du pouvoir	47, 49, 51, 54, 55, 57-71
	Amélioration des compétences (notamment leadership) et de la formation	47-52, 54, 56, 58, 60, 61, 63, 65- 71
	Amélioration de la culture institutionnelle et de l'environnement de travail	47-50, 52-56, 58, 61, 63-71
	Renforcement de la collaboration interdisciplinaire	47, 51, 52, 55, 58-62, 66, 68-71
	Impact émotionnel positif	47, 51-53, 55, 57, 58, 62, 67, 68, 70, 71
Renforcement de la culture du changement	54, 57, 60, 62	

Thème 3	Éléments clés	Étude
Structures de la GP	Structure formalisée	47-57, 59- 67, 70, 71
	Structure interdisciplinaire	47, 49, 52, 53, 57-63, 65, 67-70
	Participation des managers cadrée	52, 54, 55, 58-60, 62, 63, 65-67
	Conseils au niveau de l'unité de soins	47, 50, 51, 54-57, 60-63, 65-67
	Grâce aux atouts des hôpitaux magnétiques	47, 48, 52, 56, 57, 61, 62, 64, 67, 71
	Par le biais d'un modèle de soins	48, 54, 55, 61, 62, 65, 68, 70

Thème 4	Éléments clés	Étude
Recommandations d'implémentation	La GP est un processus	51, 60-62
	Étapes préalables nécessaires	47, 48, 50, 51, 56-60, 63-65, 67, 68, 70
	Implication et support de la hiérarchie et collaboration nécessaire	47-55, 57-71
	Intégration dans la culture et stratégie institutionnelle	48, 51, 53, 55, 57, 61, 62, 64, 67, 68, 70
	Formation nécessaire et développement indispensable de compétences	48-51, 53-55, 57-60, 62-68, 70, 71
	Déroulement par petites étapes	48, 50, 52, 59, 62, 65-67, 69
	Structuration nécessaire	49, 50, 52, 54-65, 67, 70
	Ressources nécessaires	48-51, 53, 55, 57, 58, 61-63, 65, 68, 70
	Implication, collaboration et participation de chacun à encourager	49-52, 55-57, 62, 64-66, 71
	Communication essentielle	49-60, 62, 63, 65-71
	Environnement de travail permettant la GP	48, 49, 57, 60, 62, 63, 68-71
Monitoring, évaluation et études à réaliser	48-52, 54, 56-66, 68, 70, 71	

Thème 5	Éléments clés	Étude
Difficultés d'implémentation	Contexte hospitalier actuel	51, 68, 70, 71
	Impact générationnel	51, 58, 63, 68
	Perte de pouvoir ou de contrôle de la hiérarchie	50, 51, 58, 61-63, 65-68, 70
	Changement culturel difficile	47, 51, 53, 60-65, 67-69
	Découragement, manque de confiance, d'intérêt ou de compréhension de la démarche	49-51, 58, 62, 63, 65, 66, 68
	Manque de ressources	49-51, 53, 54, 58-63, 65-68, 70
	Mauvaise communication	49-51, 59, 60, 62, 65, 66, 68
	Évaluation et études difficiles	56, 57, 61, 63, 66

Figure 5 : Classification par thème des articles analysés

3.3. Analyse des résultats

Suite à l'émergence de ces différents thèmes, nous avons scindé notre analyse en quatre parties. Nous proposons, dans la première, une typologie des initiatives étudiées. La seconde partie nous permet d'avoir une vision holistique et multidimensionnelle du concept de GP tel qu'il est déployé dans les initiatives étudiées, en se basant sur la Théorie Intégrale développée par K. Wilber (72). La troisième partie nous permet de décrire les impacts de l'implémentation de la GP. Enfin, la quatrième partie nous propose un guide d'implémentation d'une initiative, en nous basant sur le cycle de l'amélioration continue (42).

3.3.1. Typologie des initiatives de GP étudiées

Notre typologie se concentre sur la manière dont les initiatives de GP étudiées ont été structurées. En effet, c'est en termes de structure essentiellement que ces dernières se différencient. Les processus mis en avant, à l'inverse, se rejoignent en de nombreux points. C'est d'ailleurs ce que nous avons tenté de faire émerger dans notre analyse selon le cycle de l'amélioration continue (troisième partie).

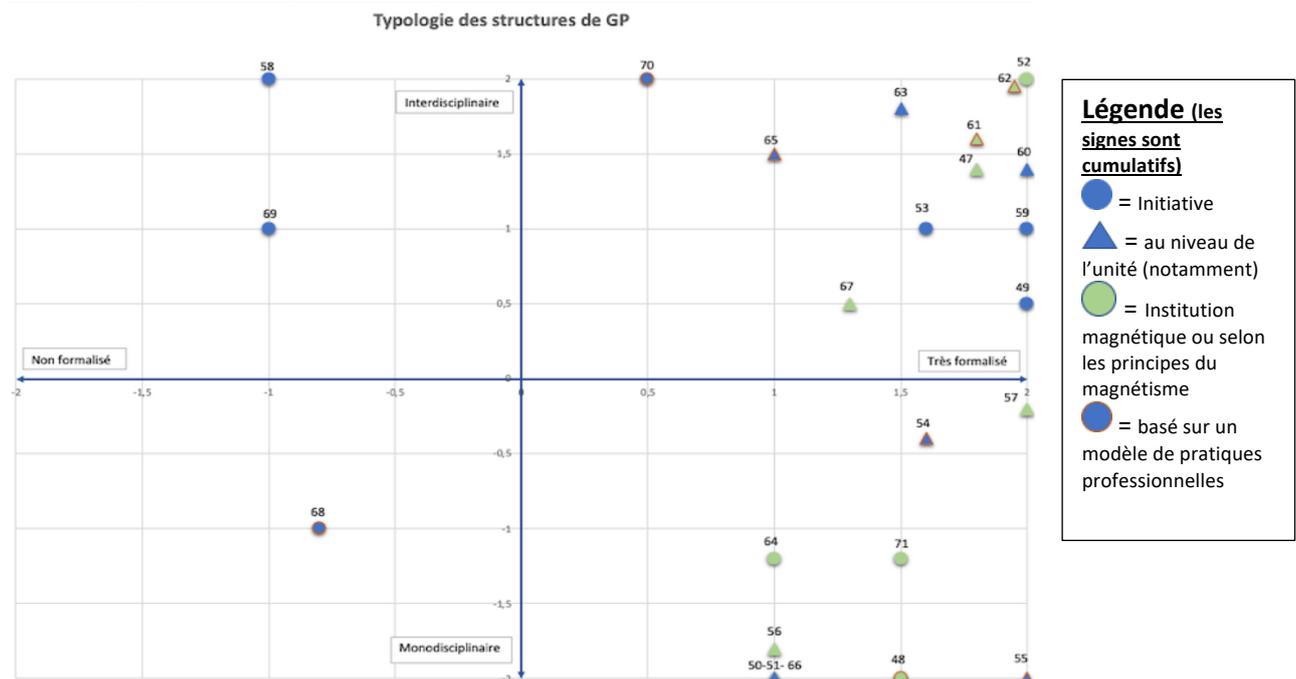


Figure 6 : Typologie des 25 initiatives étudiées

Nous avons choisi de créer notre typologie selon deux axes : du monodisciplinaire à l'interdisciplinaire, et du non formalisé au très formalisé. Cela permet de classer nos initiatives sur un continuum plutôt qu'en catégories aux limites claires. Concernant l'axe de la formalisation, la majorité des initiatives sont formalisées au sein de structures claires (47-57, 59-67, 71). Presque toutes les initiatives dont le niveau de formalisation est faible ou inexistant (+0,5 ou moins) sont des initiatives hors États-Unis (deux sont européennes (69, 70) et une canadienne (68)). En ce qui concerne l'axe monodisciplinaire/interdisciplinaire, la majorité des initiatives ont une tendance plus ou moins forte vers l'interdisciplinarité. Plusieurs ont des conseils interdisciplinaires (47, 49, 52, 53, 57, 59-63, 65, 67, 70) qui incluent pour certains tous les professionnels impliqués dans le domaine concerné (60, 62). La création de ce type de comité est encouragée dans plusieurs articles, afin de permettre à toute l'institution de prendre part aux décisions (52, 53, 57, 60, 62, 63). Ces comités peuvent aussi inclure des patients (70). Plusieurs initiatives se concentrent pourtant sur une seule profession, essentiellement sur la profession d'infirmière (48, 50, 51, 54-56, 64, 66, 71) sauf une qui est centrée sur le staff auxiliaire (57).

De plus, cette classification nous montre que certaines initiatives comprennent des conseils d'unité de soins (47, 50, 51, 54-57, 60-63, 65-67), aussi nommés les conseils du lieu des soins [Point of care] (60, 63). Ceux-ci n'excluent pas la présence d'autres types de conseils, plus larges (51, 54-57, 60, 61, 63, 66, 67). Cinq initiatives se déroulent au sein d'institutions « magnétiques » (47, 52, 56, 57, 67). Notons que d'autres sont implémentées selon les principes du magnétisme (48, 61, 64, 71) ou en cours de labellisation « magnétique » (62). Certaines initiatives utilisent un modèle de pratiques professionnelles (48, 54, 55, 61, 62, 65, 68, 70). Ce point sera approfondi dans la seconde partie de l'analyse. La construction de cette typologie est plus largement détaillée en annexe 3.

3.3.2. Analyse holistique et multidimensionnelle du concept de GP

Pour cette partie de notre analyse, nous avons cherché à trouver les dimensions et caractéristiques largement communes des différentes initiatives de GP étudiées. Pour réaliser cela, nous sommes basées sur un modèle mis en avant par F. Laloux. En effet, dans son ouvrage « Reinventing organizations, vers des communautés de travail inspirées » (7), ce dernier nous explique que pour atteindre un mode d'organisation « libéré », tel que nous l'avons abordé dans notre introduction, il est nécessaire de considérer l'entreprise de façon holistique. Il nous invite pour cela à analyser les modes de gouvernance selon le modèle de la Théorie Intégrale en quatre quadrants, développé par Ken Wilber. (72). L'auteur affirme en effet que ce modèle peut être appliqué à l'entreprise et permet de bien comprendre tous les enjeux liés au mode organisationnel des institutions selon deux axes. Pour lui, selon le premier axe, « il faut à la fois le considérer objectivement, du dehors (le tangible, le mesurable, la dimension extérieure) et le percevoir du dedans (la dimension immatérielle intérieure des pensées, des sentiments et des sensations) »⁵. Selon le deuxième axe, il nous propose de « le considérer isolément, dans sa dimension individuelle, mais aussi de l'intégrer dans son contexte général, qui lui donne sa dimension collective »⁶. Ce modèle permet dès lors, selon l'auteur, une compréhension globale du modèle organisationnel de l'institution, en se concentrant sur quatre quadrants définis au départ des deux axes

⁵ Laloux F. Reinventing Organizations : Vers des communautés de travail inspirées. Paris : Diateino; 2015, p.321

⁶ Ibid.

décrits : les mentalités et les opinions ; les comportements, la culture d'entreprise, les structures, les processus et pratiques.

Ce modèle en quatre quadrants étant spécifiquement décrit pour permettre l'analyse des modes de gouvernance et d'organisation, nous avons choisi de l'utiliser pour analyser les initiatives décrites dans nos articles. Cela nous permet d'aborder les thèmes que nous avons fait émerger de nos lectures, en envisageant toute la complexité liée au contexte des soins de santé. Pour chaque quadrant, nous nous sommes donc posé la question suivante : pour cette perspective, quelles sont les caractéristiques principales définissant la gouvernance participative au sein d'une institution hospitalière ?

Le résultat de notre analyse en quatre quadrants est décrit dans la figure 7.

	Intérieur	Extérieur
Individuel	<p>a) Opinions et mentalité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l' «empouvoirement», l'autonomie et le contrôle sur son travail en valorisant la responsabilité de chacun - Améliorer le développement et la reconnaissance professionnelle - Exprimer ses émotions 	<p>b) Comportements</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viser l'excellence professionnelle et une meilleure qualité des soins - Prioriser la formation, l'éducation et le coaching par les pairs - Améliorer les compétences managériales et de leadership - Mettre le patient et son entourage au centre des soins - Améliorer l'environnement de travail
Collectif	<p>c) Culture d'entreprise</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se concentrer sur la communication et la diffusion de l'information - Favoriser une collaboration interdisciplinaire, en toute confiance - Viser des institutions plus « magnétiques » - Valoriser une culture du changement 	<p>d) Structures, processus et pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser la structure - Envisager la GP comme un processus - Se baser sur un modèle - Redistribuer le pouvoir - Appuyer le rôle de la hiérarchie

Figure 7 : Analyse holistique de la GP selon le modèle des quatre quadrants décrit par F. Laloux

Les opinions et mentalités

Ce quadrant nous permet de faire ressortir ce qui définit les initiatives de GP au sein du milieu hospitalier en termes de valeurs individuelles, d'image de soi, d'engagement, de motivation. Dans cette optique, nous avons fait émerger plusieurs caractéristiques.

Tout d'abord, l'implémentation de la GP au sein d'une institution hospitalière nécessite de **renforcer l'«empouvoirement», l'autonomie et le contrôle sur son travail en valorisant la responsabilité de chacun** (47-52, 54-58, 60, 62-71). De nouvelles manières de penser son travail se développent (49), amenant une plus grande opportunité d'apporter du changement (54, 62, 63) et davantage de liberté et d'occasions de s'impliquer dans les décisions (57, 63, 68, 69, 71). Au niveau de la profession d'infirmière, cet «empouvoirement» est atteint grâce à une amélioration de l'image que ces professionnelles ont d'elles-mêmes (51) au vu de l'amélioration du positionnement et de la visibilité de leur

profession (48, 49, 71). Cela mène à une reprise de contrôle sur leur travail (49, 67) et à une capacité d'influence positive renforcée sur les autres professionnels (68). En parallèle de son autonomisation, le personnel de terrain est responsabilisé, autant pour les décisions prises que pour le travail effectué (47, 51, 54, 55, 57-70).

Afin d'implémenter la GP, il est aussi nécessaire d'**améliorer le développement et la reconnaissance professionnelle**. Ainsi, le personnel doit être reconnu et impliqué dans les prises de décision, leurs voix comptent pour implémenter le changement (49, 50, 64, 68). Leur participation est significative (47, 51, 54, 55, 57-71), et ils s'impliquent dans des domaines desquels ils étaient précédemment exclus (66). Les managers sont responsables, en collaboration avec la direction, du développement professionnel et de la qualité des soins (48). Leur rôle est déterminant pour permettre la rétention du personnel et sa satisfaction au travail (64, 71). Ils sont les garants du bon fonctionnement des équipes de terrain (69).

Plusieurs de nos articles abordent en outre l'importance de pouvoir **exprimer ses émotions** : dans l'implémentation de la GP; des sentiments tels que la reconnaissance, la fierté, la contribution (47) et la joie (71) peuvent être exprimés. La sécurité émotionnelle est importante (71) et permet aux personnes de se sentir incluses et valorisées (52, 55, 57, 58), mais aussi respectées et écoutées (58, 71). Le sentiment d'appartenance à l'institution est renforcé (58), il génère de la fierté (53), avec un sentiment plus important de pouvoir faire la différence (51, 62) et un plus grand sens au travail (67, 68, 70).

