

Les enjeux d'une gouvernance clinique intégrée

The challenges of integrated clinical governance

Pascal C¹

Résumé

Encore peu connu en France, le concept de gouvernance clinique connaît un engouement certain dans les pays anglo-saxons depuis sa formulation en 1998. Si l'expression désigne davantage une philosophie du management de la qualité des prises en charge qu'un corps bien établi d'outils et de techniques de gestion, elle suscite cependant des interrogations panoramiques sur le rôle des normes professionnelles, des acteurs chargés de son implémentation, et sur l'universalité des conditions de sa mise en œuvre. La transposition et l'adaptation des normes exogènes au contexte organisationnel de chaque établissement constituent ainsi l'un des enjeux majeurs de l'intégration de la gouvernance clinique à la gouvernance globale. Le rôle central du *leadership* médical ne doit cependant pas occulter l'importance d'un *leadership* collectif et partagé, intégrant notamment le rôle central des cadres de santé, mais aussi d'autres fonctions comme la qualité et l'information médicale, de plus en plus cantonnées dans une posture purement technicienne. Séduisants dans leur énoncé, les principes de la gouvernance clinique font néanmoins l'impasse sur la question concrète des ressources nécessaires, particulièrement prégnante dans les petits établissements, ainsi que sur les spécificités du fonctionnement des cliniques privées, qui peuvent rendre plus problématique l'investissement collectif dans de telles démarches.

Prat Organ Soins 2008;39(3):195-99

Mots-clés : Gouvernance clinique ; gouvernance de l'entreprise ; qualité ; norme ; clinique privée.

Summary

Still relatively unfamiliar in France, the concept of clinical governance has proved popular in Anglo-Saxon countries since its introduction in 1998. The expression may refer more to a philosophy of managing the quality of patient care than to a well-established system of tools and management techniques, but it nonetheless raises sweeping questions over the role of professional standards, stakeholders involved in implementing it and the universality of the conditions for its implementation. The transposition and adaptation of exogenous standards to the organisational context of each establishment is therefore one of the major challenges of integrating clinical governance into global governance. The central role of medical leadership should not overshadow the importance of collective and shared leadership however, particularly integrating both the central role of healthcare managers and other responsibilities such as quality and medical information, which are increasingly confined to a purely technical position. Despite sounding a winning formula, the principles of clinical governance overlook the specific question of necessary resources, particularly relevant in small establishments, and of the specific way in which private clinics are run, which can make the collective investment in such initiatives more problematic.

Prat Organ Soins 2008;39(3):195-99

Keywords: clinical governance; corporate governance; quality; standard; hospitals, proprietary.

¹ Maître de conférences en sciences de gestion, IFROSS, Université Jean Moulin Lyon 3.

Adresse pour correspondance : Christophe Pascal, IFROSS, Université Jean Moulin Lyon 3, 18 rue Chevreul, F-69007 Lyon.
E-mail : pascal@univ-lyon3.fr

I - INTRODUCTION

Le concept de « gouvernance clinique » est peu connu en France : la Haute Autorité de santé ne lui consacre que huit lignes dans son manuel d'accréditation des établissements de santé de septembre 2004 [1], et les publications en langue française sur la question sont quasiment inexistantes. Cette situation contraste avec les pays anglo-saxons, dans lesquels la gouvernance clinique, initialement conceptualisée dans le cadre bien spécifique de la gestion des établissements du *National health service* (NHS) britannique en 1998, s'est progressivement répandue à l'ensemble du champ des établissements sanitaires et même au-delà, au secteur des soins primaires. La base de données Medline recense ainsi 770 publications sur ce thème ces dix dernières années. Cette faible notoriété s'explique sans doute en grande partie par l'assimilation, dans le contexte français, de la gouvernance clinique aux seules problématiques du management de la qualité [2]. C'est d'ailleurs sous l'angle de « l'appréciation du service médical rendu au patient » et du « rôle primordial des dirigeants, notamment médicaux, dans la mise en place des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité » que la Haute Autorité de santé intègre la notion [1]. Si l'expression en tant que telle n'a pas encore fait florès en France, il n'en demeure pas moins que le constat qui préside à son succès outre-manche et outre-atlantique est en revanche largement partagé : la qualité des soins est encore notoirement insatisfaisante, et le clivage opposant le monde de la gestion au monde des professionnels du soin est un obstacle majeur à l'amélioration de la qualité des soins et des services et à l'efficacité des prises en charge. La responsabilité de la qualité des soins ne doit pas être l'apanage des professionnels, elle doit au contraire être partagée par la totalité des personnels d'un établissement, et le *top management*, qui doit en assurer la responsabilité finale devant les différents *stakeholders*, en particulier le public et les financeurs. Une telle vision, qui pourrait paraître banale dans une entreprise marchande classique, est beaucoup plus problématique dans les établissements de santé en ce qu'elle percuté les fondements mêmes de toute bureaucratie professionnelle : le pouvoir lié à l'autonomie des professionnels. Confier la responsabilité finale de la qualité à la Direction revient de fait à déposséder les médecins et les paramédicaux d'une partie de leur autonomie dans l'appréciation du travail de leurs pairs. Elle implique aussi, comme le souligne André-Pierre Contandriopoulos, le passage d'une coordination essentiellement informelle entre professionnels à une coordination plus formelle. La variété des éléments relevant de la gouvernance clinique donne une idée de l'ampleur de la tâche : formation continue des professionnels, audit des pratiques cliniques, mesure de l'efficacité clinique, recherche et développement, transparence des processus de gouvernance mis en place et de leurs résultats, développement de la gestion des

