

**La gouvernance clinique dans un système complexe :
la lutte contre le cancer en Montérégie**

Clinical governance in a complex system: insights from cancer control in Montérégie

Roy DA¹

Résumé

À partir de l'expérience d'un programme régional de lutte contre le cancer, cet article illustre comment les caractéristiques d'un système adaptatif complexe conditionnent la mise en application des stratégies de la gouvernance clinique. Dans un tel contexte, les actions de lutte contre le cancer découlent d'une vision partagée, elles obéissent à des règles simples, elles s'appuient sur une information circulant dans le système et s'inscrivent dans une stratégie de changement gradualiste permettant l'émergence de modalités de prise en charge novatrices et l'innovation. Certaines de ces innovations sont aussi discutées, comme par exemple l'intervenant-pivot, la co-gestion, les communautés de pratique disciplinaires, l'outil d'échange d'information en ligne, l'appréciation de la performance, etc. L'approche privilégiée a permis de soutenir la mobilisation des cliniciens et des gestionnaires ainsi que l'application des connaissances, tout en encourageant la mise au point de nouvelles façons de faire en vue d'accroître l'impact des interventions auprès des patients et de la population.

Prat Organ Soins 2008;39(3):227-30

Mots-clés : Organisation des services de santé ; complexité ; lutte contre le cancer ; continuums de soins ; gestion des connaissances ; appréciation de la performance ; gouvernance clinique.

Summary

Based on experience acquired through a regional cancer control program, this article illustrates how the characteristics of a complex adaptive system affect the implementation of clinical governance strategies. In such a context, measures to fight cancer stem from a shared perspective. They follow simple rules, rely on information that is circulating in the system and reflect an incremental change strategy that allows for the emergence of innovative management procedures and innovation. Some of these innovations are also discussed, e.g. the nurse navigator, joint management, discipline-specific communities of practice, the online information exchange tool, performance appraisal, and so on. The approach adopted has supported the mobilization of clinicians and managers and the application of knowledge, and encouraged the development of new procedures with a view to enhancing the impact of intervention on patients and the public.

Prat Organ Soins 2008;39(3):227-30

Keywords: Health services organization; complexity; cancer control; continuums of care; knowledge management; performance assessment; clinical governance.

¹ Directeur de la gestion de l'information et des connaissances, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Professeur adjoint de clinique, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal. Professeur associé, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada.

Adresse pour correspondance : Pr Denis A Roy, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K2M3, Canada.

E-mail : denis.roy@rrsss.gouv.qc.ca

I - INTRODUCTION

Le fonctionnement historique du système de santé, qui s'est perpétué grâce à une séparation des territoires entre le clinique et l'administratif, le médical et le paramédical, le préventif et le curatif, est en perte de vitesse. La gouvernance clinique s'impose comme l'un des moyens à notre portée afin de pallier cette dynamique de gestion principalement réactive à des problèmes, des dysfonctions et des crises et établir une logique davantage porteuse d'efficacité et d'efficience.

Nous évoquerons dans ce qui suit, certains éléments qui nous semblent animer le système en émergence dans le domaine de la lutte contre le cancer. Ces éléments peuvent être compris dans le contexte d'un système adaptatif complexe, lequel correspond chaque jour davantage à notre réalité clinique et organisationnelle.

Sur la base de ces observations, nous suggérons que les *leaders* de demain évolueront dans une culture de résultat, plutôt que dans une culture de pouvoir. Ils seront reconnus en vertu de leur maîtrise de l'information pertinente à leur métier, de même qu'à leur capacité à reconnaître la compétence des autres membres de leur équipe et à susciter leur coopération. Ils adhéreront aux principes du professionnalisme du XXI^e siècle qui intègrent non seulement le maintien de la compétence technique et relationnelle, mais également l'amélioration de la qualité, l'équité d'accès ainsi que l'utilisation optimale de ressources limitées [1].

S'inscrivant dans un contexte de complexité, nous illustrerons, à partir de l'expérience de lutte contre le cancer en Montérégie, comment les décisions et les actions obéissent aux exigences suivantes :

- elles participent à une action collective régie par une vision mobilisatrice et quelques règles simples ;
- elles s'appuient sur une information riche qui circule librement dans le système ;
- elles s'inscrivent dans une stratégie de changement gradualiste, à petits pas, qui permet et accueille favorablement l'émergence de modalités de prise en charge novatrices et l'innovation.