Plus concrètement, plusieurs voies sont évoquées dans nos articles afin de garantir cet « empouvoirement » et cette reconnaissance. Ainsi, une initiative (47) nous décrit la création d'une structure de GP centrée sur la qualité et la sécurité des soins infirmiers, dans une unité d'urgences. Cette structure a notamment permis la mise en place d'un partenariat entre les infirmières et le laboratoire afin de réaliser un monitoring mensuel des taux de contamination du sang et d'identifier des opportunités d'amélioration. Un processus de revue des causes racines de ces contaminations entre pairs a dès lors été mis en place, ce qui a permis une diminution des taux de sang contaminé. L'obtention de résultats a renforcé l'«empouvoirement» des infirmières, leur montrant qu'elles sont capables d'influencer la qualité des soins de leurs patients, mais aussi d'avoir un impact sur leurs collègues et sur les médecins. Par ailleurs, cette implémentation du changement soutenu par le staff de première ligne a permis le maintien de l'amélioration à long terme. Ce mécanisme montrant l'impact des premiers résultats sur l'«empouvoirement» est d'ailleurs décrit dans deux autres initiatives (50, 66) portant sur l'implémentation de la GP infirmière. Un autre article (48), portant sur le programme « Excellent Care » aux Pays-Bas, démontre une mise en valeur importante de la profession d'infirmière : un plan stratégique propre à la profession mais aligné au plan institutionnel a été développé en collaboration avec 80 infirmières. De plus, les procédures infirmières ont été intégrées dans le dossier informatisé et plusieurs trajets de carrière pour les infirmières ont été développés, avec, pour chacun, un profil de fonction associé. Les infirmières ont également été encouragées à prendre des rôles de leadership. Une autre initiative (71) décrit différentes interventions menées dans l'objectif de créer un environnement de travail positif et de renforcer la satisfaction infirmière. Parmi celles-ci, certaines visent spécifiquement à améliorer l'«empouvoirement» de ces professionnelles : création d'une page web sur les services infirmiers pour les promouvoir ; spécification et approbation hiérarchique des procédures infirmières ; publication de recherches infirmières dans le journal local ; planification d'activités destinées aux infirmières, en partenariat avec d'autres

hôpitaux ; etc. D'autres articles mentionnent l'utilisation de questionnaires en ligne afin de récolter et de prendre en compte les demandes et l'expertise de professionnels de terrain, ce qui permet un «empouvoirement» (55, 60). Dans plusieurs autres initiatives, l'«empouvoirement» du personnel de terrain est visé spécifiquement par la création de conseils de GP ou d'un rôle spécifique, impliquant les travailleurs de première ligne et leur donnant une voix pour que leur réalité soit prise en compte en fonction de leur contexte (49, 52, 53, 55, 57, 59, 61, 62, 65, 66, 67). Deux principes en particulier sont évoqués dans une initiative (63) menant à la création de conseils d'unité : d'abord, pour prendre la meilleure décision, il faut impliquer ceux qui vont la mettre en place. Ensuite, la majorité des décisions sur la pratique doivent être prises là où se donnent les soins. Une initiative insiste par ailleurs sur la création d'une GP interdisciplinaire afin de mieux impliquer le personnel de terrain (52), notamment par la création d'un comité de l'«empouvoirement» de l'unité de soins. En ce qui concerne la reconnaissance, un article (60) décrit une structure de GP bien établie dans l'institution, dans laquelle existe un comité de la reconnaissance. Pour améliorer cette reconnaissance, il insiste sur l'amélioration de la formation du personnel de terrain pour qu'il devienne expert en son domaine.

Les comportements

Ce quadrant permet de mettre en lumière les comportements observables, les compétences et les connaissances, les pratiques adoptées et les tâches effectuées, les performances atteintes et les outils utilisés. Nous pouvons y retrouver de nombreux éléments qui caractérisent nos initiatives de GP.

Pour commencer, il est important de **viser l'excellence professionnelle et la qualité des soins**. Les niveaux d'excellence, d'expertise professionnelle et de pratique sont renforcés (47-51, 56, 61, 67, 69) en incorporant les pratiques basées sur les preuves, dans la politique institutionnelle et les procédures (48, 50-52, 55, 57, 60, 61, 64, 65, 67, 68). Cela permet la mise en place, le maintien et la communication de standards de bonnes pratiques (48, 54, 61, 66) et l'amélioration des pratiques infirmières (60). Ces dernières sont harmonisées, ce qui facilite la rotation interservices des infirmières (49) et diminue les différences entre infirmières ayant des formations différentes (67). En outre, un système de récompense, honnête et attractif, peut être mis en place afin de promouvoir l'excellence (48, 50). Plusieurs articles insistent sur l'importance de valoriser les indicateurs infirmiers (notamment la satisfaction au travail, l'engagement ou encore l'environnement de travail) comme déterminants de la qualité des soins (47-49, 55, 61, 71). Les managers soutiennent en outre la culture sécurité (47, 52).

Ensuite, l'implémentation de la GP demande de **prioriser la formation, l'éducation** (52, 60, 61, 63, 65-67, 69-71) **et le coaching par les pairs** (47, 51). Plus les initiatives de formation et de coaching se multiplient, plus la participation se renforce (52).

Plusieurs auteurs insistent par ailleurs sur l'importance d'**améliorer les compétences managériales et de leadership**, notamment au sein de la profession d'infirmière (48, 50, 51, 54, 55, 58, 61, 63, 65, 67, 68, 71). En effet, le comportement et l'humeur des managers (notamment infirmiers) impactent les équipes de façon significative (51, 68, 71), particulièrement en termes d'engagement et de satisfaction au travail (64). Leur style de leadership doit être transformationnel (52, 55, 57, 61, 62, 66) équitable (57), honnête (65), évolutif (69) et il doit être soutenu à tous les niveaux (58). Le leadership peut être collaboratif ou partagé (51, 71). En tout cas, un changement de posture et de style vis-à-vis du management directif est nécessaire (66, 70, 71). Cela exige d'avoir une vision, de l'influence, des

connaissances cliniques et une expertise importante (61), et donc de former les managers afin d'acquérir ces compétences de leadership (62, 71). Les managers doivent en outre faire preuve d'autres compétences : honnêteté, compétences communicationnelles et relationnelles (65), confiance dans les collaborateurs et leur expertise (65, 68, 71). Ils doivent être sécurisants (69).

Les initiatives de GP décrites dans nos articles montrent également l'importance de **mettre le patient et son entourage au centre des soins** (47, 51, 60, 62, 68-71).

Pour finir, les managers se doivent d'**améliorer l'environnement de travail** afin qu'il soit propice à l'exercice de la GP (67, 71).

Plus concrètement, plusieurs voies sont évoquées afin de garantir l'excellence professionnelle, la formation et le renforcement des compétences managériales dans nos articles. Ainsi, l'initiative aux Pays-Bas décrite plus haut (48) insiste sur la formation des infirmières, notamment pour approfondir leur connaissance du magnétisme et du leadership, et pour développer leur capacité de répondre aux questions liées à leur pratique clinique, grâce aux pratiques basées sur les preuves. Une autre initiative (59) décrit la création d'un comité de GP dédié aux travailleurs de nuit. Celui-ci a permis d'identifier un challenge important des travailleurs de nuit : la formation adéquate. Afin d'améliorer cet aspect, le modèle « forme-le-formateur » a été utilisé : quelques membres du personnel de nuit ont suivi des formations afin de devenir experts d'un domaine particulier (infarctus, infection, etc.). Ils ont pu alors partager leurs connaissances avec le comité de nuit. Un article (70), décrivant l'implémentation de la GP au travers de la méthode Lean, dépeint, quant à lui, la formation comme un élément clé du succès. Les cadres de santé et autres professionnels sont ainsi formés à cette nouvelle méthode, à différents niveaux, en fonction de leur rôle. Ces formations, suivies par un grand nombre d'intervenants, permettent d'ailleurs de créer une culture commune. Dans certaines initiatives, l'une des missions des conseils de GP est de proposer des formations continues aux membres des conseils et au personnel de terrain, formations adaptées à leurs demandes. Celles-ci portent sur les pratiques et compétences cliniques, sur les compétences managériales ou sur la GP et ses principes (49, 52, 53, 62, 66). Par exemple, un article (64) décrit la création d'un club de lecture mensuel, organisé pour former les membres des comités au leadership et à la reconnaissance. Des formations conversationnelles sont aussi organisées pour améliorer les compétences en communication.

La culture d'entreprise

Ce quadrant se concentre sur les visions et valeurs partagées, sur les dynamiques de groupes, les échanges et relations ainsi que les habitudes et routines. Dans le cadre de notre analyse, il nous montre plusieurs caractéristiques essentielles de la GP.

D'abord, afin d'implémenter la GP, il est essentiel de **se concentrer sur la communication et la diffusion de l'information**. En effet, la communication est à améliorer dans toutes les directions et entre tous les professionnels, par différents moyens. L'information circule bien et de façon fluide (48, 49, 51-53, 58-60, 62-69, 71). La parole peut être déposée librement (49, 62, 70). Le dialogue avec la hiérarchie est amélioré et respectueux, ce qui permet une meilleure transmission des difficultés issues du terrain (49, 71). Cette amélioration permet aussi une meilleure vision de l'institution dans son ensemble et de ses enjeux, pour tous les travailleurs (49, 53). Pour tout cela, l'institution est soutenante et garantit le cadre (71).

Ensuite, il semble nécessaire de **favoriser une collaboration interdisciplinaire, en toute confiance**. Pour plusieurs auteurs, implémenter la GP nécessite l'implication et la participation de tous dans une optique démocratique (68, 69), en contraste avec les modes de gouvernance hiérarchiques classiques (62). Cela améliore la collaboration interdisciplinaire (49, 56, 58-61, 63, 65, 67, 69) et le travail d'équipe (50, 58, 69), notamment la collaboration infirmière/médecin (48). La collaboration est soutenue par les managers (60, 69, 70). La confiance, entre professionnels, entre le personnel de terrain et la hiérarchie, est renforcée (51, 58, 69, 71), avec un respect pour les compétences de chacun (58, 60-62, 69). Cela donne une voix à chaque corps professionnel (57) et renforce la compréhension mutuelle (47, 51, 52, 55, 59, 61, 62, 66, 68, 70). La gestion et la coordination des soins s'en trouvent améliorées (65, 70).

Notre analyse nous montre aussi la volonté de **viser des institutions plus « magnétiques »**, donc plus attractives, en changeant et en renforçant la culture institutionnelle (52, 53, 55, 65). Les institutions souhaitent remettre l'humain au centre des préoccupations (69, 70), rencontrer davantage les besoins des patients et de leur entourage (60, 68) et redonner du sens (66). Elles souhaitent également quitter l'inertie pour résoudre des problèmes (59, 62), avec le soutien des équipes (47, 50). Les managers permettent de créer une culture commune et une vision vers le changement de style de management (55, 70), afin d'implémenter la GP dans les pratiques quotidiennes (58) et d'assurer le succès et la pérennité de la démarche (59, 66). Les managers de tous niveaux doivent être des exemples et incarner les valeurs de la GP (52).

Plusieurs articles insistent enfin sur l'importance de **valoriser une culture du changement** ; le changement est vu positivement : le mode de décision participatif stimule les innovations (57) et l'acquisition de nouvelles connaissances. Les améliorations sont soutenues et les évolutions sont permanentes (61, 62) afin de trouver des solutions créatives (61, 65, 70), permettant une plus grande maturité de la GP (67). Dans cette optique, la recherche est encouragée (61). Le changement est néanmoins un défi. Le rôle des managers est dès lors essentiel : ils aident à absorber le choc du changement ; ils normalisent et reconnaissent les difficultés que cela peut engendrer, garantissent le maintien du cadre de travail, tout en poursuivant le changement jusqu'à ce qu'il devienne familier (68).

Plus concrètement, plusieurs voies sont évoquées dans nos articles afin de garantir une communication et une collaboration meilleures, et une culture institutionnelle plus magnétique valorisant le changement. Tout d'abord, pour une bonne circulation de l'information et de la culture institutionnelle, quatre initiatives décrivent le rôle d'ambassadeurs, recrutés au sein de chaque comité de GP (48, 52, 62, 65), et transmettant les informations à plusieurs collègues de façon systématique (62). Dans une autre initiative (49), portant sur le développement d'une structure particulière de GP impliquant professeurs d'université et infirmières au sein d'un hôpital universitaire, le travail des conseils de GP est rapporté dans un journal qui paraît plusieurs fois par an. Un article présentant les comités de GP pour les travailleurs de nuit (59) décrit quant à lui la diffusion des informations importantes lors des conseils de nuit, sur des tableaux accessibles et via des communications par e-mail. Ces informations peuvent aussi être transmises par des posters, par une présentation publique (62) ou par les réseaux sociaux (48). La communication des informations aux managers pour un relais vers les équipes est aussi décrite dans plusieurs initiatives (49, 52). Un article (69) insiste sur l'importance de la communication à double sens (du haut vers le bas et du bas vers le haut) dans le cadre du partenariat cadre de santé/médecin. Par ailleurs, une initiative (53) a pour objectif principal la diffusion des informations concernant l'accréditation

de l'institution, grâce à la création du rôle de « superutilisateur » de l'accréditation. La mission de ce dernier est d'une part d'amener les visions du terrain au niveau des comités, et d'autre part de rapporter les informations dans son unité, de la manière la plus adaptée en fonction de sa réalité.

La collaboration est également une caractéristique majeure de la GP. Ainsi, une initiative (58) décrit un projet d'amélioration de la qualité visant à augmenter le taux de satisfaction des patients. Pour cela, une ronde multidisciplinaire quotidienne est implémentée au sein d'une unité. Celle-ci permet la création d'une approche collaborative qui améliore la reconnaissance de l'expertise et du leadership de chaque profession. La collaboration peut également concerner un binôme cadre de santé/médecin, comme le décrit un article portant sur la convergence médico-soignante (69).

Afin de promouvoir une culture institutionnelle plus magnétique et valorisant le changement, une initiative (50), portant sur l'implémentation de conseils de GP au niveau de l'unité de soins, décrit de courtes sessions de formation sur les conseils de GP. Elles se déroulent lors des réunions mensuelles des équipes de terrain et permettent de promouvoir la GP au niveau de l'unité. Un autre article (52) décrit la création d'un comité de la culture institutionnelle visant à la renforcer. Une initiative (62) décrit en outre l'implémentation de la GP et d'un modèle de pratiques professionnelles dans une institution, où la création d'une vision commune de la culture du soin est essentielle. Elle s'est faite par la tenue de séances d'informations permettant à chaque professionnel de décrire sa propre perception de « l'expérience patient » parfaite, suivie d'une mise en commun. Un autre article (67) insiste sur l'importance d'instaurer la célébration des succès pour renforcer la culture magnétique.

Les structures, processus et pratiques

Ce quadrant fait référence au cadre légal, aux structures et processus, aux rôles attribués, aux fonctions. Dans notre analyse des différentes initiatives de GP, les éléments de structure et de processus sont des thèmes importants qui ressortent.