risques [3]. Si les variables à maîtriser dans chacun de ces domaines pour améliorer la qualité des soins sont innombrables et ont fait l'objet de multiples développements dans la littérature gestionnaire et médicale, trois dimensions posent particulièrement question : l'origine des normes professionnelles, la conception du *leadership* et le contexte d'implémentation.

II - NORMES PROFESSIONNELLES ET CORPORATE GOVERNANCE

Le développement de l'évaluation des pratiques cliniques porté par la gouvernance clinique confère aux normes et référentiels professionnels un rôle central dans l'amélioration de la qualité des soins. Or, ces normes sont le plus souvent exogènes aux établissements, édictées par des sociétés savantes ou des instances de normalisation comme la Haute Autorité de santé. Leur mise en œuvre pose dès lors deux séries de questions suivant leur degré de transposabilité à un établissement :

1. Cas de figure n° 1

Les normes sont directement applicables par les professionnels, sans nécessité d'adaptation au contexte spécifique de l'établissement. Si ces professionnels décident effectivement de les appliquer de façon stricte sans prendre en compte, au nom du refus de l'intrusion des logiques marchandes, les incidences organisationnelles et financières, le risque est grand de renforcer le conflit entre la sphère médicale et la sphère administrative, puisque cette dernière va devoir justifier de sa capacité ou de son incapacité à fournir les conditions matérielles, humaines et financières nécessaires à l'atteinte des dites normes. La gouvernance clinique n'apparaît plus alors comme un sous-ensemble de la *corporate governance* de l'hôpital dédié exclusivement à l'amélioration de la qualité de la production des soins, mais au contraire comme le cadre contenant de la *corporate governance* hospitalière. L'autonomie ainsi accordée aux professionnels (ou que ceux-ci se sont arrogés) peut dès lors conduire à un affaiblissement du rôle de la direction comme acteur central de la stratégie. Un tel cas de figure peut être assez délétère pour l'organisation hospitalière, en ce qu'il va renforcer les cloisonnements médicaux, chaque spécialité se référant à ses propres référentiels externes aux dépens d'un véritable projet médical commun à l'établissement.

2. Cas de figure n° 2

Les normes ne sont pas applicables en l'état par les professionnels, soit parce qu'elles sont multiples et hétérogènes¹, soit parce qu'elles ne sont pas adaptées aux

¹ On dénombre par exemple 52 sociétés savantes en psychiatrie.

particularités locales de l'activité desdits professionnels. Un travail collectif de synthèse et de traduction de ces normes est dès lors nécessaire pour permettre leur appropriation et leur mise en œuvre. L'un des enjeux de la gouvernance clinique repose alors dans la capacité à produire une représentation collective partagée des référentiels et des normes acceptables et applicables tant d'un point de vue clinique que d'un point de vue économique dans l'établissement. Dans ce cadre-là, la gouvernance clinique s'inscrit en parfaite cohérence avec la gouvernance de l'établissement : les normes adoptées dans un établissement ne sont pas l'émanation de la hiérarchie, mais repose sur la réflexion commune des professionnels à une même situation de travail : elles sont une formalisation centralisée de procédures et de protocoles définis de façon décentralisée par les médecins et les paramédicaux. L'intérêt accordé au recensement et à la diffusion des bonnes pratiques au sein d'un établissement, dans le cadre par exemple des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, voire entre établissements, marque très nettement la rupture conceptuelle ainsi opérée : la règle n'est plus la formalisation d'une représentation idéale du « bon travail » pensée en dehors des pratiques et expériences réelles des opérateurs, mais bien la centralisation formalisée à des fins de diffusion de pratiques réellement observées. Se dessine en quelque sorte une spirale renvoyant le prescrit au pratiqué et le pratiqué au prescrit [4]. L'autonomie accordée aux professionnels s'exerce dans le cadre borné et délimité des orientations stratégiques et de la mission définie de l'établissement : comme l'ont bien observé Bauer et Cohen [5], elle ne porte jamais que sur des décisions opératoires, des décisions d'adaptation à des incertitudes et à des aléas imprévisibles dans le cadre des décisions adoptées par l'encadrement ou le sommet stratégique de l'organisation, sans que les décisions d'un niveau supérieur ne soient et ne puissent être remises en question.