II - UNE VISION MOBILISATRICE, DES RÈGLES SIMPLES

La vision est le facteur-clé qui conditionne et donne son sens au comportement des agents dans un système complexe. Cette vision, qui précise la finalité et les orienta-

tions prioritaires établies pour le système, peut être inscrite dans une politique de santé globale ce qui est le cas pour la lutte contre le cancer en Montérégie, par le biais du Programme québécois de lutte contre le cancer. La vision vient ainsi préciser les grandes cibles d'amélioration à atteindre par les équipes cliniques, par les organisations de lutte contre le cancer, par la santé publique, etc.

L'un des aspects primordiaux de la vision, c'est de permettre de comprendre comment s'arrime l'ensemble des contributions requises de la part des différents acteurs en vue de l'atteinte des objectifs, et de situer l'apport distinctif de chacun. En ce qui concerne la lutte contre le cancer, cette vision peut être décrite sous la forme d'un continuum global d'interventions inter reliées, allant de la prévention jusqu'aux soins palliatifs, en passant par le dépistage, le diagnostic, le traitement, le soutien et la réadaptation. Le défi porte sur l'intégration, au plan stratégique, tactique et opérationnel, et l'optimisation des résultats, dans un contexte de ressources limitées. Il s'agit donc d'optimiser l'offre de service tant pour une personne atteinte de cancer que pour la population dans son ensemble.

Cette vision d'un continuum d'interventions intégrées au bénéfice d'une population définie constitue la toile de fond qui permet le choix des axes à privilégier pour l'amélioration continue de la lutte contre le cancer au niveau régional. En s'appuyant sur des informations objectives au regard de critères (les besoins de la population, la puissance démontrée des solutions et les exigences en termes de ressources requises pour le changement), les orientations régionales prioritaires pour la lutte contre le cancer en Montérégie ont été définies sur la base de processus de délibérations impliquant des cliniciens de diverses disciplines, des gestionnaires de la base et des dirigeants.

Dans une perspective populationnelle, la notion d'équité d'accès aux meilleures pratiques en fonction des besoins, sans égard à la capacité de payer, est une donnée centrale de la vision. La réduction de l'écart thérapeutique, c'est-à-dire la différence entre ce qui est fait (efficacité réelle) et ce qui devrait l'être sur la base des meilleures pratiques (efficacité potentielle), représente un enjeu majeur sous-tendu par la vision. La mesure objective de cet écart est centrale dans la démarche d'appréciation de la performance que nous travaillons à mettre en place actuellement.

Quelques règles simples sous-tendent l'action dans le système de lutte contre le cancer. Elles nous semblent être de deux ordres : des règles d'interaction et des règles d'incitation.

La prise de décision éclairée par les données probantes constitue un premier facteur qui conditionne fortement les interactions dans le système. Jusqu'à maintenant, la responsabilité de ce mode de prise de décision reposait sur chaque clinicien, pris isolément. Selon la perspective de la gouvernance clinique, le clinicien n'est plus seul. L'effort de mise en œuvre est dorénavant collectif, intégrant les différentes disciplines de la clinique, de même que les gestionnaires, de manière à prendre en compte les dimensions organisationnelles et les questions relatives aux ressources. On passe ainsi d'arbres de décisions basés sur des faits scientifiques éprouvés à des référentiels contextualisés, éclairés par les données probantes, convenus par et avec les acteurs. C'est principalement grâce à des discussions de cas cliniques et d'articles scientifiques, des conférences interdisciplinaires régionales et des travaux de recherche évaluative que s'élaborent ces référentiels en Montérégie.

Les décisions et les stratégies d'actions, convenues dans le cadre de processus de délibérations interdisciplinaires impliquant cliniciens et gestionnaires, sont de plus soutenues par des stratégies d'incitation explicites, de nature financière (primes à la performance) et non financière (reconnaissance par les pairs, libération pour formation continue, etc.). Pour que cette dynamique soit active au niveau des prestataires locaux de l'établissement de santé, elle doit donc être partagée à travers les divers niveaux de gouvernance du système.

Selon cette perspective, la quantité, la qualité et l'économie des moyens sont reconnues et récompensées dans le système. Des stratégies de contractualisation viennent agir comme facteur de renforcement ou de dissuasion, selon ce qui est requis. Ces diverses stratégies interagissent comme un incitatif puissant à l'amélioration continue, comme le démontre l'exemple des intervenantes-pivot dans l'expérience de la Montérégie.