Comme nous l'avons vu dans notre typologie, la grande majorité des initiatives étudiées encouragent à **formaliser la structure** lors de l'implémentation de la GP, de façon interdisciplinaire ou non. Cela permet de se centrer sur le projet et d'utiliser les ressources disponibles (52). Concrètement, ces structures se déclinent en différents conseils et comités, avec de nombreuses variations. L'organisation et les structures exactes de chaque institution ne sont pas décrites précisément dans tous les articles, ce qui ne permet pas une comparaison exhaustive. Plusieurs articles insistent pourtant sur la nécessité de comparer les différentes structures et leur impact (50, 54, 56, 62, 66). La composition, la présidence et les modalités de réunion (compte rendu, facilitation, mode de décision) et de prise de décision varient d'une initiative à l'autre, en s'adaptant au contexte (49). Certaines permettent une participation des managers (54, 55, 58-61, 63, 65-67), tandis que d'autres ne le prévoient pas ou alors de façon ciblée (50, 52, 62). Dans la majorité des cas, les managers sont exclus des fonctions de présidence des conseils (49-52, 54, 60, 62, 65), mais pas toujours (51). Dans une initiative, la présidence est assurée par d'autres personnes détenant un capital symbolique important (49). Le nombre de conseils (hors conseils d'unité) est très variable; quand les informations sont disponibles dans l'article, cela varie de 3 à 10. Ce nombre évolue dans le temps. Tous ces conseils ont accès aux informations et aux ressources nécessaires à l'exercice de leur mission (52). Plusieurs types d'organes peuvent exister au sein des structures, et ils peuvent se superposer les uns aux autres :

- Les conseils au niveau de l'unité de soins (cf. supra) qui permettent une prise de décision par le personnel de soins directement en lien avec les patients concernés (50).
- Les conseils ou comités thématiques : ils se réunissent autour de sujets variés tels que la qualité et la sécurité des soins (47, 52, 54, 57, 61), l'éducation et la formation (52, 54, 60), la culture institutionnelle (52), les pratiques basées sur les preuves (47, 51, 52, 57, 61), l'expérience « patient » (57), le lien avec la communauté (57), la collaboration interprofessionnelle (61), la rétention et la reconnaissance (64), la coordination (54, 60, 61) ou encore le pilotage (54, 55, 70). Certains conseils représentent certaines catégories en particulier, comme les travailleurs de nuit (54, 59) ou encore le staff auxiliaire (57). Certaines structures permettent de soutenir spécifiquement le leadership : par exemple, le conseil du leadership infirmier ou le conseil de coordination (61).
- Les conseils sont différenciés selon leur niveau hiérarchique de décision (60, 63). Ceux-ci impliquent chacun des acteurs différents, allant du niveau des soins aux patients jusqu'au niveau hiérarchique le plus haut, le type de décision prise n'étant pas le même.

Par ailleurs, plusieurs articles insistent sur l'importance d'**envisager la GP comme un processus** en perpétuelle évolution, voire comme un périple ou un parcours (51, 60-62). Cela permet de tendre vers l'amélioration continue des processus et vers une meilleure qualité des soins (66). La quasi-totalité de nos articles aborde le processus de mise en place et de fonctionnement de la GP, avec plus ou moins de détails. La description des étapes de ce processus sera réalisée dans la troisième partie de notre analyse, grâce au cycle de l'amélioration continue.

En troisième lieu, certaines initiatives étudiées recommandent de **se baser sur un modèle** de pratiques professionnelles (48, 54, 56, 61, 62, 65, 68, 70) pour l'implémentation ou la mise en pratique de la GP. Celui-ci doit être en accord avec les valeurs et la culture institutionnelle (55). Ainsi, plus concrètement, certaines institutions ont implémenté un modèle de pratiques professionnelles basées sur les principes du magnétisme, dont la GP, afin d'améliorer l'environnement de travail (48). D'autres ont implémenté une GP interprofessionnelle et un modèle de soins basés sur la relation, avec une attention particulière au focus sur le patient, mais aussi aux relations entre collègues (62, 65). Certains ont changé de paradigme en modifiant leur modèle de pratique professionnelle, grâce à la GP (61). D'autres encore voient le Lean (68, 70) ou l'agilité (69) comme un modèle impliquant la GP. Le Lean management est une méthodologie, mais aussi une nouvelle manière de penser, née dans les années 1960, centrée sur deux axes principaux : l'élimination, par des outils précis, des actions et activités qui n'apportent pas de valeur ajoutée, et le management participatif, qui nécessite une implication importante et le développement des compétences du personnel (68, 70). Le Lean est connu pour ses dérives, lorsque l'utilisation des outils préconisés est faite sans respecter le deuxième axe de la participation (70). L'utilisation d'un modèle permet de fournir une structure à la prise de décision partagée (63). Ces modèles sont basés sur des théories validées, comme celle de l'attention à l'humain de Watson (62). Certains auteurs définissent par contre la GP elle-même comme un modèle de pratiques professionnelles, fondé sur l'«empouvoirement», l'équité, le partenariat et la responsabilité (58, 60, 67).

Ensuite, implémenter la GP nécessite de **redistribuer le pouvoir**. Ce dernier est défini dans nos articles comme la possibilité de définir les valeurs, les normes et les actions. Le partage des informations favorise son acquisition (68). Pour permettre une collaboration efficace entre tous les professionnels, la

décentralisation du pouvoir est essentielle (51, 54, 62, 65, 68, 69, 71). La décision concernant le terrain est prise à leur niveau (62, 63, 65, 69) et de façon partagée (68). Dans ce cadre, les managers peuvent aider à réduire les différences de pouvoirs entre les groupes professionnels (68, 70).

Pour terminer, tous nos articles insistent sur l'importance d'**appuyer le rôle de la hiérarchie**. Ainsi, dans les institutions décrites, les managers et la direction sont largement à l'origine des initiatives de GP (50-55, 57-59, 61-66, 68-71) sans pour autant y participer ou en contrôler toutes les étapes (55, 60, 62). La collaboration avec toutes les instances décisionnelles de l'hôpital, ou plus larges, est vue comme importante (62, 65, 70). En effet, le rôle du manager, autant de première ligne qu'aux niveaux hiérarchiques plus élevés (52, 58, 59, 62-65, 67, 69, 70), est souligné comme indispensable dans le cadre de l'implémentation et du maintien de la GP (49-51, 55, 57-59, 61-65, 67, 69, 70). Les managers et la hiérarchie créent une culture commune et une vision vers le changement de style de management (55, 62, 70), afin d'implémenter la GP dans les pratiques quotidiennes (58) et d'assurer le succès et la pérennité de la démarche (59, 66). Ils garantissent un environnement de travail adapté (71). Ils incarnent les valeurs de la GP (52, 71) et permettent ainsi la motivation et la participation de toutes les parties prenantes (51, 55, 63, 68). Les managers sont en outre des facilitateurs du processus (50-52, 55, 63, 67), afin de garantir la communication et la collaboration (51, 58, 66, 68). Ils supportent (49, 52, 54, 57-59, 62, 63, 65-68), accompagnent, coachent, forment et valorisent le personnel de terrain afin de lui redonner du pouvoir (50-52, 55, 57-59, 62, 63, 65-67) et de l'encourager à davantage d'autonomie (51, 63, 65). Ils soutiennent une pratique basée sur les preuves et des soins de qualité (52) et fournissent des outils de travail (50). Ils rappellent également les limites de la zone de pouvoir de chacun (49). Leur soutien doit être solide et visible (65), leur accessibilité est essentielle (71). Ils doivent garantir la bonne formation du personnel de terrain aux nouveaux modes de prise de décision et aux compétences cliniques et de leadership (50, 60, 63, 65, 67). Ils s'assurent aussi de l'octroi d'un temps suffisant, planifié hors des soins et rémunéré, pour que le personnel de terrain puisse participer aux réunions ou conseils de GP (50, 55, 63, 65, 67, 68). Ils peuvent également partager leur expérience et leur expertise afin de conseiller et de nourrir les prises de décision (62, 65, 67) ou d'identifier les zones d'amélioration possible (66). Dans certaines initiatives décrites, ils laissent toutefois, le personnel de terrain résoudre les problèmes auxquels il est confronté (51, 65). Par ailleurs, les managers permettent aux employés de prendre de la hauteur pour comprendre l'implication organisationnelle des décisions prises en GP (65). Ils s'assurent de la compatibilité des décisions prises avec les prescrits légaux ou institutionnels (49, 66), et vérifient qu'il n'y a pas d'initiatives redondantes dans les différentes structures (50). Notons que certains articles affirment que la GP peut aller jusqu'à l'autogouvernance (50, 51), alors que d'autres réfutent cette affirmation, appuyant sur la nécessité des managers, dans un leadership fort et soutenant (61, 62, 71). Des pistes concrètes concernant la hiérarchie sont évoquées, notamment le renforcement de l'accessibilité des managers par une augmentation du nombre de personnes disponibles, par des visites régulières sur le terrain ou par la définition de plages horaires dédiées au terrain, par exemple (71). Le dialogue ouvert et cadré est encouragé (64).

3.3.3. Les impacts des initiatives de GP

Plusieurs de nos articles abordent les impacts attendus et réalisés des initiatives de GP. Ceux-ci peuvent souvent se lire en miroir des dimensions abordées dans la théorie des quatre quadrants.

Tout d'abord, **l'environnement de travail** est décrit comme plus sain, amélioré et favorable (47-50, 54, 56, 61, 63, 64, 66, 69, 71), notamment une meilleure ambiance de travail (59, 65) et une amélioration de la qualité de vie au travail (69). Un article a d'ailleurs pour objectif principal l'amélioration de l'environnement de travail, la GP étant vue comme un moyen de l'atteindre (71).

Ensuite, la **motivation au travail** (50, 51, 55, 63, 67, 70, 71) et **l'engagement professionnel** (48-50, 54, 57-59, 62, 64, 66, 68) sont renforcés au travers du processus collaboratif (47, 49, 50, 52-54, 56-58, 61, 62, 65, 66, 68, 69, 71), de l'autonomie et de la reconnaissance (47-58, 60, 62-71). De cette collaboration, au niveau de l'unité ou de l'institution dans son ensemble, naît une vraie intelligence collective (69). La **communication** s'en voit améliorée (48, 49, 51-53, 58-60, 62-69, 71). Ces améliorations peuvent être mises en lien avec l'augmentation constatée de **la satisfaction au travail** (47-52, 55-59, 61-68, 71), de même que le bien-être au travail (51), autant pour le personnel de terrain que pour les managers (51, 71), qui s'engagent davantage (64, 70).

Par ailleurs, plusieurs auteurs rapportent une **amélioration de l'efficience** (50, 62, 68, 69, 71) **et de la performance** (58, 71) au travail. Par exemple, les prises de décision affectant le personnel et les patients sont plus rapides (58, 60), documentées et informées (49). Elles répondent mieux aux besoins du terrain (59) grâce à l'implication de toutes les personnes concernées et expertes (58). Cela permet d'augmenter le temps infirmier passé à faire des activités à valeur ajoutée (50) et de mieux coordonner les temps médicaux et non médicaux (69).

L'implémentation de la GP a également un **impact important sur les coûts** (50, 52, 53, 61, 65, 66, 68, 70), qui peut être considéré comme positif (50, 52, 53, 61, 65) malgré l'investissement que cela représente (53). Certains articles considèrent que c'est un investissement peu coûteux (57). Aucun de nos articles ne présente cependant une analyse économique détaillée de la GP.

Les initiatives décrivent en outre **le développement de davantage de compétences et connaissances** (49, 61, 67), notamment cliniques (47, 48, 54, 56, 61, 68). La plupart des initiatives décrites insistent sur **l'impact en termes de qualité des soins** (47-58, 61-63, 65-69, 71), qui influence non seulement les patients, mais également le personnel et les coûts (47, 49). Cet impact est dans certains cas l'objectif principal de l'implémentation de ce nouveau mode de management (47, 51, 54). Ainsi, plusieurs auteurs constatent ou souhaitent une amélioration des mesures de certains indicateurs de qualité pour les patients (47, 49-54, 56-58, 60-63, 65, 67-69), comme le niveau de contamination du sang (47), les chutes (52), les erreurs d'identité-vigilance (56), la diminution de la durée de séjour (62, 68), la sécurité du patient (53, 56, 59, 61, 62, 64), l'équité dans les soins (62, 68) ou encore la satisfaction des patients (50, 51, 54, 56-59, 61, 62, 64, 65, 68, 71). Ils remarquent aussi une amélioration de la perception de la qualité des soins (48).

Par conséquent, **l'image des établissements est améliorée** (49, 67). On constate également une amélioration du fonctionnement institutionnel (49, 50, 53, 58, 70), notamment des réorganisations du travail (68) et le succès de plusieurs projets institutionnels (50). Le sentiment de communauté est renforcé (49, 52) de même que la cohérence au sein de l'institution (55). Cela crée des **institutions plus**

« magnétiques » (48, 49, 71), avec une diminution du turn over dans différents corps professionnels (57, 61, 62, 65, 71) et une amélioration du recrutement (61). Au niveau infirmier, une amélioration de la rétention dans les institutions de soins est constatée (49, 52, 55, 64-66, 71). Certaines institutions adoptent ce mode de management spécifiquement pour obtenir la désignation Magnet® (62). Par ailleurs, par effet « boule de neige », ces initiatives de GP ont valeur d'exemple pour d'autres services (57, 62) ou institutions (60).

Pour terminer, ces initiatives de GP mènent à la possibilité de **mener des changements importants** qui n'auraient pas été possibles avec un mode de management autoritaire (54).

3.3.4. Guide d'implémentation des initiatives de GP selon le modèle de l'amélioration continue

Pour la quatrième partie de notre analyse, nous nous sommes basée sur la roue de Deming, qui permet de comprendre la démarche de l'amélioration continue, comme nous l'avons abordée dans notre introduction (42). En effet, au cours de nos lectures, nous avons pu faire émerger l'idée que l'implémentation de la GP au sein d'une institution est une démarche vers l'amélioration de la qualité des soins. Celle-ci est vue comme un cycle qui commence par la planification, se poursuit par l'implémentation, est suivi par un monitoring et une évaluation afin de permettre des améliorations ultérieures. Des facteurs obstructifs et des recommandations émergent pour chacune des étapes. Tout cela s'intègre dans un contexte institutionnel particulier, qui lui-même s'insère dans un contexte global des soins de santé. Ce dernier varie selon les pays. Comme nous l'avons vu, la majorité des initiatives se déroulent aux États-Unis, alors qu'une seule a lieu au Canada et les autres en Europe (cf. supra). Les différences entre ces pays sont à considérer, notamment en matière d'organisation des systèmes de santé dans chacun des pays concernés. Néanmoins, certaines problématiques transcendent les frontières. Ce sont celles-ci que nous allons analyser plus en détail.