III - LES ACTEURS DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE

La plupart des travaux sur la gouvernance clinique mettent en avant la nécessité d'identifier des leaders cliniques pour porter les projets d'amélioration de la qualité des prises en charge au sein des équipes soignantes mais aussi entre les équipes et l'administration. Les équipes multidisciplinaires sont en effet des instances difficiles à gérer, elles sont soumises à plusieurs types de tensions auxquelles elles répondent avec plus ou moins de succès. Des conflits peuvent survenir entre différentes approches thérapeutiques, entre des personnes en autorité, entre des leaders formels et informels, entre des structures institutionnelles et des

orientations de l'équipe, etc. Les qualités nécessaires au leader clinique pour surmonter ces difficultés sont finalement proches de celles de tout leader organisationnel [6] : capacité à obtenir un consensus, à gérer les désaccords, à identifier les enjeux cachés, à faire émerger et à faire partager une vision commune. Elles ne justifient en rien de limiter, comme le font implicitement de nombreux auteurs, le champ du *leadership* clinique aux seuls médecins. En particulier, le rôle des cadres de santé, qui sont par nature à l'interface entre les exigences soignantes et les contraintes administratives, est souvent ignoré. Le parcours métissé de ces personnels, mêlant une formation de base axée sur les soins et une formation complémentaire en management, et de multiples expériences de gestion quotidienne des conflits entre les professionnels de la prise en charge, leur donne au moins les compétences nécessaires pour gérer la dichotomie entre dimensions économiques et dimensions soignantes. La maîtrise de cette double compétence, même si bien entendu, elle ne suffit pas à faire émerger des leaders, est cependant un atout considérable, comme le souligne d'ailleurs la demande pressante des médecins nouvellement responsables de pôle pour une véritable formation à cette fonction.

D'autre part, le *leadership* clinique ne se réduit pas nécessairement à un exercice solitaire. La voie du *leadership* collectif voire partagé [7], par exemple sous la forme d'un binôme cadre de santé – médecin porteur d'un projet partagé, mériterait d'être davantage explorée. Si des expériences de terrain démontrent de façon empirique la validité d'un tel *leadership*, les travaux sur les modalités de création et de pérennisation d'un tel fonctionnement sont encore rares.

De façon assez paradoxale, le rôle des responsables qualité dans l'amélioration de la qualité semble relativement éclipsé dans le cadre de la gouvernance clinique par l'importance accordée aux problématiques du *leadership*, des systèmes d'information, des projets ou de la structuration des dispositifs de pilotage. On peut toujours arguer, bien sûr, que cette minoration est en trompe-l'œil, et que les responsables qualité jouent de fait un rôle central dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de la plupart des dispositifs et outils de gestion en lien avec ces problématiques. Mais on peut également craindre que le mouvement de professionnalisation des personnels en charge de la qualité ne conduise à (re)produire les cloisonnements que les démarches qualités sont censées combattre. La focalisation sur les démarches de certification peut en effet conduire ces responsables à se cantonner dans une approche purement technique et instrumentale [8], au risque d'être dépassés par les leaders de la gouvernance clinique. On pourrait évoquer de la même façon le rôle ambigu des responsables de l'information médicale.

IV - LA NÉCESSITÉ D'UNE APPROCHE CONTINGENTE

Les considérations qui précèdent, tant sur la norme que sur le rôle des acteurs, mettent en avant la nécessité d'une approche contextualisée de la gouvernance clinique. Plus qu'un principe d'organisation, la gouvernance clinique est en premier lieu une idéologie dont les préceptes doivent être déclinés et mis en œuvre de façon proportionnée et adaptée aux spécificités de chaque structure.

Parmi les facteurs de contingence, la question de la taille des établissements est particulièrement importante à double titre :

- d'un point de vue cognitif, l'échange et la réflexion autour des pratiques cliniques en interne et l'identification de leaders cliniques supposent un minimum d'interlocuteurs médicaux et soignants. Certains établissements, comme les hôpitaux locaux, dotés d'un seul médecin, voire de temps partiels médicaux, et d'équipes soignants réduites, n'ont pas la masse critique minimum. La gouvernance clinique ne peut par conséquent exister que sous une forme différente, « hors les murs », mutualisée avec d'autres établissements ou d'autres professionnels. Les modalités pratiques de telles collaborations ne sont cependant pas sans poser de multiples problèmes, à la fois financiers, juridiques et sociologiques.
- d'un point de vue économique, la mise en œuvre des systèmes de qualité idéaux décrits dans la littérature nécessite des investissements importants et soutenus dans la durée [9], qui sont largement hors de portée des petits établissements. La faiblesse des effectifs de certains établissements ne permet pas nécessairement de dégager les temps de coordination nécessaires à la collaboration effective entre les professionnels, qui est la clé de voûte de toute la gouvernance clinique.

