

Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé

A conceptual framework for analysing clinical governance in healthcare establishments

Pomey MP¹, Denis JL², Contandriopoulos AP²

Résumé

La gouvernance clinique est depuis la fin des années 90 un thème important pour promouvoir la qualité des soins dans le système de santé. Il s'agit d'un concept difficile à opérationnaliser localement au niveau des établissements de santé. Nous partons du postulat selon lequel les attributs organisationnels ont un impact direct sur la qualité et la sécurité des soins et services, et que l'amélioration de ces deux éléments est inhérente à l'interaction entre l'expertise clinique des professionnels et le contexte organisationnel. A partir de ce postulat, nous proposons un modèle montrant comment les pratiques de gouvernance influencent la clinique et comment la clinique interagit en synergie avec le niveau organisationnel. Notre modèle comprend deux niveaux de gouvernance. Le premier, la *gouvernance de proximité*, agit sur le cœur-mê me des opérations de soins et services en structurant l'action au niveau des opérateurs. Le deuxième, la *gouvernance d'ensemble*, représente le contexte sur lequel s'appuient les opérateurs et dans lequel ils interagissent. Au sein de ces deux gouvernances, des pratiques de gouvernance entrent en jeu. Parmi elles, les pratiques stratégiques qui réfèrent à l'orientation de l'organisation et son adaptation à l'environnement, et les pratiques managériales qui portent sur les principes organisateurs à la base de la production et des échanges à l'intérieur de l'organisation. La symétrie et l'interdépendance existant entre le management et la clinique, permettent ainsi une lecture heuristique pour analyser la gouvernance des organisations dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services offerts aux personnes soignées.

Prat Organ Soins 2008;39(3):183-94

Mots-clés : gouvernance clinique ; qualité des soins ; sécurité des patients ; cadre conceptuel ; organisation ; pratiques clinique ; pratiques stratégique ; management ; leadership ; performance.

Summary

Since the late 1990s, the concept of clinical governance has emerged as an important theme in the search for ways to improve the quality and safety of health care. But within healthcare organisations, clinical governance has proved difficult to implement. We suggest that the characteristics of healthcare organisations influence the quality and safety of care and that quality and safety is not only a question of clinical expertise but also a question of organisational culture. Based on this assumption, we propose a model that captures how governance practices influence clinical practices and how clinical practices create synergy at the organisational level. Our model posits two levels of governance. Proximal governance frames operators' actions and affects the very heart of services and care. Institutional governance is the context upon which operators depend and within which they interact. Within each level of governance, different kinds of practices are in play. Strategic practices are those practices that give the organisation direction and help it adapt to its environment. Managerial practices are the principles that underlie the organisation's productivity and the exchanges that take place within its walls. A heuristic reading of the symmetry and the interdependence between management behaviour and clinical practice allows us to analyze organisational governance and find means to improve the quality and safety of care.

Prat Organ Soins 2008;39(3):183-94

Keywords: clinical governance; quality of care; patient safety; conceptual framework; organisation; clinical practices; strategic practices; management; leadership; performance.

¹ Professeure agrégée, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

² Professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

Adresse pour correspondance : Marie-Pascale Pomey, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-ville, H3C3J7 Montréal (Québec), Canada.

E-mail : marie-pascale.pomey@umontreal.ca

I - INTRODUCTION

Les systèmes de santé des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sont questionnés depuis plus d'une décennie sur la qualité des services qu'ils offrent à la population [1, 2]. De nombreux rapports publiés en Europe [3-6] et en Amérique [7-10] montrent que la qualité du service rendu n'est pas à la hauteur des fonds investis dans les systèmes de santé. Parmi les facteurs incriminés, on note la difficulté pour les systèmes de soins d'implanter des changements tenant compte de l'évolution des technologies et des innovations, de l'apparition de nouvelles pathologies, du vieillissement de la population, de l'hypermécialisation de la médecine et des changements dans les exigences des patients [10-12].

Au niveau des établissements de santé (ES), leurs spécificités peuvent aussi expliquer pourquoi ils ont du mal à offrir de façon constante des soins sûrs et de qualité [10]. Ces organisations professionnelles, considérées comme des entités complexes aux contours flous [13, 14], doivent faire face à des paradoxes importants. Tout d'abord, elles doivent être capables de s'adapter en répondant de façon prévisible à des demandes très variées provenant de différents publics tout en restant toujours à la pointe du progrès. Elles doivent aussi concilier des buts multiples comme assurer des soins de qualité, produire des compétences professionnelles et sociales, permettre le développement des connaissances *via* la recherche, assurer une disponibilité 24 heures sur 24, procurer un sentiment de sécurité, et enfin s'intégrer à la société [15]. Dans le cadre de leur fonction clinique, les ES doivent aussi concilier deux impératifs importants : faire du sur mesure pour chaque personne tout en traitant de nombreuses personnes en même temps [16]. Enfin, le dernier paradoxe concerne la conciliation de plusieurs logiques d'acteurs présentes au sein des ES (gestionnaires, professionnels, personnel soignant, membres du conseil d'administration, syndicats, etc.) qui interagissent en interne et en externe (ministère, fournisseurs, assureurs, etc.).

Parmi les solutions envisagées pour prendre en considération ces défis et paradoxes, le ministère de la santé du Royaume-Uni a proposé, en 1997, un nouveau concept, la *gouvernance clinique* [17] qui permet simultanément de reconnaître l'importance de promouvoir la qualité des soins en fournissant aux organisations les moyens de la réaliser tout en les rendant imputables [18] :

“a framework through which NHS organisations are accountable for continually improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish” [19].

Les hypothèses théoriques derrière ce concept sont que la qualité des soins est une préoccupation organisationnelle qui passe par un soutien aux professionnels permettant une meilleure intégration des soins et des services dans une organisation. Cette intégration est possible grâce à la coordination, la coopération et la communication entre les acteurs impliqués [20-22]. En effet, jusque dans les années 90, il était admis qu'une formation de bon niveau des professionnels, des structures adaptées, des ressources adéquates permettraient de délivrer des soins de qualité. Or, il a pu être mis en évidence que même avec les meilleures ressources possibles, la qualité des soins et des services était loin d'être garantie [19]. On s'est alors rendu compte que la révision des processus était un élément important pour améliorer la qualité [23]. Ce concept de gouvernance clinique (GC) permet donc de réfléchir à des concepts fondamentaux pour comprendre l'organisation des soins de santé qui s'appuie sur un rapprochement fort entre ce qui est traditionnellement connu sous le nom de clinique et de management. La GC vise à rapprocher les approches managériales, organisationnelles et cliniques pour améliorer la qualité et la sécurité des soins [24]. Elle fait appel à deux concepts fondamentaux : l'amélioration continue de la qualité et l'obligation de rendre des comptes.