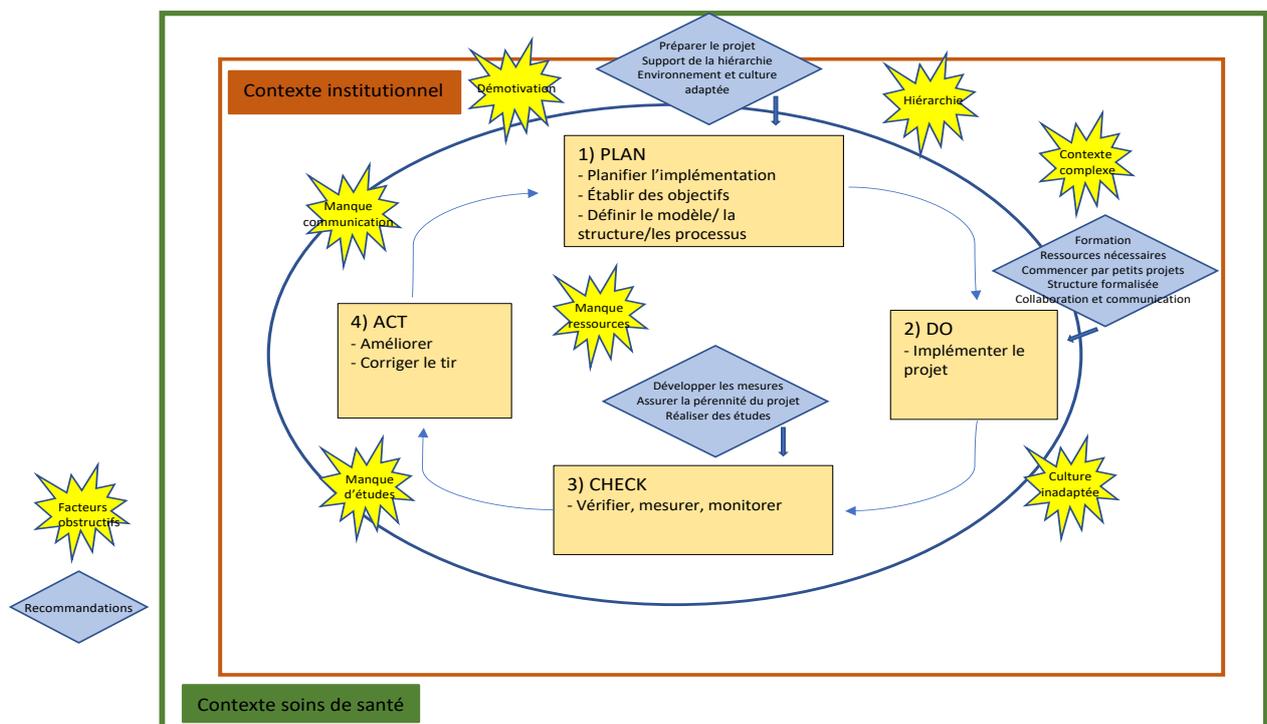


Figure 8 : Implémentation d'une initiative de GP selon le modèle de l'amélioration continue

Le contexte des soins de santé

Plusieurs de nos articles ont intégré leurs initiatives de GP dans les défis et challenges liés au contexte actuel des soins de santé. Ce contexte a changé à travers le temps, en parallèle avec des changements sociétaux. Il est d'une haute complexité, au cœur de tensions sociales, sanitaires, budgétaires et économiques (58, 69, 70). Il nécessite des améliorations (62, 71) et des adaptations vers une plus grande performance (69).

Le rôle des leaders dans les soins de santé s'est accentué, avec une importance grandissante de l'«empouvoirement», du leadership et des modes de décision participatifs. Ceux-ci remplacent peu à peu les modes de management directifs (51, 58, 67) et traditionnellement hiérarchiques (62, 66). Ces modes de management ne répondent plus aux besoins actuels des managers, des équipes et des patients et génèrent de l'insatisfaction au sein du personnel (68).

Plusieurs articles mettent en outre l'accent sur la profession d'infirmière. Ainsi, le rôle de cette dernière, reconnu comme décisif en termes de qualité des soins (64), évolue également dans ce contexte mouvant et complexe (48, 64), afin de fournir des soins de qualité, centrés sur le patient et basés sur les preuves (54). Dans ce cadre, plusieurs défis et difficultés se présentent pour la profession; il est important de les considérer :

- La pénurie globale d'infirmières (48, 70, 71), l'absentéisme et le présentéisme (70) et un turn over important (58). Ce dernier est lié à un manque d'engagement des infirmières et à une faible satisfaction au travail, sans prise de conscience des difficultés par la hiérarchie (66, 71). Il est à l'origine d'un manque d'infirmières formées et compétentes, au chevet du patient et dans la collaboration interdisciplinaire (48, 68, 71), ce qui impacte la qualité des soins et l'efficacité (66, 68). De plus, cela a un coût important pour les institutions de soins (64, 66), notamment pour les frais de personnel intérimaire, de recrutement et d'heures supplémentaires pour le personnel qui reste (66).
- La lourde charge de travail et les nombreuses exigences maintenues sur les infirmières (48, 71), avec un matériel pas toujours adapté (71).
- Le degré faible d'autonomie (48) et d'«empouvoirement» (62). Les infirmières participent peu ou pas aux décisions stratégiques, voire aux décisions qui concernent directement leur travail clinique (48, 66). Elles subissent ainsi des décisions venant de l'autorité, sans être consultées (50), ou sans que leur avis soit pris en compte (66). La communication institutionnelle est peu performante (71).
- Un manque de vision globale de l'organisation hospitalière, le focus étant mis sur le travail dans sa propre unité de soins (50).
- Le manque de reconnaissance de leur travail et de leurs compétences (49).
- Un travail différent en fonction des shifts (journée/nuit), qui n'est pas pris en compte dans l'organisation du travail (59).
- Le travail dans un contexte économique compliqué, qui les amène à subir des décisions davantage basées sur les coûts que sur la valeur ajoutée de leur travail, avec un focus insuffisant sur le patient (48).

Il devient donc essentiel d'investir dans la profession d'infirmière, afin d'avoir davantage de main-d'œuvre formée et qualifiée pour garantir une bonne qualité des soins (48). La rétention des infirmières (surtout les plus qualifiées et expérimentées) et la réduction du turn over sont dès lors un défi important (64, 71). Les infirmières recherchent un meilleur équilibre vie privée/vie professionnelle; davantage d'«empouvoirement» et de marge de décision, moins de stress et plus d'opportunités (66). Elles souhaitent un travail plus satisfaisant (71). La réorganisation du travail au sein de l'hôpital (69) est donc fondamentale, tout en gardant au centre ce qui fait sens pour le métier de soignant : le patient (70).

Le contexte institutionnel

Au-delà du contexte global, le contexte particulier de chaque institution joue un rôle dans l'implémentation des initiatives de GP. Ainsi, les institutions qui promeuvent le succès de la GP sont décrites comme celles qui soutiennent les caractéristiques de la GP, telles que nous les avons mises en avant dans notre analyse en quatre quadrants.

Les facteurs obstructifs

Notre analyse a pu mettre en lumière un certain nombre de facteurs obstructifs et de difficultés lors de l'implémentation d'une initiative de GP. Notons toutefois qu'une seule des 25 initiatives étudiées dresse un bilan plutôt négatif au vu des nombreuses difficultés rencontrées, même si, dans cette initiative en particulier, l'espoir pour l'avenir subsiste (68).

- 1) Le contexte hospitalier actuel et la rareté des ressources disponibles (budget, temps, personnel) peuvent rendre difficile pour la hiérarchie de quitter sa perspective, essentiellement centrée sur les coûts et les difficultés organisationnelles, au lieu de se centrer sur les soins de qualité pour les patients et le personnel (51, 68, 70, 71)
- 2) Le fonctionnement hiérarchique et très centralisé est difficile à déconstruire et à abandonner (58, 61, 67, 68), surtout dans certains domaines (budget, gestion du personnel) (67, 68). Le changement est difficile et entraîne des résistances (62, 68, 70), en particulier chez les personnes les plus âgées (68). De plus, la hiérarchie peut avoir peur d'une perte de pouvoir (50, 51); les managers doivent en effet être capables d'abandonner leur rôle traditionnel de chef (51, 66-68) et leur zone d'influence (63). Le style et les comportements de leadership peuvent ainsi être inadaptés à la démarche (50, 65). En conséquence, la zone de pouvoir des prises de décision peut rester très restreinte et décourageante (51, 63) et il peut y avoir une impression d'absence de plus-value ou de réelle marge de manœuvre dans la GP (62, 63, 65, 66, 68). La confiance même du personnel de terrain et de la hiérarchie peut être faible dans ce nouveau mode de fonctionnement, qui peut faire l'objet de fausses croyances (62, 68). La collaboration et la relation entre hiérarchie et personnel de terrain peut s'en trouver affectée négativement (68).
- 3) Le manque de ressources essentielles pour implémenter et maintenir la GP est un frein :
 - Le manque de temps (49-51, 54, 60, 62, 66) et la difficulté de trouver un moment où toutes les personnes concernées, quels que soient leurs horaires, puissent être présentes régulièrement (54). Le temps nécessaire, pour prendre la décision à travers le processus de GP (60) et pour implémenter le changement (66), peut être perçu comme trop important et être démotivant (50). En effet, les changements et l'implémentation peuvent être lents (61, 62, 67, 68, 70).

- Le manque de budget (51) et la peur d'investir sans certitude de résultat financier (53, 65), surtout dans les petites structures où les ressources sont moins nombreuses (61).
 - Le manque de personnel au chevet du patient, qui rend impossible la participation aux conseils (50, 51)
 - Le manque de formation autour de ces processus complexes (58, 59).
- 4) Une mauvaise circulation de l'information est possible (59), surtout lorsque le volume de personnel est important (60). La communication et le partage d'informations sur toute la durée du processus peuvent se révéler difficiles, manquants, et entraîner des incompréhensions (68,71). Les difficultés de communication entre collègues (49), entre générations (51, 58) ou entre le personnel de terrain et la hiérarchie (50, 51, 62, 66, 68, 71) sont fréquentes. Le manque de clarté sur les rôles et responsabilités de chacun (65,68) peut aussi entraîner de mauvaises compréhensions mutuelles (68). En outre, le changement de répartition du pouvoir peut mener au conflit (68). La relation infirmière/médecin n'est d'ailleurs pas facilement améliorable vers plus de collaboration (65,71). Enfin, il peut être difficile pour le personnel de terrain de prendre conscience des enjeux institutionnels qui dépassent le niveau de son unité (67,68).
- 5) Un basculement vers un mode de gouvernance participatif implique non seulement des changements de structures et de processus, mais aussi un changement de comportement et de culture, et ce pour toutes les disciplines (47, 51, 53, 60, 61, 63-65, 67- 69). C'est un long processus qui transforme le mode de prise de décision, les relations, les interactions, les structures et les rôles de chacun. Le changement est donc vu comme un challenge (51, 68), voire une difficulté (62) ou un facteur de stress et de découragement (51), autant pour le terrain que pour la hiérarchie (51, 68). Il peut occasionner des résistances (68), ce qui rend difficile l'implémentation totale de ce nouveau modèle (65). Un défi important consiste à maintenir le changement à travers le temps (47); cela nécessite une attention permanente, un «empouvoirement» du personnel (47, 62) à devenir des agents du changement (54, 62) et un coaching par les pairs (47).
- 6) Un manque d'intérêt et de motivation pour la GP peut apparaître, lié à un manque de connaissances et de compréhension (49, 51, 58, 62, 63), à un manque de résultats obtenus ou à une surcharge administrative (50). Le mode de décision participatif ne veut pas forcément dire que chaque personne est d'accord avec la décision prise ou que chacun est consulté pour chaque décision, ce qui peut être difficile à comprendre (58, 68). L'implication et la prise de responsabilité de tous, en particulier du personnel de nuit, est difficile à atteindre, surtout lorsque l'implémentation vient de la hiérarchie (51, 53, 63, 67), et lorsque les responsabilités du personnel de terrain ne concernent pas directement les soins aux patients (51).
- 7) Les études sur le sujet sont difficiles, ce qui complique l'évaluation et le monitoring. En effet, atteindre une puissance statistique suffisante peut être ardu dans ce domaine (56, 61, 66), ce qui rend les conclusions, notamment en termes d'impact, compliquées à confirmer. De surcroît, on manque d'études sur le sujet et donc de preuves sur les résultats de la démarche (57, 63), et les conclusions des études existantes sont parfois contradictoires (63).

Les recommandations pour une implémentation réussie

Dans nos articles, un certain nombre de recommandations sont énoncées afin d'aider à rassembler les conditions et ressources nécessaires à l'implémentation de la GP dans d'autres structures et contextes. Elles peuvent se lire en miroir des difficultés précitées et sont en lien avec les caractéristiques mises en lumière dans le modèle des quatre quadrants de K. Wilber. Leur mise en place est un facteur favorisant la réussite de l'initiative. Nous les avons structurées selon les étapes du cycle de l'amélioration.

A) Au niveau de la planification (PLAN)

1) Planifier et préparer le projet de GP avant son implémentation (58).

Pour cela, certains auteurs affirment qu'il est nécessaire d'identifier les problèmes et les barrières ou les sources de conflit afin de mieux pouvoir les contrer et les gérer (51, 65, 68, 71). Ainsi, l'implémentation d'un modèle de GP devrait toujours être précédée d'une revue de littérature ou d'une étude de faisabilité avec une sollicitation d'expertise sur le domaine concerné (47, 48, 50, 51, 56-60, 63-65, 67, 70). Cela permet l'identification des freins et des opportunités (57). L'identification et la planification des améliorations possibles au niveau institutionnel se font soit par la hiérarchie (62, 68), soit par les structures préexistantes de GP (53, 55, 57-60, 64, 66, 67, 69, 70) en fonction des problématiques identifiées (60).

2) Obtenir le support et l'adhésion de la hiérarchie et de l'institution (48- 51, 57, 58, 62-64, 68-71), qui fait preuve de résilience (62-65, 69, 70) et veut collaborer (50, 66, 69).

Comme nous l'avons vu, le rôle de la hiérarchie est décrit comme essentiel dans le succès des initiatives (49-51,55,57-59,61-65,67,69-71). Plusieurs auteurs affirment que l'effort de GP doit être partagé entre managers, gestionnaires et le terrain (49,51,58,68). Les managers doivent ainsi observer à distance et permettre aux initiatives de changements et de projets d'émerger (50), en fonction des besoins du personnel et des patients (57,68) tout en assurant la continuité des soins (62,63). En effet, certains auteurs affirment que le changement est mieux implémenté lorsqu'il vient du terrain et non de la hiérarchie (47).

3) Créer un environnement de travail (48, 71) et une culture qui permettent à chacun de s'engager dans la GP (60, 63) de façon optimiste (62, 68) et avec confiance (69, 71).

Pour cela, plusieurs auteurs montrent la nécessité de développer des stratégies pour améliorer l'environnement de travail (48, 71) : en prévoyant préalablement de l'évaluer afin d'avoir les perceptions des équipes de terrain (48) ; en utilisant par exemple un modèle de pratiques professionnelles basé sur les principes du magnétisme (48, 71) ; en récompensant les compétences cliniques et les formations professionnelles (48) ; ou encore en développant des méthodes de travail efficaces (49, 68). De plus, l'intégration de ce nouveau mode de gouvernance dans la culture, la vision et la stratégie institutionnelle et ses contraintes est décrite comme une étape clé (48, 51, 57, 62, 64, 70).

