

Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé

Introducing clinical governance : history, components and renewed conceptualization for improving the quality and performance of healthcare organizations

Brault I¹, Roy DA², Denis JL³

Résumé

La recherche de l'efficacité et de l'excellence dans le domaine de la santé amène organisations et professionnels à travailler conjointement à l'amélioration des processus cliniques. La gouvernance clinique se veut un lieu d'action collective, de mobilisation de relations et de savoirs entre les acteurs impliqués dans l'organisation et la dispensation des soins et des services de santé. Elle est un espace où s'exerce l'autorité des différents acteurs en vue d'améliorer la qualité des soins et des services de santé. Elle vise à rapprocher la perspective organisationnelle et la perspective professionnelle par le développement et l'implantation d'initiatives visant les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles. Pour améliorer la qualité des soins, Ferlie *et al* (Milbank Q 2001.79:281) [1] suggèrent de créer un alignement entre les différents niveaux de soins : l'individu, l'équipe, l'organisation et le système. Les principes de la gouvernance clinique tentent de produire cette synergie en impliquant les professionnels dans le renouvellement de l'organisation et en impliquant l'organisation dans l'instrumentation et la régulation des pratiques des professionnels en agissant aux différents niveaux de soins.

Notre objectif est de présenter les origines du concept de gouvernance clinique, de décrire ses composantes et de proposer des assises théoriques afin de mieux comprendre les dynamiques de changement associées à la gouvernance clinique et faciliter son implantation. Nous exposons le courant britannique fondateur puis la notion de gouvernance développée par Hatchuel A (Paris : É Aube ; 2000) [2] et présentons les caractéristiques de l'organisation pouvant soutenir l'engagement des professionnels envers les principes de qualité. Enfin, nous proposons une modélisation renouvelée de la gouvernance clinique permettant de concilier l'organisationnel et la clinique, et de potentialiser les capacités d'action de chacun.

Prat Organ Soins 2008;39(3):167-73

Mots-clés : gouvernance clinique ; système de santé ; changement de pratiques, connaissances, attitudes, pratiques.

Summary

Striving for efficiency and excellence in health care has led organisations and professionals to work together to improve clinical processes. Clinical governance is about collective action, teaming up and sharing knowledge between those involved in organising and administering health care and services. The different stakeholders exert their authority through it with a view to improving the quality of health care and services. It seeks to combine organisational and professional aspects through the development and implementation of initiatives on the best clinical and organisational practices. To make a significant impact on the improvement of healthcare quality, Ferlie *et al* (Milbank Q 2001.79:281) [1] suggest bringing the different levels of health care (individual, team, organisation and system) into line. The principles of clinical governance endeavour to produce this synergy by involving professionals in the modernisation of the organisation and by involving the organisation in the implementation and regulation of professional practices with action at different levels of health care.

The purpose of this article is to explain where the concept of clinical governance came from, describe its components and suggest theoretical foundations for a clearer insight into the types of change that come with clinical governance and to facilitate its setup. We will start by presenting the components of clinical governance on the basis of the founding British movement and by highlighting the challenges involved. We will then talk about the notion of governance developed by Hatchuel [2] and present the characteristics of an organisation model that can assist the commitment of professionals to quality principles. On the basis of this literature, we will end by proposing a renewed modelling of clinical governance which, in our opinion, will bring together the organisational and clinical aspects and maximise the potential of everyone's capacity for action.

Prat Organ Soins 2008;39(3):167-73

Keywords: clinical governance; health system; changing practices; health knowledge, attitudes, practice.

¹ Chargée d'enseignement à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, candidate au PhD (santé publique), Université de Montréal et Centre FERASI (Formation, expertise et recherche en administration des services infirmiers).

² Médecin, directeur de la gestion de l'information et des connaissances, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Québec.

³ Professeur titulaire au département d'administration de la santé, Université de Montréal, titulaire de la Chaire gouverne et transformation des organisations de santé (GETOS), directeur du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et chercheur du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de première ligne (GRÉAS1).

I - INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE

À la fin des années 1990, l'Angleterre entreprend une réforme des services de santé axée sur deux critères principaux : l'efficacité et l'excellence. Au cœur de cette réforme se trouve le concept de gouvernance clinique. Le gouvernement britannique définit la gouvernance clinique comme un cadre par lequel les organisations du *National Health Services* (NHS) sont tenues responsables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services, de la sauvegarde de hautes normes de qualité et ce, en créant un environnement propice au développement de l'excellence clinique [3]. La gouvernance clinique est un ensemble de moyens par lequel les organisations et les professionnels assurent la qualité des soins en rendant responsables les différents acteurs impliqués dans la création, le maintien et la surveillance de normes se rapportant aux meilleures pratiques cliniques [3]. Elle rallie l'ensemble des approches d'amélioration de la qualité des soins et services et propose une vision intégrée et globale de la qualité dans le domaine de la santé [4]. Deux notions sont au centre de ce concept : la qualité et l'obligation de rendre compte. C'est par législation en 1998 que la volonté d'implanter la gouvernance clinique se manifeste pour l'ensemble des services de santé en Angleterre [3]. Toutefois, diverses raisons ont rendu difficile l'implantation de la gouvernance clinique dans les milieux de pratiques. Le discours rhétorique associé au concept n'explicitait pas les étapes ni les priorités d'implantation [5]. Le concept est vague [5] et ses frontières sont difficiles à cerner [6]. Cette perspective demeure largement normative et les stratégies d'implantation sont souvent incompréhensibles et peu accessibles aux praticiens [5]. De plus, peu d'attention a été portée sur les leviers organisationnels à mobiliser pour faciliter son implantation.