Dans cet article, nous proposons de modéliser la gouvernance clinique en soulignant la conjonction des activités de pilotage (gouvernance) et de recherche de la performance. Par activités de pilotage, on entend non seulement la programmation des activités de contrôle mais aussi la recherche des intérêts immédiats de l'organisation et la mise en œuvre des efforts d'agencement afin d'atteindre les objectifs collectifs. Par performance, nous entendons la capacité des organisations de santé à maintenir, au cours du temps, leur existence et d'évoluer autour de quatre grandes fonctions [25] que sont l'adaptation, le maintien des valeurs, la poursuite de buts et la production. Cette perspective amène ainsi à une décomposition novatrice du concept de gouvernance appliqué aux organisations de santé mais qui pourrait aussi l'être à d'autres contextes associant plusieurs organisations, comme des réseaux.

II - UN MODÈLE INTÉGRATEUR

Pour construire notre cadre théorique, nous sommes partis de l'hypothèse que les attributs organisationnels, sur lesquels le management s'exerce, ont un impact direct sur la qualité des soins et que par conséquent, la qualité des soins ne constitue pas uniquement un problème d'expertise clinique des professionnels mais aussi un problème organisationnel.

En construisant sur le « temple » de la GC du *National health service* (NHS) [26], lequel propose un modèle en

silos regroupant sept dimensions (la clinique, la gestion des risques, l'expérience du patient, la communication, les ressources, la stratégie et l'apprentissage), nous avons développé une vision intégrée ayant un caractère pratique et applicable. Ce modèle intègre les différentes dimensions de la GC en montrant comment les pratiques stratégiques et managériales influencent la clinique et les résultats quant à la qualité des soins et des services et, de façon récursive, comment l'activité clinique et les comportements des professionnels sont co-constitutifs des organisations de santé. Notre modèle reconnaît ainsi l'interdépendance entre la clinique et l'organisationnel.

1. Les construits fondamentaux du modèle

Le concept de *gouvernance* permet de prendre en considération la complexité de piloter des actions collectives dans un réseau de membres internes et externes à l'organisation, basée sur des relations de confiance négociées [27]. Elle permet aussi de rendre compte de la capacité des personnes ou structures qui ont une légitimité formelle et légale de contrôler et développer les capacités d'adaptation d'une organisation [28]. Nous proposons dans notre modèle deux niveaux de gouvernance en nous appuyant sur l'idée, d'une part, qu'il existe une dynamique d'opérateur au niveau micro sur lequel s'appuie la performance, c'est ce que nous appelons la *gouvernance de proximité* (GP). Cette gouvernance agit directement sur le cœur même des opérations de soins et services en structurant l'action au niveau des opérateurs. Elle s'intéresse à la coordination des pratiques cliniques en termes de continuité, d'intégration, de sécurité et de prise en charge des patients. D'autre part, ces opérateurs exercent et sont en interaction dans un contexte organisationnel plus large regroupant les différents facteurs organisationnels qui influencent le bon déroulement des activités opérationnelles. Cette *gouvernance d'ensemble* (GE) représente le contexte sur lequel s'appuient les opérateurs et dans lequel ils interagissent. Elle concerne l'ensemble des activités de l'organisation –managériales et stratégiques – influençant le niveau de la qualité et de sécurité de l'organisation.

Par *pratiques de gouvernance*, nous entendons les moyens et les outils que les acteurs mobilisent et utilisent dans l'organisation afin d'optimiser son fonctionnement. Les *pratiques de gouvernance stratégiques* font référence à l'orientation de l'organisation et à son adaptation à l'environnement. Elles consistent à mettre en œuvre l'ensemble des activités de pilotage qui donnent corps aux objectifs de l'organisation [29].

Les pratiques de gouvernance stratégiques ici réfèrent à la capacité de l'ES à s'adapter simultanément, tout en gardant une cohésion interne autour de sa culture et de ses valeurs [30-33]. Les *pratiques de gouvernance managériales*, quant à elles, portent sur les principes orga-

nisateurs à la base de la production et des échanges à l'intérieur des frontières de l'organisation. Les pratiques de gouvernance managériales ont comme responsabilité la traduction des orientations stratégiques tant au niveau de la gouverne d'ensemble de l'organisation qu'au niveau de la clinique. Elles favorisent l'optimisation de l'allocation des ressources et l'amélioration de la production [25].

La délimitation d'une frontière nette entre les deux types de gouvernance, d'ensemble et de proximité, constitue un enjeu et met en lumière leur interdépendance. Nous pensons toutefois que l'interaction continue entre la gouverne d'ensemble et la gouverne de proximité dans un contexte environnemental plus large permet d'illustrer la causalité récursive des pratiques de gouvernance managériale et stratégique. La présence simultanée de ces pratiques aux deux niveaux de gouvernance montre que la performance des organisations de santé dépend étroitement d'une dynamique constructive entre le pilotage stratégique et les initiatives opérationnelles.