B) Au niveau de l'implémentation (DO)

1. Mettre un focus sur la formation de toutes les disciplines (48-55, 57-60, 62-66, 68, 70, 71).

Plusieurs articles décrivent une formation axée sur les structures et processus de GP, les outils ou encore les compétences en leadership. Elle peut aussi être faite par les pairs ou sous forme de mentorat (51). Cette étape, bien que préalable, devrait se poursuivre tout au long du processus (60). Elle permet la naissance de références communes (63).

2. Avoir les ressources nécessaires et utiliser toutes celles qui sont disponibles (53, 68, 71) :

- Du temps (48, 53, 55, 57, 61, 62, 65). Il devrait être disponible pour le personnel en étant planifié par la hiérarchie (53, 62) et rémunéré. Cela permet d'assurer la formation (65, 70), la préparation (63), et la participation de tous (55,57,63,70). En outre, il faut du temps pour l'adoption du nouveau mode de gouvernance, et 2 à 5 ans sont nécessaires avant de voir les premières améliorations (61, 70).
- Du budget (48, 61).
- Du personnel en suffisance pour continuer à assurer les soins aux patients (53, 62).
- Des compétences (48) et des connaissances, via par exemple le recours à la littérature, à des experts ou à des outils (57).
- Du support (48-51, 58).

3. Commencer par de petits projets (51, 62, 65, 67) ou par une profession en particulier (48, 52)

Pour différents auteurs, il est important de se concentrer sur les projets qui ont du sens (65), là où se trouve la motivation (59, 62, 66, 69) et sans attendre des conditions parfaites (62). Ces projets ont de plus grandes chances de succès, ce qui augmentera la motivation et l'engagement du personnel (46, 50, 67). Ils peuvent alors permettre de renforcer les structures de GP (67), avant d'élargir l'implémentation par vagues successives (59, 62). Un article nous encourage à être vigilant à ne pas forcer le changement culturel (55), tandis que d'autres nous amènent plutôt à envisager la possibilité d'une transformation profonde des modes de fonctionnement institutionnels et personnels (61, 70). Pour cela, l'intégration et l'alignement de la GP dans le plan stratégique de l'institution (62, 68) sont décrits comme essentiels.

4. Prévoir une structure formalisée (49, 52, 54, 57-60, 62, 64, 70).

Selon la majorité de nos articles, les structures, les rôles et les modalités de prises de décision devraient être clairement définis (52,54,57-60,62,64,70,71), et ils varient selon l'institution, ses valeurs et sa culture (55) ainsi que selon le contexte (49, 59). La création de ces structures peut se faire de façon participative (57) et nécessite des ressources (temps et personnel) (52,53). Les structures formées devraient planifier l'implémentation et formuler la vision, la mission et les objectifs (54,57,64) et mettre en place des lignes directrices et des outils (57,59,64,70). Les processus essentiels, garantis par les structures de GP, sont décrits comme étant les prises de décision partagées entre managers et personnel de terrain (51,58,63,71), ainsi que le partage des responsabilités de la gestion des pratiques professionnelles (67). Il peut s'agir de conseils, de comités, de conseils d'unité, de clubs de lecture (49,58,62) ou d'un modèle de soins (61,67). Ces conseils et comités devraient être rendus visibles dans l'institution (49). Ils devraient permettre la représentation de toutes les professions et de tous les horaires concernés par le conseil (50,57,64). Pour la majorité des auteurs, les positions de leadership au sein des structures de GP ne devraient pas être données à des managers, mais à des infirmières (49) ou à des membres de l'équipe de terrain (50,52). Elles devraient être tournantes (50,52) et peuvent être collaboratives (51).

5. Encourager l'implication (52, 55, 66), la représentation (57, 64, 66), la participation (57, 65) et la collaboration des différentes professions impliquées (49, 51, 56, 62, 66), quels que soient leurs horaires (62, 65, 71).

Cela peut passer par des récompenses ou de la reconnaissance (50) et par le soutien des pairs (50, 71). Pour certains auteurs, il est ainsi essentiel de promouvoir l'interdisciplinarité (52, 68) tout en définissant clairement les responsabilités, les rôles, les structures et les zones de pouvoir, afin qu'ils soient bien

compris (52, 65). Le pouvoir doit être décentralisé (51), afin d'«empouvoier» le personnel de terrain (57) pour qu'il sente qu'il peut faire la différence (66).

6. Améliorer la communication de et vers les structures de GP entre professionnels, avec les services de supports et avec la hiérarchie (47-57, 59, 60, 62, 63, 65, 66, 68-70), tout au long du processus.

Pour cela, plusieurs auteurs affirment qu'il faut prévoir des lieux et des outils qui permettent l'échange (53, 58), et ne pas oublier de communiquer et de célébrer les succès (53, 58, 65, 67). Pour certains, il est aussi essentiel d'assurer la bonne circulation de l'information (63, 66, 67) et l'accès à la documentation (47, 53), avec des moyens adaptés (électroniques, par exemple) (53, 63). Des ambassadeurs de la démarche (48, 52,62,65) ou des groupes de travail (57-59, 67) peuvent être désignés.

C) Au niveau du monitoring et de l'évaluation (CHECK)

1) Développer des mesures et des études sur la GP et des capacités de changement pour pouvoir les monitorer (48, 49, 58-61, 65, 66).

Cela permet de s'inspirer d'autres initiatives réussies (58, 65, 66) et de se focaliser sur les pratiques basées sur les preuves, pour améliorer les connaissances et la qualité des soins (51). Une fois l'évaluation réalisée, le processus peut se renouveler avec l'identification de nouvelles améliorations (60, 62, 70).

2) Assurer la pérennité des changements et permettre de nouvelles évolutions (51, 57, 60, 62).

3) Réaliser davantage d'études sur le sujet, même s'il en existe déjà de nombreuses (49); ces études permettent d'investiguer davantage plusieurs éléments :

- Les différents types de structures existantes, sur plusieurs sites, et leurs impacts (50, 54, 56, 64, 66);
- L'implication des équipes interdisciplinaires dans un modèle de GP formalisée (52);
- La pré- et post-implémentation de la GP dans plusieurs institutions (63, 67, 71);
- Le processus d'implémentation dans une optique longitudinale (61, 68)
- Les lignes directrices pour le manager (50) et les expériences vécues (51);
- La généralisation des résultats obtenus (66).

4. Discussion

Notre analyse en quatre parties nous a permis d'avoir une vision plus claire de l'implémentation de la GP en milieu hospitalier. Nous voudrions à présent remettre en lien chacune des parties avec les concepts théoriques abordés dans notre introduction.

Tout d'abord, dans une optique transversale, les niveaux de participation tels que décrits par Arstein (cf. supra) nous ont aidée à sélectionner les 25 initiatives étudiées. Il nous semble intéressant de mettre en lumière qu'il n'a pas été évident de déterminer le niveau de participation avec certitude pour chaque initiative. En effet, pour certaines d'entre elles, il n'est pas encore clair qu'il s'agit bien d'un partenariat plutôt que d'une consultation ou réassurance sans véritable participation effective. Ce qui est décrit comme participation des parties prenantes dans nos articles n'est pas forcément la réalité vécue. Il serait nécessaire d'investiguer plus largement le vécu du personnel de terrain et les dynamiques observables en situation réelle pour éclairer cette classification, ce qui n'a pas été réalisable dans le cadre de notre recherche.

4.1. Réflexions sur notre typologie

La typologie élaborée autour de ces 25 initiatives nous a permis de dessiner deux axes définissant la structure d'une GP au sein des institutions hospitalières : l'axe du monodisciplinaire à l'interdisciplinaire et l'axe de la formalisation.

La définition de ces deux axes nous amène à nous questionner sur les enjeux liés à la formalisation et à l'interdisciplinarité. D'une part, nous observons un niveau important de formalisation des initiatives de GP. Nous voudrions ainsi nous attarder sur les raisons qui peuvent l'expliquer. Tout d'abord, plusieurs de nos initiatives sont concernées par les principes du magnétisme. Le programme de reconnaissance Magnet®⁷ prévoit effectivement la création d'une structure spécifique, qui se déploie en cohérence avec la culture institutionnelle et permet le développement de la GP. Par ailleurs, que ce soient les initiatives magnétiques ou non, ces expériences d'implémentation de la GP se déroulent au sein d'institutions hospitalières qui sont des organisations structurées très formellement, au vu des exigences techniques et professionnelles. Ainsi, ces institutions sont divisées par services et les rôles professionnels y sont très clairement définis (10). Ceci peut expliquer une tendance à formaliser naturellement les structures de GP au sein de l'hôpital, comme dans le reste de l'organisation hospitalière. Toutefois, cette tendance à la formalisation pourrait paraître surprenante au regard de la conceptualisation de la GP telle que nous l'avons vue précédemment, par les auteurs I. Getz et F. Laloux. Ceux-ci ne prônent effectivement pas un modèle défini de GP, mais insistent sur l'importance de l'adaptation au contexte spécifique et sur la co-construction du modèle avec les collaborateurs. Nous retrouvons très peu ces propositions dans les initiatives étudiées, bien que l'implication du personnel de terrain dans la création de la structure soit évoquée dans une initiative (57).

D'autre part, nous souhaitons nous attarder sur l'enjeu de l'interdisciplinarité des initiatives de GP étudiées. En effet, l'histoire de la GP en milieu hospitalier nous montre que les initiatives nées dans les années 1980, avec l'apparition du concept d'« hôpital magnétique », sont uniquement centrées sur la

⁷ Disponible sur : <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/about-magnet/>

profession d'infirmière (38). En effet, il s'agissait en priorité d'identifier et de favoriser les caractéristiques qui encourageaient la rétention infirmière. Pourtant, la GP, telle que nous l'avons définie précédemment, encourage la participation de tous afin que chaque voix soit entendue et prise en compte, permettant le partenariat, la délégation de pouvoir ou même le contrôle autonome des décisions. Cette vision plus large encourage donc à l'interdisciplinarité puisque chaque profession, en milieu hospitalier, devrait pouvoir être partenaire et disposer d'un certain pouvoir dans les décisions qui la concernent. D'ailleurs, la mission affirmée du programme de reconnaissance Magnet® est notamment de promouvoir un environnement de travail dans lequel les infirmières puissent s'épanouir, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Même si les principes du magnétisme ne concernent que 10 initiatives étudiées, nous ne pouvons négliger l'influence de ces principes sur le développement de la GP en milieu hospitalier. Par ailleurs, le risque de « surresponsabilisation » des collaborateurs, lié à la participation, tel que décrit dans la littérature (24, 25), peut expliquer pourquoi les initiatives de GP se sont prioritairement centrées sur une seule discipline, limitant ainsi l'excès de responsabilités pouvant peser sur les épaules des travailleurs de terrain. Cela nous éclaire sur les raisons pour lesquelles nous pouvons observer une tendance à l'interdisciplinarité dans nos initiatives, tout en gardant une certaine focalisation sur la profession d'infirmière.

Nous retenons par conséquent que les niveaux de formalisation et d'interdisciplinarité doivent constituer des points d'attention pour l'implémentation de la GP en milieu hospitalier. En effet, dans d'autres contextes que ceux étudiés dans nos initiatives, il pourrait être intéressant d'adapter les structures proposées et de co-construire avec le personnel impliqué un modèle adapté au contexte particulier de l'implémentation.

4.2. L'analyse en quatre quadrants et les dimensions de la GP en milieu hospitalier

L'analyse en quatre quadrants nous a permis d'identifier les caractéristiques centrales de la GP en milieu hospitalier. Celles-ci rejoignent les éléments centraux du concept de GP tels que nous les avons vus dans notre introduction tout en nous donnant une vision plus détaillée et plus holistique du concept. Ainsi, nous retrouvons **le professionnalisme** au sein de plusieurs quadrants : non seulement cette dimension touche au développement et à la reconnaissance professionnelle, mais également à l'excellence professionnelle, à la qualité des soins, aux compétences et à la formation. Nous retrouvons ensuite le **mode de décision partagé** dans la redistribution du pouvoir et la **collaboration** interdisciplinaire, qui constitue d'ailleurs, en soi, une dimension dans notre partie théorique. Celle-ci est favorisée par la communication efficace et transparente des informations, qui ressort de notre analyse. Les **pratiques basées sur les preuves et l'amélioration continue** font également partie, dans notre analyse, de l'excellence professionnelle et de son application concrète, sur le terrain. L'«**empouvoirement**» se retrouve enfin dans notre premier quadrant, comme une caractéristique principale, liée au contrôle sur les pratiques, à l'autonomie et à la responsabilisation de chaque professionnel. Cette mise en parallèle de la théorie existante sur la GP en milieu hospitalier avec notre conceptualisation en quatre quadrants permet de mettre en lumière l'apport spécifique de notre analyse dans ce champ de recherche. En effet, nous voyons que le quadrant des structures, processus et pratiques est très peu mis en lumière dans les théories existantes, de même que, dans une moindre mesure, la culture d'entreprise, sur laquelle F. Laloux insiste pourtant (7). Par contre, nous avons très peu investigué l'aspect « partenariat patient » dans notre recherche, alors que cette dimension pourrait constituer en soi

une forme de GP dans les institutions hospitalières. Nous avons en effet concentré notre revue exploratoire sur la GP impliquant le personnel de terrain et la hiérarchie.

Nous pouvons par ailleurs établir des liens entre cette partie de notre analyse et **la théorie du leadership transformationnel** dans la mesure où, même si notre recherche ne se centre pas sur les qualités individuelles du leadership, elle nous a permis de souligner le rôle essentiel des leaders et de la hiérarchie. Nous retrouvons ainsi dans nos articles les quatre caractéristiques des leaders transformationnels telles que nous les avons précédemment décrites.

4.3. Les impacts de la GP et ceux des hôpitaux magnétiques

Notre analyse portant sur les impacts des initiatives de GP en milieu hospitalier peut être mise en lien avec les impacts mesurés des hôpitaux magnétiques. En effet, il existe de nombreuses études sur le sujet, montrant qu'ils sont des lieux où se combinent bien-être au travail et qualité de soins (38). Il serait intéressant, dans une étude ultérieure, d'explorer plus en détail ces impacts documentés dans la littérature, notamment en termes de coûts et de qualité des soins. Cela permettrait de voir si la GP en milieu hospitalier, considérée plus largement que les seuls hôpitaux magnétiques, atteint les mêmes résultats. Il ne nous a pas été possible de démontrer ce lien, dans la mesure où les critères fixés dans notre méthodologie, notamment celui de se centrer uniquement sur des initiatives d'implémentation de la GP en milieu hospitalier, nous a amenée à exclure un certain nombre d'articles portant justement sur des analyses d'impacts de la GP à plus large échelle que celle d'une seule institution.