III - UNE INFORMATION CIRCULANTE

Les connaissances sont considérées comme un bien collectif et sont partagées à chaque niveau et entre chacun des niveaux du système de lutte contre le cancer. Le monitoring de la qualité et de la performance est effectué grâce à des systèmes d'indicateurs permettant l'appréciation de la performance d'ensemble d'une équipe, d'un établissement ou d'un réseau donné dans une logique globale et intégrée [2]. Les cliniciens et les gestionnaires conviennent de ce qui doit être documenté, ce qui doit être mesuré, de même que de ce qui doit être partagé et comment cela doit l'être. Une instrumentation appropriée est mise en place afin de permet-

tre la circulation de l'information et des connaissances au sein du système. Les données sont transparentes et rendues disponibles aux diverses parties prenantes, dont le public. Les écarts ou variations observés font l'objet de discussions et d'analyses aux fins d'une amélioration continue de la qualité et de la performance. Grâce à une subvention ministérielle, cette démarche, désirée par les acteurs terrain, s'amorce présentement au palier régional.

Les milieux universitaires et les associations professionnelles jouent un rôle moteur dans la production, la synthèse et le partage de ces connaissances. La valorisation des connaissances constitue une attente prioritaire au sein des milieux académiques et fait l'objet d'une reconnaissance formelle dans les rapports d'activités et la promotion professorale. En Montérégie, la gestion des connaissances est aussi vue comme une activité centrale. Un outil d'échange d'information en ligne (EIL) est accessible pour tous les intervenants associés au Réseau cancer Montérégie. À la manière d'un intranet, l'EIL soutient la mise en commun et le partage des informations et outils jugés pertinents.

IV - DES STRATÉGIES ÉMERGENTES

La stratégie de changement obéit à une logique graduelle, à petits pas, visant des succès modestes, mais nombreux, qui exercent cumulativement un effet d'entraînement sur l'ensemble. Cette philosophie est bien traduite par des démarches de type RAID (*research, assess, implement, document*) [3] ou des cycles courts de changement (*plan, do, study, act*) [4]. Une première revue systématique réalisée récemment démontre à cet égard que la mesure et la rétroaction des résultats, engageant des professionnels ciblant des objectifs d'amélioration continue, constituaient un levier apte à influencer positivement les processus et certains résultats des services de santé [5].

La mobilisation régionale autour de la lutte contre le cancer a ainsi encouragé l'émergence progressive de nouvelles fonctions (l'intervenant-pivot, la cogestion) ou de nouveaux mécanismes de coordination des services, tels les réunions pluridisciplinaires ou les réseaux de connaissances clinico-administratifs. Ces interactions régulières ont favorisé l'émergence d'idées nouvelles, d'innovations dans les processus cliniques, administratifs, etc. Ces développements sont également favorisés par des collaborations régulières entre chercheurs et décideurs. Dans le même esprit, les travaux d'appréciation de la performance en cours contribueront à mieux focaliser les efforts d'amélioration continue déjà en cours au sein du Réseau cancer Montérégie.

Le défi est en somme de se donner la discipline de bien mettre en application ce que l'on sait et ce qui est éprouvé, tout en se donnant la possibilité de continuer à mettre au point de nouvelles façons de faire.

V - CONCLUSION

Les stratégies de gouvernance clinique offrent un riche potentiel d'amélioration des services de santé en général et des interventions de lutte contre le cancer en particulier. Nous avons proposé l'idée que celles-ci gagnent à être comprises dans le contexte de complexité qui les caractérise. L'adoption d'un tel cadre en Montérégie nous a permis de soutenir la mobilisation des acteurs et l'application des connaissances, tout en encourageant la mise au point de nouvelles façons de faire afin d'accroître l'impact de nos interventions auprès de nos patients et de la population.

RÉFÉRENCES

1. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine. *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Ann Intern Med* 2002;136:243-6. [<http://www.annals.org/cgi/content/full/136/3/243>]
2. Champagne F, Contandriopoulos AP, Béland F. *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS (Évaluation globale de la performance des systèmes de santé) – Québec : Rapport de recherche, Le Conseil de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec ; 2005.*
3. Rogers PG. *RAID Methodology: the NHS Clinical Governance Team's approach to service improvement. Clinical Governance: An International Journal* 2006;11(1):69-80.
4. Institut for Healthcare Improvement. [<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/tes tingchanges.htm>]
5. Boonyasai RT, Windish DM, Chakraborti C, Feldman LS, Rubin HR, Bass EB. *Effectiveness of Teaching Quality Improvement to Clinicians. JAMA* 2007;298:023-37.