2. Le développement des composantes du modèle

Le modèle proposé dans la figure 1 illustre que toute activité de gouverne se situe dans un contexte environnemental plus large (halo bleu) qui comprend la culture [34, 35], les normes sociales, l'introduction des nouvelles technologies, les ressources disponibles et les mécanismes de régulation [14, 36]. La gouverne d'ensemble (halo bleu pâle) et la gouverne de proximité (halo bleu foncé) interagissent pour favoriser des conditions optimales de pratiques stratégiques et managériales dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services de santé prodigués aux patients (halo rouge). La section qui suit développe en détail les différentes composantes du modèle que nous proposons.

a) L'objectif de la gouvernance clinique : accroître la qualité et la sécurité des soins et des services

L'objectif central de la gouvernance clinique est d'améliorer les résultats de la prise en charge des personnes soignées en termes de qualité et de sécurité des soins et des services. Elle a aussi comme souci premier de mettre la personne soignée au cœur de l'ES. Ceci se traduit par une prise de conscience de tous les gestes posés dont le but ultime réside dans l'amélioration de la santé des personnes soignées. C'est aussi encourager la participation des personnes soignées à leurs soins afin de prendre une décision éclairée, de les rendre aussi acteurs de la qualité et de la sécurité des soins qu'ils reçoivent en rapportant des incidents ou événements qu'ils leur semblent inadéquates, de chercher le consentement éclairé de la personne soignée et de savoir capitaliser sur les plaintes afin de s'améliorer. Pour y parvenir, les ES mobilisent des

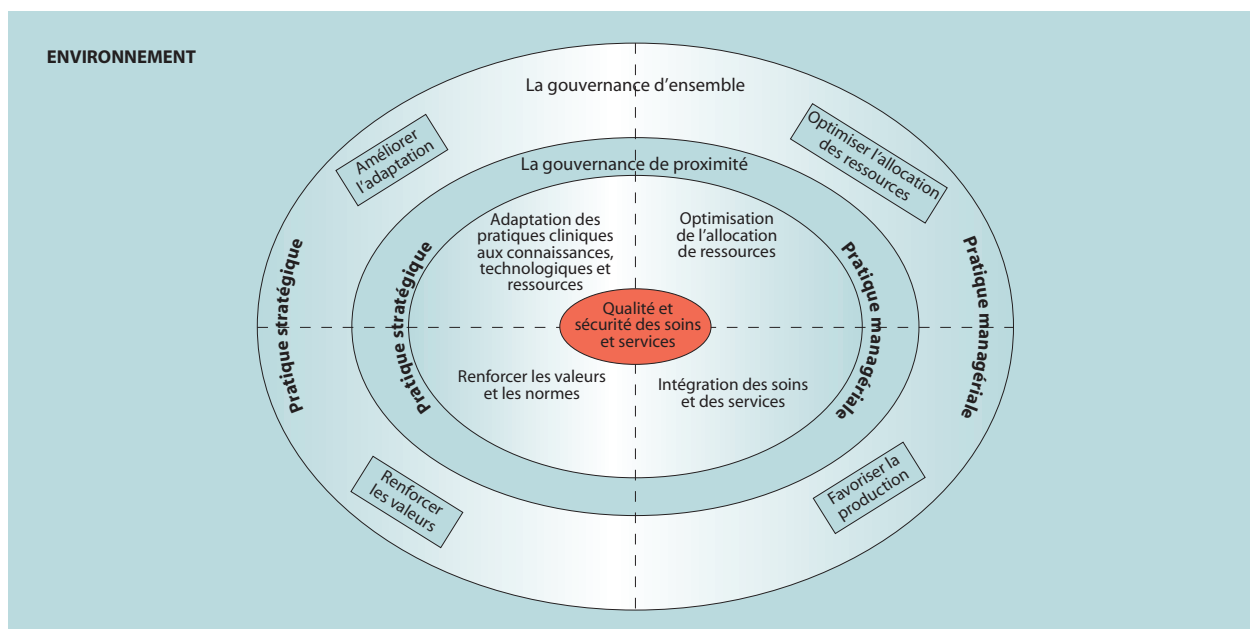


Figure 1. Modèle intégrateur de la gouvernance clinique dans les établissements de santé.

pratiques de gouvernance stratégiques et managériales aux deux niveaux de la gouverne. La valeur ajoutée d'un tel investissement se traduit par des traceurs de qualité mettant en évidence la capacité de l'organisation à promouvoir la qualité des soins et à diminuer les risques dans le but de réduire l'intensité et les conséquences des pathologies traitées. Cela se traduit concrètement par deux types de résultats. Tout d'abord, par des résultats ayant un impact direct sur le patient, comme la satisfaction des patients, les temps d'attente, le nombre d'accidents et d'incidents, la qualité de la relation entre le patient et les professionnels de la santé, la prise en charge des patients en fonction des connaissances scientifiques, la participation du patient à ses soins, la qualité de vie et surtout l'amélioration de son état de santé après les soins. Mais aussi, par la mesure de la prise en charge, par des dimensions plus organisationnelles de la qualité et de la sécurité comme les durées de séjour, les coûts de prise en charge, les réadmissions, la satisfaction des professionnels et la qualité de vie au travail.

b) Les quatre pratiques de la gouvernance

Comme nous l'avons précédemment évoqué, notre modèle de gouvernance clinique allie le concept de gouvernance à celui de la recherche d'une meilleure performance globale de l'organisation afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services. Pour construire notre modèle, nous nous sommes appuyés sur le modèle de performance proposé par Sicotte en 1998 [25]. Toutefois, notre modèle propose de définir l'atteinte des buts comme la finalité, même de l'organisa-

tion, c'est-à-dire la dispensation de soins et de services sûrs et de qualité. Pour y parvenir, il devient alors essentiel que les pratiques de gouvernance prennent en considération non seulement l'adaptation, les valeurs et la production mais aussi l'allocation des ressources, cette dernière étant au service de la qualité et de la sécurité. Nous présentons donc ici comment ces quatre types de pratique forment les quatre piliers qui soutiennent les niveaux de gouvernance et permettent leur intrication afin de favoriser des soins et des services de qualité. Pour chacune de ces pratiques, nous essayerons d'isoler celles qui se situent plus particulièrement au niveau de la gouvernance d'ensemble ou de la gouvernance de proximité. Le tableau I récapitule ces pratiques aux deux niveaux de gouvernance proposés.