4.4. L'amélioration continue : un renforcement de l'«empouvoirement structurel»

Notre dernière partie de l'analyse portant sur l'implémentation de la GP selon le cycle de l'amélioration continue peut aussi être mise en lien avec la théorie sur la GP. L'amélioration continue est, comme nous l'avons vu, définie comme un objectif de la GP. Il nous a donc paru logique d'avoir conceptualisé l'implémentation d'initiatives de GP selon le cycle de l'amélioration continue de la qualité des soins. Cette grille de lecture nous a permis de faire ressortir l'importance du contexte général des soins de santé et du contexte particulier de l'institution concernée. En tenant compte des facteurs obstructifs, nous avons dès lors pu exprimer différentes recommandations en lien avec chaque étape de la démarche d'amélioration.

Plus précisément, nous avons retrouvé, dans la lecture de nos articles, les mêmes préoccupations relatives au contexte que celles que nous avons mises en exergue dans notre introduction : contexte VUCA, problématique de la rétention infirmière, inadaptation du modèle hiérarchique classique aux réalités actuelles du personnel de terrain dans les institutions, impact générationnel. En ce qui concerne les facteurs obstructifs et les recommandations, nous pouvons, pour une grande partie, les mettre en lien avec la théorie de l'« empouvoirement structurel » telle que nous l'avons vue dans notre partie théorique. En effet, cette dernière affirme que, pour garantir l'« empouvoirement » du personnel de terrain, le rôle des leaders est essentiel. Ils garantissent ainsi l'accès à quatre structures organisationnelles. Ce **rôle essentiel de la hiérarchie** est d'ailleurs un aspect sur lequel nous avons insisté à plusieurs reprises dans notre recherche. La première structure dont il faut garantir l'accès est **l'information** : le manque de communication et de diffusion des informations est ainsi souligné comme un facteur obstructif dans notre recherche, amenant à recommander son amélioration dans l'implémentation de la GP. La deuxième structure essentielle de cette théorie est l'accès au **support de toutes les parties prenantes**, ce qui est

également exposé dans notre analyse comme essentiel, autant lors de la planification de l'initiative que lors de son implémentation. La troisième structure est l'accès aux **ressources nécessaires**; ce point est aussi mis en évidence par notre recherche : l'absence de ressources, telles que le temps ou le budget par exemple, constitue un facteur obstructif important ; alors que, lors de l'implémentation, garantir l'obtention de toutes les ressources nécessaires est une étape essentielle. Notons que, au-delà de la théorie de l'« empouvoirement » structurel, la question des ressources est essentielle dans la littérature sur la gouvernance participative (7, 15, 19, 21). En effet, l'accès aux ressources nécessaires et suffisantes permet de limiter le risque d'essoufflement des initiatives de GP, lié à une responsabilisation et une autonomie demandée aux collaborateurs sans moyen de la mettre en œuvre (22, 24, 25). Enfin, la quatrième structure est l'**accès aux opportunités de croissance et de mobilité** au sein de son institution, ce que nous pouvons mettre en lien avec tous les dispositifs qui encouragent la reconnaissance professionnelle, en premier lieu la formation de toutes les disciplines tout au long du processus. Par ailleurs, notre analyse a montré que la **peur de perte de pouvoir ou de contrôle** constitue un facteur obstructif important, ce que nous retrouvons dans les critiques émises à l'encontre des théories de F. Laloux et I. Getz vues dans notre partie théorique.

Notre analyse permet en outre de souligner d'autres éléments essentiels au succès de l'implémentation des initiatives de GP : la structure formalisée, la collaboration interprofessionnelle, la « politique des petits pas » ou encore la nécessité de réaliser davantage d'études sur le sujet.

4.5. Analyse des biais et limites

Notre recherche présente plusieurs biais, qu'il nous semble essentiel de présenter ici.

Tout d'abord, plusieurs biais peuvent être mis en évidence concernant la sélection des données. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis grâce à notre analyse de plus en plus approfondie du champ de recherche. Ils restent pourtant un choix partiellement subjectif, déterminé par différents éléments :

- Nos contraintes matérielles : temps limité et portée de la recherche assez restreinte dans le cadre d'un mémoire. Pour ces raisons, nous avons limité notre recherche à quatre bases de données pertinentes, et nous n'avons sélectionné que les articles des dix dernières années, en anglais et en français. Nous avons en outre exclu les articles auxquels nous n'avions pas d'accès libre via notre université, ainsi que la littérature grise. Ces éléments constituent un important biais de sélection et de publication.
- Nos choix personnels : nous pouvons mettre en évidence un biais d'information et de sélection de convenance. Nous avons, par exemple, fait le choix d'un critère basé sur l'échelle de la participation, qui fait l'objet d'un consensus dans la littérature. Nous avons également restreint notre recherche selon un certain nombre de critères tels que le type d'institutions hospitalières, ou encore la sélection des pays de l'OCDE uniquement. Ces choix restent arbitraires et conditionnés par des préférences et des exigences de faisabilité de notre recherche. D'autres choix auraient pu être posés, ce qui aurait pu affecter nos conclusions.
- Notre expertise limitée et notre solitude en tant que chercheuse. Ce type de recherche est en effet habituellement mené par plusieurs chercheurs, ce qui permet d'avoir des regards complémentaires et/ou divergents sur la sélection des articles.

- Le champ de recherche, qui est très vaste et pour lequel il n'y a pas de consensus autour des concepts-clés. En effet, nous avons pris conscience, via notre recherche manuelle dans la revue Soins Cadres, que certaines initiatives correspondaient totalement ou en partie à notre définition de la GP, sans que cela soit nommé dans le texte. Il nous est donc très difficile d'affirmer que notre recherche est exhaustive. Nous avons choisi, pour cette raison, de la restreindre à des critères précis, mais ceux-ci ne sont pas absolus.

Ensuite, nous pouvons également mettre en évidence, dans l'analyse de nos données, des biais qui sont liés aux mêmes éléments que les biais de sélection : temps et ressources limités, analyse solitaire des données, expertise limitée. Par ailleurs, notre analyse s'est principalement axée sur la tentative de faire émerger ce qui rassemble les initiatives étudiées. Nous avons dès lors peu investigué sur les différences qui existent entre les initiatives, en termes de contexte, de processus ou d'impacts par exemple. Une étude ultérieure de ces initiatives dans cette optique serait une opportunité. En outre, notre analyse a permis de faire de nombreux parallèles, rapprochements et comparaisons entre les 25 initiatives étudiées. Ceux-ci doivent néanmoins être interprétés avec prudence, dans la mesure où nos articles abordent des perspectives très diverses autour de la GP : initiatives ponctuelles, GP bien implémentée dans l'institution, GP vue comme un moyen d'atteindre un autre objectif ou, à l'inverse, vue comme objectif en soi.

5. Conclusion et perspectives d'implémentation en Belgique

Notre revue exploratoire de la littérature, centrée sur les initiatives de GP dans les institutions hospitalières des pays de l'OCDE, nous a permis d'analyser 25 situations, dans des contextes et des institutions hospitalières variées. Après avoir sélectionné les articles inclus dans notre étude, nous avons pu faire émerger différents thèmes de nos articles. Cela nous a menée à développer notre analyse en quatre parties, que nous avons mises ensuite en lien avec les concepts théoriques sur la GP issus de la littérature. Ainsi, nous avons d'abord réalisé une typologie des différentes initiatives de GP, basée sur leur structure. Nous avons ensuite proposé une conceptualisation multidimensionnelle et holistique de la GP grâce à la Théorie Intégrale de K. Wilber. Nous avons par la suite décrit les impacts de l'implémentation de la gouvernance participative. Enfin, nous avons proposé un guide vers l'implémentation réussie de la GP au travers de l'analyse des facteurs contextuels, des difficultés à anticiper et des recommandations à appliquer, vers l'amélioration continue de la qualité des soins.

Notre analyse nous a permis de renforcer les conceptualisations existantes de la gouvernance participative dans la littérature. Elle les complète par une approche plus globale, incluant l'importance de définir les structures (en termes de formalisation et d'interdisciplinarité) et de développer la culture d'entreprise. Les impacts des initiatives étudiées rejoignent ceux des hôpitaux magnétiques décrits dans la littérature. Toutefois, une étude d'impact sur les coûts serait primordiale et nous a paru manquer à notre analyse, les éléments d'information à ce sujet dans nos articles étant pauvres et flous. Par ailleurs, les recommandations d'implémentation que nous proposons peuvent être mises en lien avec la théorie de l'«empouvoirement» structurel et avec ses différentes dimensions. Un accent particulier doit être mis sur l'accès aux ressources nécessaires et suffisantes afin de garantir le succès de l'implémentation de la GP.

Notre recherche nous montre aussi l'importance de prévenir les risques et les travers de l'implémentation de la GP en milieu hospitalier. Ainsi, il serait essentiel de s'assurer que les zones de responsabilités et de participation soient clairement définies et ne soient pas trop étendues, afin de ne pas générer de surcharge ni de stress. Les moyens essentiels à l'atteinte des objectifs fixés devraient être garantis, afin que la participation ne soit pas utilisée comme un prétexte, dont le seul but serait d'améliorer la rentabilité et la performance sans prendre en compte le bien-être des travailleurs. Par ailleurs, l'expertise pointue mobilisée en milieu hospitalier devra constituer un point d'attention lors de l'implémentation de la GP. Ainsi, certaines décisions nécessitent une expertise médicale, légale, managériale ou encore infirmière qui pourrait rendre plus difficile l'implication de l'ensemble des personnes impactées mais non expertes.

Notre recherche nous guide vers les prémisses d'une nouvelle question de recherche : ce type d'initiative est-il applicable au contexte hospitalier belge ? Comme nous l'avons vu dans notre analyse, notre revue exploratoire pourrait constituer la première étape d'une démarche visant l'implémentation de la GP au sein d'une institution hospitalière. Nous pouvons donc faire plusieurs recommandations pour la suite, en nous basant sur notre analyse.

Tout d'abord, il nous semblerait pertinent de compléter notre revue de la littérature par la sollicitation d'expertises variées, autant en gestion et management hospitalier qu'en gouvernance

participative. Nous pourrions également investiguer les « entreprises libérées » belges, hors contexte hospitalier. Une méthode qualitative de type Delphi ou par le biais d'entretiens semi-structurés pourrait être utile dans ce cadre.

Ensuite, l'analyse plus approfondie du contexte hospitalier en Belgique, ainsi que celle du contexte institutionnel particulier dans lequel s'implémenterait la GP, seraient nécessaires. En effet, comme nous l'avons vu, la majorité des initiatives étudiées se déroulent sur le continent nord-américain. Toutefois, certains éléments contextuels décrits dans notre analyse se retrouvent en Belgique : contexte mouvant et complexe, tensions économiques et budgétaires, turn over infirmier lié notamment à une insatisfaction au travail (73), etc. Notre pays présente néanmoins un contexte particulier qu'il serait intéressant d'investiguer davantage. Pour commencer, les institutions hospitalières sont soumises à la loi coordonnée sur les hôpitaux (74). Celle-ci mériterait une analyse approfondie afin de déterminer les éléments imposés concernant les modes de prise de décision au sein des hôpitaux. On peut déjà noter une structuration très hiérarchique, autant au niveau médical qu'au niveau infirmier. Un poids très important est attribué au directeur hospitalier (Art 17), au médecin-chef (Art 18) et au conseil médical (Art 132) dans la prise de décisions stratégiques (Art 133). Le chef du département infirmier a également un poids important (Art 23), qui est plus largement décrit dans un arrêté royal (75). Son rôle consiste notamment à garantir une concertation avec tous les membres du département infirmier (Art 9), ce que nous pouvons mettre en lien avec la GP. Dans ces deux textes de lois, aucune structure formalisée n'est prévue pour permettre une implication des travailleurs de terrain dans les décisions qui les concernent. Une analyse législative plus approfondie serait nécessaire, afin de déterminer le cadre d'implémentation de la GP au sein d'une institution hospitalière belge.

Par ailleurs, l'adaptation de cette étude au contexte du financement hospitalier belge serait également à préconiser. En effet, sachant que le soutien fort et visible de la hiérarchie est essentiel au succès de l'implémentation de la GP, il serait nécessaire de démontrer que cette initiative aurait un impact positif ou neutre sur les coûts, tout en améliorant la qualité des soins et la satisfaction au travail.

En outre, il existe en Belgique une culture médicale et institutionnelle particulière : le statut des médecins dans notre pays est à prendre en compte, de même que leur implication actuelle dans les décisions hospitalières, qu'elles soient financières ou non. Négliger cet aspect ne permettrait pas le succès d'un changement des modes de gouvernance. De même, la place des syndicats dans les prises de décision hospitalières serait importante à cerner. Il serait d'ailleurs normal que des méfiances apparaissent, liées notamment, comme nous l'avons vu, à des craintes de perte de contrôle ou de pouvoir. Une attention particulière devra être investie afin d'amorcer un changement des mentalités. Nous suggérons, dans ce cadre, d'opter pour une « politique des petits pas », comme le montre notre recherche, permettant, par exemple, l'implémentation de la GP au niveau du département infirmier avec le support de la hiérarchie, avant de l'envisager de façon plus globale, si le contexte s'y prête. En effet, nous l'avons vu, l'obtention de résultats positifs permet de renforcer la confiance dans la GP. À l'inverse, implémenter la GP sans se préoccuper de ces aspects risque de mener l'initiative vers un échec et, éventuellement, de jeter le discrédit sur l'approche dans sa globalité.

Notons que plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité des soins et de la rétention infirmière ont déjà vu le jour dans notre pays. Il s'agit par exemple du projet ARIQ (73), Attractivité, Rétention,

Implication des infirmières et Qualité des soins. Celui-ci transpose le concept des hôpitaux « magnétiques » au contexte européen et se concentre sur la motivation, la formation et les compétences des collaborateurs au sein de l'institution, afin d'y renforcer l'attractivité. Nous pouvons retrouver dans ce projet des éléments clés de la GP, comme « *la vision stratégique, la clarté des décisions, la délégation de pouvoir et la responsabilisation, la capacité à faire partager un projet et à motiver les acteurs de l'entreprise* » (76). Il serait intéressant d'analyser ce projet plus en profondeur afin de voir si les modes de décision, le partage du pouvoir et les structures formelles de décision au sein de ces institutions sont véritablement affectés, permettant un niveau de participation important. En outre, l'« Universitair Ziekenhuis Antwerpen » (UZA) est le premier hôpital belge et européen à avoir obtenu la désignation officielle d'« hôpital magnétique », en 2017. Il serait opportun, dans le cadre d'une recherche ultérieure, d'investiguer l'implémentation de la GP dans cette institution, en tant que dimension du magnétisme hospitalier.

Nous pouvons donc conclure que cette recherche ouvre un champ large à d'autres études afin d'amorcer la nécessaire adaptation (3) des modes de gouvernance hospitalière belges, très hiérarchiques et centrés sur les gestionnaires et le conseil médical (74).