L'objectif de cet article est de présenter et décrire les composantes de la gouvernance clinique et d'offrir des assises théoriques permettant de mieux comprendre ses dynamiques d'implantation. Notre contribution vise à faciliter l'implantation et l'opérationnalisation de la gouvernance clinique dans les milieux de soins et à proposer un modèle renouvelé de gouvernance clinique qui considère davantage les processus de changements associés à son implantation.

L'article s'articule comme suit : à partir du courant de littérature britannique sur la gouvernance clinique, nous décrivons ses composantes et relevons les enjeux de gouvernance clinique. Ensuite, nous abordons les travaux sur la gouvernance développés par Hatchuel [2] et présentons les caractéristiques de l'organisation qui peuvent appuyer l'engagement des professionnels face à la gou-

vernance clinique. Ces travaux offrent des pistes de réflexion face aux enjeux soulevés et appuient le développement d'un modèle renouvelé de gouvernance clinique qui permet à notre avis, de répondre à ces enjeux.

II - LES COMPOSANTES DE LA GOUVERNANCE CLINIQUE

Cette section vise à décrire brièvement, à partir des travaux de Starey [7] et Scally et Donaldson [8], les diverses composantes associées à la gouvernance clinique. Dans la littérature britannique, elle inclut les éléments suivants : la recherche et le développement scientifique, la vérification (audit) clinique, l'efficacité clinique, la formation et le développement professionnel, la gestion des risques et la transparence. Ces composantes visent à inclure un ensemble d'éléments permettant aux acteurs d'être imputables des soins et services rendus aux diverses clientèles (figure 1).

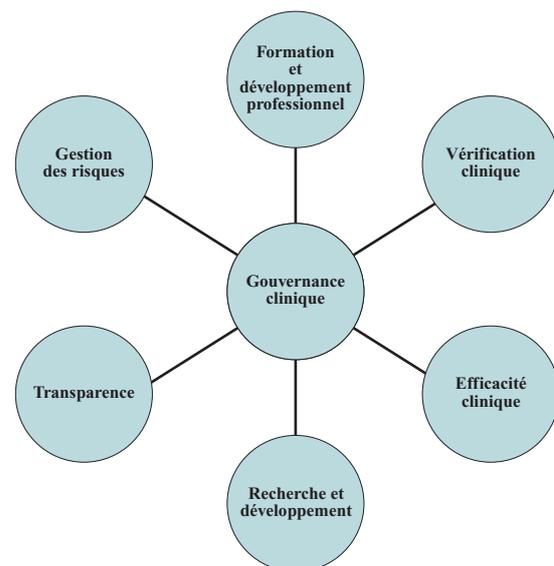


Figure 1. Composantes de la gouvernance clinique, inspiré des travaux de Starey [7] et de Scally et Donaldson [8].

1. Recherche et développement scientifique

La recherche et le développement scientifique font partie intégrante des initiatives d'amélioration continue de la qualité. La diffusion et l'implantation des résultats de recherche peuvent contribuer à développer de nouvelles pratiques cliniques et à modifier les pratiques existantes afin d'optimiser la qualité des soins. Cette composante est indispensable au processus de vérification clinique.

2. Vérification (audit) clinique

L'un des principes fondamentaux de la gouvernance clinique est l'évaluation des pratiques cliniques. La vérification clinique réfère à la révision des pratiques cliniques selon des critères de performance et des normes de qualité. La vérification clinique est un processus par lequel les professionnels se questionnent, modifient et redéfinissent leurs pratiques cliniques afin d'améliorer la qualité des soins offerts.

3. Efficacité clinique

L'efficacité clinique est une mesure qui permet de connaître le degré d'efficacité d'une intervention dans le cadre d'une démarche de vérification clinique. Selon l'efficacité et la pertinence d'une intervention, les pratiques cliniques qui y sont associées sont révisées. L'efficacité clinique est déterminée et promue *via* le développement de guides de pratiques cliniques et de protocoles de soins. En Angleterre, l'Institut National d'Excellence Clinique (*National Institute for Clinical Excellence - NICE*) développe les guides de pratique et les protocoles de soins servant à la démarche de vérification clinique.