⇒ *Les pratiques de gouvernance permettant d'améliorer l'adaptation interne et externe*

Une organisation, pour survivre, doit être capable de s'adapter. Cette adaptation se fait aux deux niveaux de gouvernance sur des objets spécifiques ou inter-reliés. La *gouvernance d'ensemble* a un rôle important à jouer en termes de vision stratégique de l'organisation. Grâce à sa capacité de recueillir et d'utiliser de l'information sur son environnement, elle est en mesure d'évaluer les besoins de l'organisation et de la population desservie [37, 38]. Cette capacité à générer de l'intelligence permet ainsi de remplir le rôle prospectif de la gouverne d'ensemble [28] qui détermine les objectifs à court, moyen et long termes [39, 40] de l'organisation. La gouverne d'ensemble est à l'écoute des innovations (nou-

Tableau I
Les éléments mobilisés par les pratiques stratégiques et managériales

Pratiques stratégiques	
Gouvernance d'ensemble (GE)	Gouvernance de proximité (GP)
<p>1 Mobilisation de la communauté (<i>leadership</i>, incitatifs, reconnaissances, travail d'équipe)</p> <p>2 Participation de la population, des personnes prises en charge et des familles</p> <p>3 Innovation et changement</p> <p>4 Diffusion du changement</p> <p>5 Apprentissage et gestion des connaissances</p> <p>6 Organisation apprenante (comprenant apprendre des erreurs)</p> <p>7 Utiliser la recherche en gestion</p> <p>Adaptation</p>	<p>8 Pratiques qui évoluent en fonction des connaissances, technologies et ressources</p> <p>9 Formation du personnel et des professionnels</p> <p>10 Utilisation de données probantes</p> <p>11 <i>Leadership</i> clinique</p> <p>12 Capacité d'adaptation au changement</p> <p>13 Participation des personnes prises en charge et de leur famille</p> <p>14 Capacité apprenante des professionnels</p> <p>15 Environnement sûr</p> <p>16 Capacité de réactivité aux erreurs</p> <p>17 Apprendre des erreurs</p>
<p>1 Développement des valeurs et de la culture organisationnelle</p> <p>2 Culture ouverte et participative</p> <p>3 Fort <i>leadership</i></p> <p>4 Formation et recherche mises en valeur</p> <p>5 Partenariat avec le patient</p> <p>6 Culture juste et non de blâme</p> <p>7 Qualité de vie au travail (hôpitaux « magnétique »)</p> <p>8 Culture de coopération</p> <p>9 Politique claire en matière de gestion des risques</p> <p>10 Objectif prioritaire du conseil d'administration et des gestionnaires d'avoir des soins et des services de qualité et sûrs</p> <p>11 Emphase sur les soins de qualité et non sur les soins de non qualité</p> <p>12 Établir une confiance avec les cliniciens</p> <p>13 Établir une relation de confiance avec les représentants des usagers et les usagers eux-mêmes</p> <p>Valeurs</p>	<p>14 Valeurs de qualité et sécurité</p> <p>15 Excellence clinique</p> <p>16 Formation / <i>mentoring</i> / <i>coaching</i></p> <p>17 Culture de non blâme</p> <p>18 Connaissance par le staff de l'implication du conseil d'administration et des gestionnaires dans la qualité et la sécurité</p>

Tableau I (suite)
les éléments mobilisés par les pratiques stratégiques et managériales

Pratiques managériales	
Gouvernance d'ensemble	Gouvernance de proximité
<p>1 Humaines: éducation, formation, développement</p> <p>2 Financières</p> <p>3 Informatives</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestion de l'information : sur les <i>outcomes</i> et <i>outputs</i> pour le <i>board</i> les gestionnaires et les cliniciens • sur <i>evidence-based management and Clinique</i> et <i>mix</i> des deux avec les cliniciens <p>4 Matérielles</p> <ul style="list-style-type: none"> • outils de la qualité <p>5 Structurelles</p> <p>6 Politiques</p>	<p>7 Humaines : personnes en accord avec les postes qu'ils occupent</p> <p>8 Participation des acteurs de terrain aux prises de décision concernant l'allocation des ressources</p> <p>9 Temps pour planifier</p> <p>10 Technologie informationnelle pour favoriser la pratique</p>
<p>Ressources</p>	
<p>Production</p> <p>1 Développement de <i>pathway</i>, documentation des processus</p> <p>2 Outils d'évaluation</p> <p>3 Suivi d'indicateurs / <i>feedback</i></p> <p>4 Outils de projets, mise à disposition de procédures et de protocoles</p>	<p>5 Intégration des soins et des services</p> <p>6 Excellente communication</p> <p>7 Travail en équipe multidisciplinaire</p> <p>8 Soins centrés sur le patient</p> <p>9 Gestion efficace des risques</p> <p>10 Développement de démarches d'amélioration continue de la qualité</p> <p>11 Utilisation de guides de pratique clinique, de procédures claires</p> <p>12 <i>Leadership</i> médical</p> <p>13 Utilisation d'indicateurs de qualité, d'outils de gestion de processus</p> <p>14 Connaissance des responsabilités de chacun</p>

velle connaissance, nouvelle technologie, nouvelle réglementation, etc.) qui peuvent amener des changements dans les modes d'organisation et de prise en charge. Elle a donc un rôle primordial dans la mise en œuvre de changement dans une organisation. Elle s'assure que le changement est porté par un *leadership* partagé [41, 42], c'est-à-dire par différents groupes de leaders capables de combiner des expertises et des légitimités différentes, basées sur des expériences variées [43-46]. Un tel *leadership* favorise le partage de valeurs communes [47], la mobilisation des acteurs à différents niveaux de l'organisation [28, 43, 48-50] et la capacité réflexive des acteurs afin que ceux-ci comprennent les raisons du changement [51, 52]. Il est aussi important que la gouvernance d'ensemble prenne en considération le point de vue de l'usager et de sa famille [53] et l'intègre dans la prise de décision [54, 55]. Une bonne gouvernance d'ensemble s'appuie aussi sur les résultats de la recherche en gestion et en politiques de santé afin de s'adapter aux meilleures pratiques dans ces domaines [56].

Au niveau de la *gouvernance de proximité*, l'adaptation se réfère non seulement à la capacité des acteurs à faire évoluer leur pratiques en fonction des connaissances, des technologies et des ressources, mais aussi à la capacité pour les acteurs d'apprendre de leurs erreurs, de pouvoir réagir rapidement aux situations à risque et ainsi de développer une capacité apprenante. Toujours à ce niveau, les cliniciens doivent être à l'écoute des usagers et s'adapter à leurs besoins et exigences. Cette capacité d'adaptation est favorisée par la présence de leaders cliniques qui deviennent des modèles dans la mise en œuvre de changement.