Bibliographie

- (1) Rodriguez A, Rodriguez Y. Metaphors for today's leadership: VUCA world, millennial and "Cloud Leaders". *The Journal of management development*. 2015;34(7):854-66.
- (2) Albert É. Chapitre 18. La grande mutation du management. In: *Stress, burn-out, harcèlement moral*. Paris : Dunod; 2016 : 241-7.
- (3) Chapuis C, Buors C, Lay-Combes L. Et si l'intelligence collective contaminait l'hôpital ? *Gestions hospitalières*. 2017;562:22-4.
- (4) Nurmeksela A, Zedreck Gonzalez JF, Kinnunen J, Kvist T. Components of the Magnet® model provide structure for the future vision of nurse managers' work: A qualitative perspective of nurse managers. *Journal of Nursing Management*. 2021; 29(7):2028-36.
- (5) Polomeni A. La question du sens au travail en institution hospitalière. *Psycho-oncologie*. 2015;9(1):19-25.
- (6) Goeminne J. Management par la confiance, un défi collectif. *Soins Cadres*. Mai 2021;30(127):19-21.
- (7) Laloux F. *Reinventing Organizations : Vers des communautés de travail inspirées*. Paris : Diateino; 2015.
- (8) Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33.
- (9) Petit Dit Dariel O. L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France ? *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. Déc 2015;1(4):197-204.
- (10) Poil Burtin M, Bachelard O. Comment repenser la chaîne de valeur globale à l'hôpital : Étude exploratoire [Internet]. IAS, Institut International de l'Audit Social; 2021 [cité 13 nov 2021]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03240323>.
- (11) Burke D, Godbole P, Cash A. *Hospital Transformation: From Failure to Success and Beyond*. 1st ed. Cham: Springer International Publishing; 2019.
- (12) Combalbert N, Armand M. Chapitre 11. Interventions psychosociales et rôle du management en matière de prévention des RPS au travail. In: *Stress, burn-out, harcèlement moral*. Paris : Dunod; 2016 : 147-62.
- (13) Légeron P. Chapitre 17. Le manager, acteur de santé au travail. In: *Stress, burn-out, harcèlement moral*. Paris : Dunod; 2016 : 231-40.
- (14) Shleifer A, Vishny R.-W. A Survey of Corporate Governance. *Journal of Finance*. 1997;52(2):737-83.
- (15) Younes M, Hechiche S, Touzani M. Gouvernance participative et nouvelles pratiques managériales dans un contexte postrévolutionnaire : cas des entreprises sociales tunisiennes. *Management & Avenir*. 2016 ;8(90):175-94.
- (16) Relyance. La gouvernance partagée, de quoi s'agit-il [Internet]. 2020 [cité 15 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.relyance.fr/la-gouvernance-partagee/>.
- (17) Touri K, Madouche Y. Panorama des théories de la gouvernance d'entreprise. Actes des journées scientifiques du LAREMO ; 23-24 Novembre 2015 ; Nantes.
- (18) Desreumaux A. Chapitre 3. La variété des courants en théorie des organisations. In: *Théorie des organisations*. Caen: EMS Editions; 2015 :117-88.

- (19)Ledoux L. Les entreprises libérées ou Opale. La grande inversion : « les » valeurs comme objectif, « la » valeur comme conséquence ? In: Valeur(s) & management: Des méthodes pour plus de valeur(s) dans le management. Olaf de Hemmer Gudme éd. Caen: EMS Editions; 2017 :82-107.
- (20)Claie. La gouvernance participative à l'usage de toute structure – sans prérequis – pourquoi pas nous ? Guide pratique pour une meilleure implication d'acteurs au sein d'un projet. 2015 ;67.
- (21)Getz I, Marbacher L. L'entreprise libérée : une philosophie pratique simulée par un écosystème. In : Entreprises vivantes : Ensemble, elles peuvent changer le monde. Paris : L'Harmattan ;2017:17-39
- (22)Dortier JF. L'entreprise libérée : réalité ou imposture ? [Internet]. Éditions Sciences Humaines; 2016 [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-organisations--9782361063665-page-423.htm>
- (23)Chapas B, Hollandts X. Participation in the world of work: Self-government. Annales des Mines - Gérer et comprendre. Sept 2017; 129(3):59-68.
- (24)Verrier G, Bourgeois N. Chapitre 4. L'autonomie et la responsabilité. Hors collection. Déc 2020;32-40.
- (25)Martuccelli D, Vega X de la. La responsabilisation, nouvelle forme de domination [Internet]. Éditions Sciences Humaines; 2014 [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-individu-contemporain--9782361060480-page-206.htm>
- (26)Arstein S. A ladder of citizen participation. JAIP. Juill 1969; 35(4):216-24.
- (27)Réseau Wallon de développement rural. Les niveaux de participations [Internet], 2020 [cité 12 fév 2022]. Disponible sur :https://www.reseau-pwdr.be/sites/default/files/fiche_32%20Echelle%20Participation.pdf
- (28)OCDE. Des citoyens partenaires: information, consultation et participation à la formulation des politiques publiques. Paris : OCDE ; 2002.
- (29)Santé Canada. Continuum de participation du public de Santé Canada. In : Santé Canada, Politiques et boîte à outils concernant la participation du public à la prise de décision [Internet].Ottawa ;2000:17 [cité 12 fév 2022]. Disponible sur : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/cons-pub/piframework-cadrepp-fra.php>.
- (30)Université du Nous. Notre définition de la gouvernance partagée [Internet]. 2015 [cité 15 nov 2021] Disponible sur : <https://hum-hum-hum.fr/gouvernance-partagee-ressources#gouvernance>.
- (31)Kyytsönen M, Tomietto M, Huhtakangas M, Kanste O, et al. Research on hospital-based shared governance: a scoping review. International Journal of Health Governance. 2020;25(4):371-86.
- (32)Bass B, Riggio R. Transformational leadership. 2e éd. New York : Psychology Press ; 2006.
- (33)Boamah S, Spence L, Heather K, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. Nursing Outlook. Mar-Apr 2018; 66(2):180-89.
- (34)García-Sierra R, Fernández-Castro J. Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. Journal of Advanced Nursing. 2018; 74(12):2809-19.
- (35)Kanter R.M. Men and women of the corporation. 2^e éd. New York : Basic Books ; 1993.
- (36)Laschinger H, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. Journal of Nursing Administration. 2001; 31 (5):260-72.
- (37)Luzinski C. An Innovative Environment Where Empowered Nurses Flourish. JONA: The Journal of Nursing Administration. Janv 2012; 42(1):3-4.

- (38) Sibé M, David A. Chapitre 10. L'hôpital magnétique: un hôpital "aimant" qui favorise performance et bien-être au travail. In : Stress, burn-out, harcèlement moral. Paris : Dunod; 2016 ; 131-45.
- (39) Lal MM. Shared Governance in Times of Change. The Journal of nursing administration. 2021;51(3):126-7.
- (40) Kramer M, Schmalenberg C. Development and evaluation of essentials of magnetism tool. The Journal of nursing administration. 2004; 34(7-8):365-78.
- (41) Sibé M. Fonder l'attractivité sur une stratégie de fidélisation : les enseignements du modèle du Magnet Hospital. Soins Cadres. Sept 2021;30(129):14-8.
- (42) PAQS. De la qualité à la sécurité des soins, faisons le point sur ce que nous mesurons [Internet]. 2019 [cité le 12 fév 2022]. Disponible sur : <https://www.paqs.be/fr-BE/Ressources/Guide-de-la-mesure/De-la-qualite-a-la-securite-des-soins-faisons-le>.
- (43) Goulet C, Lampron A, Morin D, Héon M. La pratique basée sur les résultats probants. Partie 1 : origines, définitions, critiques, obstacles, avantages et impact. Recherche en soins infirmiers. Avr 2004;12-8.
- (44) Vers une Belgique en bonne santé : soins centrés sur le patient [Internet]. Belgique : 2022 [cité 7 avril 2022]. Disponible sur : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/soins-centres-sur-le-patient>.
- (45) Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology. Févr 2005; 8(1):19-32.
- (46) The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers ' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. 2015.
- (47) Moeller D. Eliminating Blood Culture False Positives: Harnessing the Power of Nursing Shared Governance. Journal of Emergency Nursing. Mars 2017; 43(2):126-32.
- (48) Bloemhof J, Knol J, Van Rijn M, Buurman BM. The implementation of a professional practice model to improve the nurse work environment in a Dutch hospital: A quasi-experimental study. Journal of Advanced Nursing. 2021; 77(12):4919-34.
- (49) Kanninen TH, Häggman-Laitila A, Tervo-Heikkinen T, Kvist T. Nursing shared governance at hospitals – it's Finnish future? Leadership in Health Services. 2019; 32(4):558-68.
- (50) Cox Sullivan S, Norris MR, Brown LM, Scott KJ. Nurse manager perspective of staff participation in unit level shared governance. Journal of Nursing Management. 2017; 25(8):624-31.
- (51) Ott J, Ross C. The journey toward shared governance: the lived experience of nurse managers and staff nurses. Journal of Nursing Management. 2014;22(6):761-8.
- (52) Brewton C, Epling J, Hopley M. Our VOICE: An Interdisciplinary Approach to Shared Governance. Hospital Topics. Avr 2012; 90(2):39-46.
- (53) Salera-Vieira J, Maxwell S. Creating The Joint Commission "Super User". Nursing for Women's Health. 2012; 16(2):159-62.
- (54) Painter K, Reid S, Fuss EP. The evolution of nursing shared governance at a community hospital. Nursing Management. Août 2013; 44(8):10-4.
- (55) Kear M, Duncan P, Fansler J, Hunt K. Nursing Shared Governance: Leading a Journey of Excellence. JONA: The Journal of Nursing Administration. Juin 2012; 42(6):315-7.

- (56)Rheingans JI. The Alchemy of Shared Governance: Turning Steel (and Sweat) Into Gold. *Nurse Leader*. Févr 2012; 10(1):40-2.
- (57)Reich J, Ruggiero J, Triantos L. Engaging Nursing Ancillary Staff Through Shared Governance. *Nurse Leader*. Août 2018; 16(4):224-8.
- (58)Kroning M, Hopkins K. Healthcare organizations thrive with shared governance. *Nursing Management*. Mai 2019; 50(5):13-5.
- (59)Winks D, Weaver SH, Adona-Catiis M, Bell F, Kabba M, Mapoy MV, et al. Shared governance at night. *Nursing Management*. Mars 2017; 48(3):18-21.
- (60)Kneflin N, O'Quinn L, Geigle G, Mott B, Nebrig D, Munafo J. Direct care nurses on the shared governance journey towards positive patient outcomes. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25(5-6):875-82.
- (61)Allen-Gilliam J, Kring D, Graham R, Freeman K, Swain S, Faircloth G, et al. The Impact of Shared Governance Over Time in a Small Community Hospital. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. Mai 2016; 46(5):257-64.
- (62)Capitulo K, Olender L. Interprofessional shared governance and relationship-based care: implementation and lessons learned. *Nursing Management*. 2019;26(5):28-34.
- (63)Giambra B, Kneflin N, Morath H, Lee J, Lin L, Morris E. Meaningful Participation and Effective Communication in Shared Governance. *Nurse Leader*. Févr 2018; 16(1):48-53.
- (64)Fisher CA, Jabara J, Poudrier L, Williams T, Wallen GR. Shared governance: The way to staff satisfaction and retention. *Nursing Management*. Nov 2016; 47(11):14-6.
- (65)Wessel S. Impact of Unit Practice Councils on Culture and Outcomes. *Creative Nursing*. 2012; 18(4):187-92.
- (66)Ong A, Short N, Radovich P, Kroetz J. Ripple effect: Shared governance and nurse engagement. *Nursing Management*. Oct 2017; 48(10):28-34.
- (67)Dechairo-Marino AE, Collins Raggi ME, Mendelson SG, Highfield MEF, Hess RG. Enhancing and Advancing Shared Governance Through a Targeted Decision-Making Redesign. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. Sept 2018; 48(9):445-51.
- (68)Bernardes A, G. Cummings G, Gabriel CS, Martinez Évora YD, Gomes Maziero V, Coleman-Miller G. Implementation of a participatory management model: analysis from a political perspective. *Journal of Nursing Management*. 2015; 23(7):888-97.
- (69)Rufat O. La convergence médico-soignante, atout majeur du directeur des soins. *Soins Cadres*. Mai 2021;30(127):22-5.
- (70)Fèvre C. Une démarche d'amélioration participative dans un CHU. *Soins Cadres*. Mars 2020;29(118):24-8.
- (71)Kol E, Ilaslan E, Turkay M. The effectiveness of strategies similar to the Magnet model to create positive work environments on nurse satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*. 2017;23(4):e 12557.
- (72)Wilber K. Une théorie de tout : une vision intégrale pour les affaires, la politique, la science et la spiritualité. Paris: Almora ; 2014.

- (73) Vandenberghe C, Stordeur S, d'Hoore W. An examination of the effect of job decision latitude, emotional exhaustion, and job satisfaction on absenteeism in nursing units. *Le travail humain*. Sept 2009; 72(3):209-28.
- (74) Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 10/07/2008 [Internet]. SPF Santé publique. 2016 [cité 17 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.health.belgium.be/fr/loi-sur-les-hopitaux-coordonnee-le-10072008>.
- (75) Arrêté Royal du 14/12/2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction de chef du département infirmier [Internet]. SPF Santé publique : *Moniteur Belge*; 2006 [cité 17 avr 2022]. Disponible sur : https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-14-decembre-2006_n2007022003.html.
- (76) Masson E. Le modèle Ariq inspiré de l'expérience des hôpitaux attractifs belges [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/253802/pdf/le-modele-ariq-inspire-de-l'experience-des-hopitaux>.

Annexes

Annexe 1 : Équations de recherche

Afin d'effectuer notre étude sur base des différents moteurs de recherche, nous avons défini nos équations de recherche. Elles ont été adaptées à chaque moteur, en fonction de la langue de la recherche, mais aussi de la possibilité ou non de réaliser la recherche en langage naturel et en langage contrôlé.

Les critères additionnels définis pour chacun des moteurs de recherche ont été :

- 2012-2021
- Uniquement anglais et français
- Uniquement articles
- Revue évaluée par les pairs

Dans certains moteurs de recherche, nous avons pu rajouter des limites géographiques nous permettant de limiter en amont notre recherche aux pays de l'OCDE par exemple.