Enfin, la nature et les modalités des mécanismes d'incitation pour tenter de modifier les pratiques sont également étroitement dépendantes de la nature juridique de l'établissement. Les mécanismes et leviers de la gouvernance clinique ont été théorisés dans le cadre d'établissements de santé, majoritairement publics ou non-lucratifs. Or, la clinique privée lucrative se distingue de l'hôpital public sur un point central : l'absence de relation salariale entre les médecins et la structure d'exploitation. Chaque médecin reçoit sa rémunération du patient en fonction de l'acte réalisé et du prix qu'il a fixé ; il contribue aux frais de structure sous la forme d'une redevance sur la rémunération du patient dont le taux est contractuellement fixé. Ce que l'on appelle la clinique recouvre de ce fait des montages juridiques plus ou moins complexes dans lesquels s'imbriquent plusieurs acteurs liés par des contrats : une société d'exploitation, une société civile immobilière qui possède les murs de la

société d'exploitation, des médecins exerçant à titre libéral, une ou plusieurs sociétés civiles professionnelles ou de moyens regroupant séparément des chirurgiens, des anesthésistes, ou encore des radiologues [10]. La complexité organisationnelle qui résulte de ces montages rend très difficile l'exercice d'un contrôle hiérarchique sur les médecins, privant de ce fait en grande partie la gouvernance clinique de l'un de ses leviers, celui de l'autorité. De façon plus générale, les spécificités du mode de fonctionnement de l'objet « clinique privée », peuvent rendre plus problématique l'investissement dans des actions collectives comme les démarches qualité, dès lors que les bénéfices attendus de telles démarches sont difficilement perceptibles.

V - CONCLUSION

La gouvernance clinique n'apporte finalement guère de nouveautés par rapport aux méthodes et démarches qualité existantes, mais elle présente cependant l'intérêt de poser un cadre intégrateur d'analyse de l'ensemble des variables à maîtriser pour piloter l'amélioration continue de la qualité des soins. Cet intérêt n'est pas négligeable lorsque l'on considère la multiplication des initiatives, souvent peu coordonnées, dans le domaine de la qualité, et la lassitude que peuvent éprouver les acteurs de terrains face à l'empilement ou au défilé de toutes ces démarches.

Le risque d'une telle gouvernance, si elle est comprise comme un moyen de renforcer le pouvoir des professionnels, est de renforcer la séparation entre la sphère clinique et la sphère administrative en déplaçant le champ de légitimation des contraintes cliniques totalement à l'extérieur des établissements de santé. En revanche, la gouvernance clinique peut présenter un intérêt fort dans la mesure où elle est pensée comme un moyen d'intégration des logiques cliniques dans la *corporate governance*. L'esprit de la nouvelle gouvernance hospitalière française va dans ce sens : celui d'une véritable gouvernance *intégrée et multi-niveaux*.

RÉFÉRENCES

1. Agence nationale pour l'évaluation et l'accréditation en santé (ANAES). Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation. Paris : ANAES ; septembre 2004.
2. Balding C. *Clinical governance: another name for quality* -

or improving on improvement? *HIM J* 2004;33(4):137-9.

3. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998;317:61-5.

4. Maroy C. Rapport à la norme et transformation des modes d'organisation de la production et du travail dans l'entreprise. In : De Munck J, Verhoeven, M, eds. *Les mutations du rapport à la norme : un changement dans la modernité*, Bruxelles : De Boeck Université ; 1997.

5. Bauer M, Cohen E. *Qui gouverne les groupes industriels ?* Paris : Seuil ; 1981.

6. Roy R. Travail en équipe multidisciplinaire et formation en cours d'emploi. *Journal de l'Association des psychiatres canadiens*, avril 1997.

7. Edith L. *Le leadership partagé, modèles d'apprentissage et d'organisation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, Collection Paramètres ; 2004.

8. Mispelblom Beyer F. *Au-delà de la qualité*. 2^e éd. Paris : Syros ; 1999.

9. Staines A. La relation "programme qualité" / "résultats cliniques". Du concept à sa mise œuvre dans trois systèmes hospitaliers : le Conseil de Comté de Jönköping (Suède), Intermountain Healthcare (Etats-Unis) et le groupe Reinier de Graaf (Pays-Bas). [Thèse de doctorat européen en sciences de gestion]. Lyon (France) : Université Lyon 3. 12 février 2007.

10. Claveranne JP, Piovesan D. La clinique privée, un objet de gestion non identifié. *Revue française de gestion* 2003. 29(146):143-53.