L'adaptation réfère aussi à la capacité de la *gouvernance d'ensemble* à soutenir la *gouvernance de proximité* dans sa capacité d'adaptation aux nouvelles connaissances et technologies en lien direct avec la production des soins. Les cliniciens appelés à mettre en œuvre de nouvelles pratiques cliniques dues à l'évolution des savoirs, travaillent de concert avec les gestionnaires dans le but de favoriser des soins sûrs et de qualité. Dans ce cadre, les gestionnaires favorisent l'accès à ces nouvelles connaissances et participent à faciliter leur mise en œuvre. En échange, les professionnels s'engagent à appliquer ces nouvelles connaissances. Cette interaction permet de motiver et de mobiliser les professionnels et non-professionnels pour promouvoir de meilleures modalités de prise en charge afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts. La participation de tous les acteurs est nécessaire aux différentes étapes de la mise en place d'un changement [57, 58]. Le but ultime de cette capacité d'adaptation est de développer une organisation apprenante qui soit capable non seulement d'apprendre de ses propres modes de fonctionnement mais aussi qui in-

tègre les changements venant de l'extérieur de manière fluide et intégrée [59].

⇒ *Les pratiques de gouvernance au service du renforcement des valeurs*

Les valeurs forgent les représentations et priorités d'une organisation. Dans un établissement de santé (ES), la construction de valeurs communes, managériales et cliniques, autour du service rendu au patient permet d'établir des bases communes à la prise de décision et à l'action [60]. Pour ce faire, l'ES se donne un cadre de référence consensuel sur les valeurs sous-jacentes de l'organisation afin de les rendre explicites pour une meilleure adhésion. Les administrateurs et les gestionnaires ont un rôle primordial dans la diffusion de ces valeurs à travers l'organisation et ses membres [25]. C'est pourquoi il est essentiel que la *gouvernance d'ensemble* affiche haut et fort son engagement dans la qualité et la sécurité et que la gouvernance de proximité détienne la connaissance de cette implication dans l'excellence clinique.

Au niveau de la *gouvernance d'ensemble*, la culture organisationnelle s'exprime dans plusieurs domaines structurant la production de services de qualité. Tout d'abord, un bon climat de travail permet aux professionnels et aux personnels de travailler de manière harmonieuse et d'offrir des soins et des services de qualité. Les hôpitaux dits « magnétiques » [61-63] sont un bon exemple de l'impact du climat de travail sur la capacité de retenir les professionnels de la santé dans les ES en limitant les épuisements professionnels (*burn-out*) et en favorisant la reconnaissance du travail bien fait [64-66].

Le développement d'une culture de sécurité passe par la formation, le *mentoring* et le *coaching* basés sur le développement de valeurs communes et partagées orientées vers la sécurité des patients, des employés et des professionnels [36]. Ces stratégies sont encouragées au niveau de la gouvernance d'ensemble. Elles ont un impact direct sur la gouvernance de proximité en encourageant la mise en place de principes et l'utilisation de techniques sûres qui conditionnent un comportement adapté et vigilant du personnel et des professionnels. Les administrateurs et les gestionnaires ont donc un rôle essentiel à jouer dans la promotion d'une culture d'apprentissage par l'erreur et non par celle du blâme [67].

Enfin, une culture de coopération et non de compétition et de conflits entre les différents intervenants, en lien direct avec une culture de sécurité, est essentielle. La gouvernance d'ensemble cherche à développer cette culture afin de maintenir l'engagement et l'intérêt des employés et des professionnels à résoudre des conflits et à améliorer leurs tâches. Elle va à la rencontre des besoins de tous ceux qui travaillent dans l'organisation, en particulier

ceux des médecins. Cette culture contribue ainsi à établir une relation de confiance entre les différents acteurs des ES, incluant les usagers.

Au niveau de la *gouvernance de proximité*, les professionnels et les employés sont censés de par leur code d'éthique professionnel, partager des valeurs communes autour de la qualité et la sécurité. Toutefois, le manque de vision commune de la part de ces acteurs peut nuire à la compréhension et à la mise en œuvre de pratiques porteuses de qualité et de sécurité. Pour renforcer une compréhension et une vision commune, des lieux d'échange associant différents acteurs permettent de débattre des valeurs qui sous-tendent les prises de décisions favorables à la qualité et la sécurité. Le renforcement des ces valeurs peut aussi se faire grâce à des sessions de formation lors de l'embauche, du mentorat et du coaching des nouveaux arrivants [68].

⇨ *Les pratiques de gouvernances favorables à l'optimisation de l'allocation des ressources*

La *gouvernance d'ensemble* (GE) a un rôle primordial dans l'allocation des ressources, mais cette allocation ne peut se faire sans la participation active de la *gouvernance de proximité* (GP) qui est la plus à même de déterminer ces besoins. Cette allocation porte sur les ressources humaines, informationnelles, matérielles, structurelles, financières voire politiques !

En ce qui concerne les ressources humaines, la gouvernance d'ensemble promeut l'éducation, la formation et le développement des personnels et professionnels. Elle s'assure aussi que les personnes recrutées partagent les valeurs de l'organisation et sont suffisamment bien formées pour leur fonction [68]. Les ressources informationnelles, au niveau de la gouvernance d'ensemble, portent sur le recueil d'une information clinique en lien avec les processus et les résultats. Cette information, traduite à différents niveaux de l'organisation en fonction des besoins des acteurs, permet de suivre l'évolution de la qualité et de la sécurité des soins et des services et de se fixer des objectifs. A cette information clinique, la GE ajoute des dimensions économiques permettant de suivre l'efficacité et l'efficacités. La gouvernance d'ensemble a aussi comme rôle de fournir de l'information concernant les meilleures pratiques pour les décisions stratégiques, managériales ou cliniques en mettant à la disposition des acteurs les résultats de la recherche ou des recommandations de bonnes pratiques [69].

La GE travaille de concert avec la GP pour choisir les ressources matérielles, surtout lorsque celles-ci ont un impact direct sur les processus de soins. En ce qui concerne les structures, diverses formes organisationnelles peuvent exister (direction, comités, groupe de tra-

vail, etc.) pour promouvoir, gérer et communiquer en matière de qualité et de sécurité. L'allocation des ressources financières reflète les priorités de l'organisation tout en tenant compte des contraintes internes et externes [70]. Enfin, les ressources politiques font référence à la présence de politiques claires dans le domaine de la qualité et de la sécurité édictées au niveau de la GE.