1) Cible +

L'équation de recherche pour Cible + est :

(« Gouvernance partagée » OR « gouvernance participative » OR « shared governance » OR « participatory governance » OR « intelligence collective » OR « Collective intelligence » OR « Co-intelligence » OR « Leadership partagé » OR « Influence partagée » OR « Pouvoir partagé » OR « multiple leadership » OR « leadership transformationnel » OR « transformational leadership » OR « empowering leadership » OR « distributed leadership » OR « Management participatif » OR Cogestion OR « Gestion participative » OR « Collective management » OR Codetermination OR « Participative management »)

AND

(Hôpit OR « Institution hospitalière » OR « Institutions hospitalières » OR hospital OR hospitals)*

2) Scopus

L'équation de recherche pour Scopus est :

(«Shared governance» OR «participatory governance» OR «Collective intelligence» OR «Co-intelligence» OR «multiple leadership» OR «transformational leadership» OR «empowering leadership» OR «distributed leadership» OR «Collective management» OR Codetermination OR «Participative management»)
AND

(hospital OR hospitals)

3) Proquest

3.1. En langage naturel

L'équation de recherche pour Proquest en langage naturel est :

Su((" Gouvernance partagée " OR " gouvernance participative " OR " shared governance " OR " participatory governance " OR " intelligence collective " OR " Collective intelligence " OR " Co-intelligence " OR " Leadership partagé " OR " Influence partagée " OR " Pouvoir partagé " OR " multiple leadership " OR " leadership transformationnel " OR " transformational leadership " OR " empowering leadership " OR " distributed leadership " OR " Management participatif " OR Cogestion OR " Gestion participative " OR "Collective management " OR Codetermination OR " Participative management "))

AND

Su(Hôpit OR " Institution hospitalière " OR " Institutions hospitalières " OR hospital OR hospitals)*

3.2. En langage contrôlé

L'équation de recherche pour Proquest en langage contrôlé est :

(MAINSUBJECT.EXACT("Participatory management"))

AND

(MAINSUBJECT.EXACT("Hospitals"))

4) Pubmed

4.1. En langage naturel

L'équation de recherche pour Pubmed en langage naturel est :

(("Shared governance"[Title/Abstract] OR "participatory governance"[Title/Abstract] OR "Collective intelligence"[Title/Abstract] OR "Co-intelligence"[Title/Abstract] OR "multiple leadership"[Title/Abstract] OR "transformational leadership"[Title/Abstract] OR "empowering leadership"[Title/Abstract] OR "distributed leadership"[Title/Abstract] OR "Collective management"[Title/Abstract] OR Codetermination[Title/Abstract] OR "Participative management"[Title/Abstract]))

AND

(Hospital[Title/Abstract] OR hospitals[Title/Abstract])

4.2. En langage contrôlé

L'équation de recherche pour Pubmed en langage contrôlé est :

("Hospitals"[Mesh])

AND

(("Shared Governance, Nursing"[Mesh]))

Annexe 2 : Résultats de notre revue exploratoire

N	Auteur(s), année, pays d'étude	Objectif(s) de la recherche	Méthodologie(s)	Professionnels concernés
1 (47)	Moeller D. 2017 États-Unis	Décrire une expérience de réduction des contaminations des échantillons sanguins par un processus de gouvernance participative	Approche narrative : - Identification des améliorations possibles par une revue de cas et un test auprès du personnel - Revue de la littérature et création d'un outil à visée éducative - Implémentation et monitoring	Équipe pluridisciplinaire
2 (48)	Bloemhof J. et al. 2021 Pays-Bas	Évaluer l'implémentation d'un modèle de pratiques professionnelles basée sur les principes Magnet et son impact sur l'environnement de travail	Quantitative Étude quasi expérimentale, avant et après l'implémentation Pré-test : 2016 (n=490) Post-test : 2019 (n=309)	Infirmières
3 (49)	Kanninen TH. Et al. 2019 Finlande	Décrire la structure d'un conseil, ses bénéfices, ses facteurs obstructifs et supportifs et ses besoins de développement, dans le cadre de la gouvernance participative dans un hôpital universitaire	Qualitative Interviews semi-structurées (n=12) Analyse documentaire (2009-2014)	Infirmières (+ chercheurs et personnes intéressées)
4 (50)	Cox Sullivan S. et al. 2017 États-Unis	Examiner la perspective du manager infirmier dans le cadre de l'implémentation de la gouvernance participative au niveau des unités	Qualitative Interview semi-structurée (n=10) avec échantillonnage de convenance	Infirmières et hiérarchie
5 (51)	Ott J. Ross C. 2014 Royaume-Uni	Explorer l'expérience vécue des managers infirmiers et des infirmières dans la gouvernance participative depuis son implémentation : perception de leur rôle et des effets	Qualitative Interview semi-structurée (n=11) Analyse thématique	Infirmières et hiérarchie
6 (52)	Brewton C. Eppling J. Hobley M. 2012 États-Unis	Publier à destination d'autres gestionnaires de santé le succès démontré d'un processus de gouvernance participative interdisciplinaire	Approche narrative : Description de l'initiative «OUR VOICE »	Équipe pluridisciplinaire
7 (53)	Salera-Vieira J. Maxwell S. 2012 États-Unis	Décrire le processus et l'impact de la création des « Super User » dans le cadre d'une accréditation	Approche narrative	Équipe pluridisciplinaire
8 (54)	Painter K. Reid S. Fuss EP. 2013 États-Unis	Décrire l'expérience de l'implémentation d'un cadre des meilleures pratiques de gouvernance participative	Approche narrative	Infirmières et hiérarchie
9 (55)	Kear M. et al. 2012 États-Unis	Décrire la sélection et l'implémentation d'un modèle de pratiques professionnelles pour les infirmières à travers les structures de gouvernance participative	Approche narrative	Infirmières
10 (56)	Rheingans J. 2012 États-Unis	Valider la présence de gouvernance participative et décrire les processus et les résultats pour l'environnement de travail et pour les patients	Quantitative Questionnaire (n=140) sur base de différentes échelles de mesure	Infirmières
11 (57)	Reich J. Ruggiero J. Triantos L. 2018 États-Unis	Décrire la mise en place d'un huitième conseil de gouvernance participative pour représenter les auxiliaires soignants.	Approche narrative	Auxiliaires de soins
12 (58)	Kroning M. Hopkins K. 2019 États-Unis	Décrire deux exemples d'implémentation réussie de gouvernance participative	Approche narrative	Équipe pluridisciplinaire
13 (59)	Winks D. et al. 2017 États-Unis	Décrire l'implémentation d'un conseil de gouvernance participative du personnel de nuit	Approche narrative	Équipe pluridisciplinaire, focus sur les infirmières

14 (60)	Kneflin N. et al. 2016 États-Unis	Décrire la gouvernance participative en action à travers l'exemple de l'instauration d'un bain quotidien à la Chlorhexidine en pédiatrie	Approche narrative	Équipe pluridisciplinaire
15 (61)	Allen-Gilliam J. et al 2016 États-Unis	Examiner l'impact de la gouvernance participative sur la pratique professionnelle infirmière à travers le temps	Quantitative Étude descriptive longitudinale par questionnaires (n=218)	Équipe pluridisciplinaire, focus sur les infirmières
16 (62)	Capitulo K. Olender L. 2019 États-Unis	Décrire l'implémentation pas à pas d'une gouvernance participative interprofessionnelle et d'un modèle de soins basé sur la relation	Approche narrative	Équipe pluridisciplinaire
17 (63)	Giambra B. et al. 2018 États-Unis	Identifier les comportements liés à la participation significative et les méthodes préférées pour partager les informations de et à destination des conseils de gouvernance participative	Qualitative Étude Delphi modifiée par des questionnaires structurés (n1 = 237, n2 = 76)	Équipe pluridisciplinaire
18 (64)	Fisher C. et al. 2016 États-Unis	Décrire le rôle du comité de reconnaissance et de rétention et son impact sur la rétention infirmière, dans le cadre d'une structure de gouvernance participative	Approche narrative	Infirmières
19 (65)	Wessel S. 2012 États-Unis	Décrire les impacts positifs en termes de culture, de satisfaction patient, d'engagement professionnel et de qualité de l'utilisation de la gouvernance participative, au travers des conseils d'unité ou d'équipe, pour implémenter un modèle de soins basés sur la relation	Approche narrative	Équipe pluridisciplinaire
20 (66)	Ong A. Short N. Radovich P. Kroetz J. 2017 États-Unis	Évaluer l'influence de la gouvernance participative sur l'engagement infirmier et les taux de turn over	Quantitative et qualitative Questionnaire pré- et post-intervention (n=50) Focus-group (n=10)	Infirmières
21 (67)	Dechairo-Marino AE. et al. 2018 États-Unis	Décrire le niveau de gouvernance participative parmi les infirmières et tester deux hypothèses : l'impact positif du mode de décision sur la gouvernance participative et l'impact des caractéristiques individuelles des infirmières sur le vécu de la gouvernance participative	Quantitative Questionnaire pré et post-intervention, quasi-expérimental, sur un échantillon de convenance Pré-test : n=240 Post-test : n=249	Infirmières
22 (68)	Bernardes A. et al. 2015 Canada	Analyser les expériences des managers et des équipes infirmières lors de l'implémentation d'un mode de management participatif, plus spécifiquement en ce qui concerne les processus de décision, la communication et le pouvoir	Qualitative Observation Analyse documentaire	Infirmières et hiérarchie
23 (69)	Rufat O. 2021 France	Décrire le binôme médecin-cadre paramédical vers davantage de participation et d'intelligence collective	Approche narrative	Équipe pluridisciplinaire
24 (70)	Fèvre C. 2020 France	Décrire une initiative d'implémentation du Lean	Approche narrative	Équipe pluridisciplinaire
25 (71)	Kol E. Ilaslan E. Turkay M. 2017 Turquie	Analyser les effets sur la satisfaction au travail des infirmières de l'amélioration de l'environnement de travail selon les principes du magnétisme	Quantitative Questionnaire en 5 points pré- et post-intervention Pré-test : n= 235 Post-test : n= 259	Infirmières et hiérarchie

Annexe 3 : Création d'une typologie basée sur la structure des initiatives

Afin de créer notre typologie et de placer précisément nos initiatives selon deux axes, nous avons procédé en deux étapes.

1) Définition des axes et graduation

Nous avons choisi de créer notre typologie selon deux axes : axe X (niveau de formalisation) et axe Y (niveau d'interdisciplinarité). Voici comment nous en avons défini la graduation :

→ **Axe X**

Non formalisé :

-1 = Peu formalisé : il existe des structures floues, des outils ou des modes de décision

-2 = Non formalisé : seule la culture d'entreprise est mentionnée

Très formalisé

+ 1 = Les structures existent, elles sont peu définies dans l'article

+2 = Les structures existent, elles sont très clairement définies en termes de rôles, de mode de fonctionnement, de composition, etc.

→ **Axe Y**

Monodisciplinaire

-1 = l'initiative concerne une seule discipline mais il existe dans l'institution d'autres types de conseils qui concernent d'autres disciplines

-2 = concerne exclusivement une discipline dans l'institution

Interdisciplinaire

+1 = concerne essentiellement une discipline mais plusieurs autres sont impliquées

+ 2 = volonté d'interdisciplinarité exprimée, largement interdisciplinaire.

2) Placement des initiatives sur les axes

Après avoir défini les axes, nous avons défini les positions exactes des 24 initiatives décrites dans nos articles. Nous avons également déterminé la présence ou non de plusieurs caractéristiques : conseils d'unité, modèle de pratiques professionnelles (PPM), institution magnétique (Magnet) ou principes du magnétisme. Voici la description de notre réflexion

Étude	Axe Y Interdisciplinarité	Axe X Formalisation	Caractéristiques	Justification du placement sur les axes
47	1,4	1,8	Magnet, Conseils d'unité	Interdisciplinarité : 3 disciplines concernées, toutes en lien avec les infirmières + collabo labo. Formalisation : conseils de GP, membres définis.
48	-2	1,5	PPM, principes magnétiques	Interdisciplinarité : ne concerne que les infirmières. Formalisation : mise en place d'une structure de GP, peu définie en termes de rôles.
49	0,5	2	/	Interdisciplinarité : concerne essentiellement les infirmières, mais aussi implication de chercheurs et de personnes intéressées. Formalisation : Structures formalisées : membres, président, fréquence.
50	-2	1	Conseils d'unité	Interdisciplinarité : uniquement infirmières. Formalisation : Structure formalisée, mais non définie dans l'article.
51	-2	1	Conseils d'unité	Interdisciplinarité : uniquement infirmières. Formalisation : Structure formalisée, mais non définie dans l'article.
52	2	2	Magnet	Interdisciplinarité : volonté ++. Formalisation : 8 comités interdisciplinaires, très structurés et bien définis.
53	1	1,6	/	Interdisciplinarité : centré sur les infirmières, mais ouvert à d'autres disciplines dans certains cas. Formalisation : structure claire, assez bien définie.
54	-0,4	1,6	PPM, Conseils d'unité	Interdisciplinarité : Comité d'infirmières mais implication des managers. Formalisation : structure formalisée, rôles définis dans l'article mais pas les autres modalités.
55	-2	2	PPM, Conseils d'unité	Interdisciplinarité : ne concerne que les infirmières. Formalisation : Très formalisé et bien défini.
56	-1,8	1	Magnet, Conseils d'unité	Interdisciplinarité : semble ne concerner que les infirmières mais peu de détails. Formalisation : formalisé mais rôles peu définis dans l'article.
57	-0,2	2	Magnet, Conseils d'unité	Interdisciplinarité : ne concerne qu'une discipline mais d'autres sont concernées dans l'institution et dans l'implémentation de la structure. Formalisation : très formalisé et tout est très bien défini.
58	2	-1	/	Interdisciplinarité : largement interdisciplinaire. Formalisation : pas de formalisation, juste mention de réunion d'équipe mais très peu de précisions.
59	1	2	/	Interdisciplinarité : surtout infirmières mais inclus tous les employés de la nuit.

				Formalisation : Très formalisé et très bien défini.
60	1,4	2	Conseils d'unité	Interdisciplinarité : concerne essentiellement les infirmières mais beaucoup d'autres professions impliquées. Formalisation : Très formalisé et très bien défini.
61	1,6	1,8	PPM, principes magnétiques, Conseils d'unité	Interdisciplinarité : Implication de toutes les professions au sein de l'unité mais focus sur les infirmières. Formalisation : Très formalisé, mais il manque quelques éléments dans la description.
62	1,95	1,95	PPM, candidature Magnet, Conseils d'unité	Interdisciplinarité : Volonté d'implication de chaque profession dans l'unité. Formalisation : Très structuré et bien défini.
63	1,8	1,5	Conseils d'unité	Interdisciplinarité : Implication de toutes les professions concernées par les soins. Formalisation : très structuré mais décrit sans beaucoup de précisions.
64	-1,2	1	Principes magnétiques	Interdisciplinarité : concerne les infirmières et leur hiérarchie. Formalisation : semble structuré mais peu défini dans l'article.
65	1,5	1	PPM, Conseils d'unité	Interdisciplinarité : concerne les différentes disciplines au sein de l'unité. Formalisation : structuré au sein de la structure de GP mais peu décrit.
66	-2	1	Conseils d'unité	Interdisciplinarité : Uniquement des infirmières impliquées. Formalisation : Structuré mais peu décrit dans l'article.
67	0,5	1,3	Magnet, Conseils d'unité	Interdisciplinarité : infirmières impliquées mais pas uniquement. Formalisation : formalisé au sein de plusieurs conseils, décrits peu précisément.
68	-1	-0,8	PPM (Lean)	Interdisciplinarité : Infirmières impliquées + la hiérarchie large. Formalisation : peu de formalisation, mention de la méthode Lean.
69	1	-1	/	Interdisciplinarité : 2 professions impliquées : cadre de santé et médecin. Formalisation : peu formalisé : juste un binôme.
70	2	0,5	PPM (lean)	Interdisciplinarité : Volonté d'impliquer tout le monde. Formalisation : en cours de formalisation, comités en création
71	-1,2	1,5	Principes magnétiques	Interdisciplinarité : concerne les infirmières et leur hiérarchie Formalisation : Création de conseils et de comités dont certains sont décrits précisément en termes de rôles