La décentralisation des ressources permet de laisser une certaine autonomie aux responsables cliniques qui décident de les allouer de manière justifiée à leurs besoins et aux processus cliniques. Mais cette gestion respecte aussi un certain équilibre entre les différentes spécialités cliniques afin de garantir une répartition équitable et efficiente [71]. Finalement, afin que la gouvernance d'ensemble puisse saisir la dynamique de la gouvernance de proximité, il s'avère essentiel que cette dernière acquiert un minimum de connaissances cliniques et, vice-versa, la gouvernance de proximité comprenne l'apport de la gestion à sa pratique.

⇨ *Les pratiques de gouvernance qui favorisent une production de soins et services intégrée*

Par l'amélioration de la production, on entend l'ajustement de l'organisation de la production, de la dispensation des soins et des pratiques cliniques à l'évolution des connaissances qui tiennent compte des contraintes techniques et économiques. Cela touche en premier lieu la gouvernance de proximité.

Toutefois, la *gouvernance d'ensemble* a comme souci de mettre au service des professionnels et des employés exerçant dans l'ES les conditions permettant d'améliorer les conditions de production afin que les soins et les services soient sûrs et de qualité. La GE promeut des modes d'organisation des soins centrés sur le patient grâce à une prise en charge multidisciplinaire, y incluant les gestionnaires. Ceci se traduit au niveau clinique par une amélioration des processus cliniques visant le *continuum* de la prise en charge [34, 36, 42, 72, 73]. Pour cela, la GE met à la disposition de la GP, d'une part, des outils de gestion de projets et, d'autre part, des outils d'évaluation, de documentation de processus (*Pathway*), de protocoles et de procédures de prises en charge. Ces différents outils peuvent ainsi aider à la prise de décision et à la réalisation des objectifs de l'organisation [74] en favorisant la coordination, l'évaluation des activités de production et l'allocation optimale des ressources. Une culture organisationnelle qui met l'accent sur l'efficacité et la coordination des soins, est plus à même d'utiliser les guides et les protocoles de bonnes pratiques [75]. Aussi, a-t-il été démontré que le comportement des gestionnaires pour la promotion des guides de bonnes pratiques est essentiel pour leur adoption au niveau de la clinique [76]. Cela peut se traduire, par exemple, en

devenant eux-mêmes des utilisateurs de résultats de recherche dans l'exercice de leur fonction ou en prônant et favorisant l'utilisation de guides de bonnes pratiques au niveau clinique [77, 78].

La GE s'assure aussi que la GP peut suivre sa productivité et sa qualité grâce à des indicateurs, des tableaux de bord ou encore des comparaisons entre services ou établissements. Cette rétroaction, permise par des indicateurs choisis conjointement par la GE et la GP, permet de donner du sens au travail des opérateurs. Elle permet de les aider à s'interroger sur leurs pratiques afin de pouvoir les améliorer en bénéficiant, par exemple, de lieux de discussion favorisant des échanges sur les modalités de prise en charge. En effet, les ES ont souvent des systèmes de suivi très rudimentaires et axés sur des données administratives et comptables. Le recueil systématique d'informations cliniques pertinentes et fiables dans le domaine de la qualité et de la sécurité est donc une des pierres angulaires pour améliorer la qualité de la production dans les meilleures conditions [79]. Les acteurs de la gouvernance de proximité participent de manière active au recueil de l'information pertinente.

Un aspect essentiel de la *gouvernance de proximité* est l'importance de la communication entre les acteurs. Cette communication se situe, tout d'abord, entre le patient et les intervenants cliniques. En effet, cette communication peut directement avoir un impact, par exemple, sur la satisfaction ou la prévention d'accidents [73, 81]. La communication touche aussi les intervenants entre eux. L'amélioration des processus [35, 82] nécessite la coordination des activités [81, 83] et la coopération entre les professionnels de différents services ou différentes unités de soins [37, 76], favorisée par la GE [36, 59, 84]. Ils fournissent aussi des données pour une meilleure coordination et une gestion intégrée des ressources. La coordination et la communication affectent la qualité des soins par la spécificité des tâches à effectuer et des rôles que chaque personne joue au sein des équipes de soins [83], comprenant les médecins. En effet, bien que les médecins aient un rôle prépondérant comme initiateurs des soins, ils font partie intégrante d'une équipe [85]. Les médecins sont donc amenés à prendre en considération cette dimension, alors même que la pratique médicale est individualiste. De plus, pour amener les médecins à s'intéresser à la qualité et à être des acteurs actifs dans l'évaluation de leurs pratiques, par exemple, il est important que leur travail soit reconnu et récompensé non seulement par leurs patients mais aussi, en interne, par les administrateurs et les gestionnaires [86]. Le *leadership* médical dans un ES a ainsi une responsabilité importante pour encourager ces comportements et faire adhérer les médecins au concept de gouvernance clinique, comme les administrateurs et les gestionnaires par leurs actions concrètes favorisant des conditions de travail optimales [87-89]. La formation des *leaders* médicaux et leur

participation à la prise de décision à tous les niveaux de l'organisation permettent de stimuler la participation des médecins aux objectifs de l'organisation, auxquels ils sont associés et auxquels ils adhèrent [90].

III - CONCLUSION

Le concept de gouvernance clinique se fonde sur la reconnaissance d'une interdépendance entre les pratiques cliniques et le contexte organisationnel dans lequel les professionnels exercent. Dans cet article, nous avons développé un modèle qui identifie les pratiques de gouvernance stratégiques et managériales propices au développement simultané de la clinique et de l'organisation. Ces pratiques se rapportent à la fois au pilotage d'ensemble de l'organisation (gouvernance d'ensemble) et à la structuration du travail des opérateurs (gouvernance de proximité). Dans les deux cas, des efforts de définition des orientations et d'opérationnalisation des modes concrets d'organisation sont en jeu. Ce modèle offre une relecture de la gouvernance clinique et souligne l'importance du *leadership* clinique dans la performance des organisations de santé et ce, non seulement au niveau opératoire mais aussi au niveau stratégique. Le modèle donne aussi une place prépondérante aux administrateurs et aux gestionnaires qui œuvrent à enrichir le contexte dans lequel les professionnels pratiquent. Ce modèle permet ainsi de mettre en évidence la symétrie et l'interdépendance qui existent entre le management et la clinique, de même, il présente ainsi une lecture heuristique pour analyser la gouvernance des organisations dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services offerts aux personnes soignées.

Remerciements

Les auteurs remercient Johanne Prével et Catherine Safianyuk pour le soutien apporté à la rédaction de cet article, ainsi que Linette Cohen pour sa relecture. Ils souhaitent aussi mentionner que cet article est issu d'un travail réalisé pour la Haute Autorité de santé dans le cadre de la refonte du manuel de certification V2010.

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization (WHO). *World health report 2000*. Geneva : WHO; 2000.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, Paris : OECD ; 2005.
3. Figeras J, Robinson R, Jakubowski E. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead (UK): Open University Press; 2005

4. Day P, Klein R. *Who can make the health service listen?* *Health Serv J* 2007;117:18-9.
5. Sandier S, Polton D, Paris V. *Health Care Systems in Transition: France*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
6. Polton D. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*. Paris : La Documentation Française ; 2000.
7. Romanow RJ. *Rapport d'étape*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada ; Février 2002.
8. Kirby M, Lebreton M. *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral. Vol 5 : Principes et recommandations en vue d'une réforme - Partie I*. Ottawa : Sénat ; 2002.
9. Backer R, Norton P. *La sécurité des patients et les erreurs médicales dans le système de santé canadien*. Santé Canada ; 2002. [<http://www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php>]
10. The Institute of Medicine. *Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academy Press; 2001.
11. Contandriopoulos AP. *Réformer le système de santé : Une utopie pour sortir d'un statu quo impossible*. *Ruptures* 1994;1:8-26.
12. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Avargues MC. *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes*. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000;48:517-39.
13. Champagne F, Contandriopoulos AP, Denis JL, Lamothe L. *Developing a conceptual model for security analysis in health organizations. Appendix report submitted to health Canada*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal ; 2002.
14. Contandriopoulos AP. *Santé et dignité humaine au Canada: entre espoirs et désarrois*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal ; 2006.
15. De Pourville G. *Quelques aspects théoriques et pratiques sur la mesure de la performance hospitalière*. *Ruptures* 1998;5:99-105.
16. Minvielle E. *Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades*. *Ruptures* 2000;7:8-22.
17. Secretary of State for Health. *The new NHS: Modern and Dependable*. London : HMSO ; 1997
18. NHS Executive. *Governance in the New NHS*. London : NHS ;1999.
19. Garside P. *Organizational context for quality lessons from the fields of organisational development and change management*. *Qual Health Care* 1998;7:S8-15.
20. Walsh K, Shortell SM. *When things go wrong: how health care organizations deal with major failures*. *Health Aff* 2004;2:103-11.
21. Martin G. *Characteristics of successful health-care organizations: the HR dimension*. *Health manpower management* 1994;20:35-40.
22. Vanu Som C. *Clinical governance: a fresh look at its definition*. *Viewpoint. Clinical governance: an international journal* 2004;9:87-90.
23. Homa P, Bevan H. *If your hospital did not exist, how would you create it?* *The hospital Management Handbook* 1995.
24. Buetow SA, Roland M. *Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care*. *Qual Health Care* 1999;8:184-90.
25. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Barnsley J, Beland F, Leggat SG, et al. *A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance*. *Health Serv Manage Res* 1998;11:24-48.
26. Nicholis S, Cullen R, O'Neill S, Halligan A. *Clinical governance: its origins and its foundations*. *Clin Perform Qual Health Care* 2000;8:172-8.
27. Rhodes RAW. *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity, and accountability*. Buckingham (UK) : Open University Press ; 1997.
28. Hatchuel A. *Prospective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective ?* In : Heurgeon E, Landrieu J, eds. *Prospective pour une gouvernance démocratique, 2000 ; Actes du Colloque « Prospective d'un siècle à l'autre : nouvelles dimensions de la gouvernance »*, Cerisy-la-Salle (France), 4-10 juin 1999.
29. Rouleau L. *Théories des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2007.
30. Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. *Transformer l'entreprise*. Numéro thématique : *Transformer l'organisation*. *Revue Internationale de Gestion* 1999;24:122-30.
31. Schein EH. *Organisational Culture and Leadership*. San Francisco (USA) : Jossey-Bass, 2e édition ; 1992.
32. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP. *La performance organisationnelle des organismes publics de santé*. *Ruptures* 1999;6:34-46.
33. Barnard C. *The Functions of the Executive*. Cambridge

(MA) : Harvard University Press ; 1968.

34. Ham C, McLeod H. *Redesigning Work Processes in Health Care: Lessons from the National Health Service*. *Milbank Q* 2003;81:410-39.

35. Davies Huw TO, Nutley SM, Russel M. *Organizational culture and quality of health care*. *Qual Health Care* 2000;9:111-9.

36. Hoff T, Jameson L, Hannan E, Link E. *A review of the literature examining linkages between organizational factors, medical errors and patient safety*. *Med Care Res Rev* 2004;61:3-37.

37. Marin J, Poulter A. *Dissemination of competitive intelligence*. *Journal of Information Science* 2004;30:165-80.

38. Paterson M. *Bibliography on Competitive Intelligence*. NRC Information Centre, Canada Institute for Scientific and Technical Information (CISTI) for CFL Fall Seminar - Strategic Intelligence. 1999.

39. Carver J. *Boards that make a difference: A new design for leadership in non profit and public organizations*. 2nd ed. San Francisco (USA): Jossey-Bass; 1997.

40. Roberts J, McNulty T, Stiles P. *Beyond agency conceptions of the work of the non-executive director: Creating accountability in the boardroom*. *JM* 2005;16:S5-S26.

41. Conger JA, Kanungo RN. *Charismatic Leadership in Organizations*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications. 1998

42. Weiner BJ, Alexander JA, Shortell SM. *Leadership for Quality Improvement in Health Care: Empirical Evidence on Hospital Boards, Managers, and Physicians*. *Med Care Res Rev* 1996;53:397-416.

43. Denis JL, Lamothe L, Langley A. *The dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations*. *Acad Manage J* 2001;44:809-37.

44. Denis JL, Langley A, Cazale L. *Leadership and strategic change under ambiguity*. *Organization Studies* 1996;17:673-99.

45. Denis JL, Langley A, Rouleau L. *Rethinking leadership in public organisations*. In : Ferlie E, Lynn L, Pollit C, eds. *Handbook of public administration*. London (UK) : Oxford University Press; 2005.

46. Denis JL, Langley A, Pineault M. *Becoming a leader in a complex organisation*. *Journal of management studies* 2000;37:1063-99.

47. Reichheld FF. *Lead for loyalty*. *Harv Bus Rev* 2001;79: 76-84.

48. Pettigrew AM, Whipp R. *Managing change for competitive success*. Oxford (UK): Basil Blackwell ; 1991.

49. Callon M, Lascoumes P, Barthe Y. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris : Éditions Seuil ; 2001.

50. Lascoumes P. *Rendre gouvernable : de la « traduction » au « transcodage »*. *L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique*, dans *La gouvernabilité*. Paris : PUF ; 1996. p. 325-38.

51. Pomey MP, Contandriopoulos AP, François P, Bertrand D. *L'accréditation en France : un outil de changement organisationnel ? Une étude de cas dans un centre hospitalier universitaire*. *Journal d'Économie Médicale* 2004; 22:255-72.

52. Kleiber C. *Organisation du changement à l'hôpital*. *Ruptures* 1997;4:218-29.

53. Forest PG, Abelson J, Gauvin FP, Smith P, Martin E, Eyles J. *Participation de la population et décision dans les systèmes de santé et de services sociaux du Québec*. Québec : Conseil de la santé et du bien-être ; 2000.

54. Ladouceur L. *Recherche sur le fonctionnement de l'impact des comités des usagers*. Gatineau (Canada) : Regroupement des comités des usagers de l'Outaouais ; 2004.

55. Lagacé B. *Rôle et place du comité des usagers dans la gestion des établissements de santé et de services sociaux du Québec*, Montréal : Université de Montréal, rapport dirigé, *Maitrise en administration de la santé* ; décembre 2006.

56. Øvretveit J. *Evaluation informed management and clinical governance*. *The British Journal of Clinical Governance* 1999;4:103-8.

57. D'Adamo M, Kols A. *A tool for sharing internal best practices*. *Information and knowledge for optimal health*. USAID 2005.

58. Weiner BJ, Alexander JA, Baker LC, Shortell SM. *Quality Improvement Implementation and Hospital Performance on Hospital Performance on Patient Safety Indicators*. *Med Care Res Rev* 2006;63: 29-57.

59. Schön DA. *The reflective practitioner*. New York : Basic Books ; 1983.

60. Quinn RE, Kimberly JR. *Paradox, Planning and Perseverance: Guidelines for managerial practices*. Homewood (Illinois): RDI, *Managed Organizational Transitions* ; 1984.

61. Aiken L. *Superior Outcomes for Magnet Hospitals: The Evidence Base*. *Magnet Hospitals Revisited. Attraction and Retention of Professional Nurses*. Washington: American Nurses Publishing; 2002. p.61-82.

62. Kramer M, Schmalenberg CE. *Best Quality Patient Care. A historical perspective on magnet hospitals*. *Nurs Adm Q* 2005;29:275-87.

63. Brunelle Y. *Une source d'enseignements : les hôpitaux « magnétiques » américains*. Québec : Direction de l'organisation. Ministère de la santé et des services sociaux ; 2008.
64. Lavoie-Tremblay M, et al. *Amélioration de l'environnement de travail psychosocial*. Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation, Info_thème n2 ; octobre 2006.
65. Zeytinoglu I and Denton M. *Main d'œuvre satisfaite, main d'œuvre fidèle : les effets du travail et de l'environnement de travail sur la satisfaction professionnelle, l'épuisement professionnel, la santé physique et le maintien du personnel des foyers pour aînés*. Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation ; 2005. [http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/zeytinoglu_f.pdf].
66. *Quality worklife quality healthcare collaborative. Within our Grasp. A Healthy Workplace Action Strategy for Success and Sustainability in Canada's Healthcare System*. Canadian Council on Health Services Accreditation ; 2007
67. Reason J. *Safety in the operating theatre. Part 2: human error and organisational failure*. *Qual Saf Health Care* 2005;14:56-60.
68. Berry L, Bendapudi N. *Clueing in Customers*. *Harv Bus Rev* 2003;81:100-6.
69. Alexander JA, Weiner BJ, Shortell SM, Baker LC, Becker M. *The role of organizational infrastructure in implementation of Hospitals' Quality Improvement*. *Hosp Top* 2006;84:11-21.
70. Denis JL, Pomey MP, Champagne F, Tre G. *A Framework for the Analysis of Management in Health Care Organizations and Proposed Standards for Practice*. Ottawa : Canadian Council on Health Services Accreditation ; May 2007.
71. Claveranne JP, Pascal C. *Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*. Paris : Médica ; 2004.
72. Blumenthal D, Kilo CM. *A report card on continuous quality improvement*. *Milbank Q* 1998;76:625-48.
73. Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. *Five system Barriers to achieving Ultrasafe health Care*. *Ann intern med* 2005;142:756-64.
74. Berry M. *Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes*. Paris : CRG/Polytechnique, Rapport pour le Ministère de la recherche et de la technologie ; 1982.
75. Bertha W, Teare G, Gilbert E, Ginsburg L, Lemieux-Charles L, Davis D, et al. *The contingencies of organizational learning in long term care: Factors that affect innovation adoption*. *Health Care Manage Rev* 2005;30:282-92.
76. Grol R, Wensing M. *What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice*. *MJA* 2004;180:S57-S60.
77. Oxman A, Flottorp S. *An overview of strategies to promote implementation of evidence based health care*. In : Dilagay C, Haines, A, eds. *Evidence based practice in primary care*. London : BMJ Books ; 2001.
78. Soldberg L. *Guideline implementations: what the literature doesn't tell us*. *Jt Comm Journal of Quality Improvement* 2000;26:525-37.
79. Ramanujam R, Rousseau DM. *The challenge are organizational not just clinical*. *Journal of organizational behavior* 2006;27:811-27.