4. Formation et développement professionnel

Selon la perspective de la gouvernance clinique, la formation des professionnels en exercice est un enjeu central à l'amélioration des processus cliniques. La complexité et les changements rapides des innovations cliniques et technologiques dans le domaine de la santé, rendent rapidement désuète la formation initiale des professionnels et autres intervenants du réseau de la santé. La formation continue s'avère essentielle au maintien des qualifications, au développement de l'expertise des professionnels et aux interventions de qualité.

5. La gestion des risques

La gestion des risques est définie comme une activité qui touche les patients, les professionnels et les organisations dans la qualité de la pratique. La gestion des risques pour les patients s'appuie sur la régulation des professions et du système de santé afin d'offrir des services sûrs pour les patients. Pour les professionnels et les équipes de soins, la gestion des risques vise à offrir un environnement de travail sûr, à s'assurer d'une protection immunitaire efficace contre les maladies infectieuses et à développer des pratiques cliniques répondant aux critères de qualité. Quant aux organisations, l'embauche de professionnels qualifiés, l'adoption de politiques en faveur d'un environnement de travail sûr et le

développement de l'expertise des équipes de soins sont à privilégier.

6. Transparence

Dans une perspective de gouvernance clinique, la transparence des initiatives d'amélioration de la qualité implantées est garante de leur efficacité. Tout en respectant la confidentialité des patients et des professionnels, ces initiatives peuvent être rendues publiques. La transparence dans les processus est une partie essentielle de l'assurance de la qualité des services rendus.

III - ENJEUX ASSOCIÉS À LA GOUVERNANCE CLINIQUE

Certains auteurs [7, 8] soulèvent que le défi principal de la gouvernance clinique réside dans la création d'une synergie entre chacune des composantes décrites ci-dessus. Présentées individuellement, ces composantes offrent une vision plutôt statique de la gouvernance clinique et semblent vouloir accroître le contrôle des pratiques cliniques. Elles proposent une approche assez traditionnelle de l'amélioration de la qualité et paraissent témoigner d'une ambition forte de réguler la pratique professionnelle. Dans ce modèle de gouvernance clinique (figure 1), la dynamique nécessaire entre chacune des composantes pour améliorer la qualité des soins et services, est peu visible et exploitée.

D'autres auteurs [4] soulèvent les difficultés d'implantation associées à la gouvernance clinique. Le projet est ambitieux [4] et les stratégies de mise en œuvre sont peu accessibles ou incomprises des professionnels cliniques [5]. Selon Goodman [5], le concept de gouvernance clinique reflète un énoncé de mission plutôt qu'une définition concrète et tangible des actions à entreprendre pour améliorer la qualité des soins et des services de santé. Dans une perspective de gouvernance clinique, la qualité des services est une responsabilité conjointe des organisations et des professionnels [9] et l'obligation de rendre compte offre aux cliniciens un rôle accru dans les initiatives d'amélioration de la qualité [10]. L'intégration de ces nouveaux processus cliniques optimisant la qualité nécessite un *leadership* clinique fort [9].

Le modèle actuel des composantes de la gouvernance clinique n'illustre pas le *leadership* clinique et organisationnel nécessaire à l'implantation de changements durables dans la qualité des soins et des services. Les travaux développés par les britanniques portent peu sur le caractère dynamique à développer au sein d'une organisation pour accroître la qualité des soins et des services. Peu d'atten-

tion a été portée sur les leviers organisationnels à mobiliser pour faciliter l'implantation de la gouvernance clinique et potentialiser le rôle des professionnels.

Nous posons l'hypothèse que la gouvernance clinique agit de manière bidirectionnelle : elle vient en appui aux professionnels dans le développement de l'organisation et elle contribue à la mise en place d'un contexte organisationnel favorisant leur performance. Nous supposons que l'organisation peut offrir aux professionnels des incitations permettant de provoquer et de soutenir l'engagement des professionnels vers les principes d'imputabilité et de qualité. Dans cette optique, la gouvernance clinique vise une forte synergie entre les perspectives cliniques et managériales d'une organisation vers l'amélioration de la qualité des soins.

Dans la prochaine section, pour mieux comprendre les dynamiques de la gouvernance clinique, nous discutons dans un premier temps les définitions des termes de gouvernance et de clinique. Ensuite, nous présentons les travaux sur la gouvernance développés par Hatchuel [2] et présentons les caractéristiques de l'organisation pouvant favoriser la performance des professionnels et instrumenter leurs pratiques. Une meilleure compréhension de ces notions permet, à notre avis, de créer une synergie accrue entre l'organisation et les pratiques et d'améliorer la qualité des soins et des services de santé. Ces notions soutiennent également le développement d'un modèle renouvelé de gouvernance clinique qui considère d'avantage les processus d'implantation des changements.

IV - QU'ENTEND-ON PAR GOUVERNANCE ET QU'EST-CE QUE LA CLINIQUE ?

Par gouvernance, nous entendons la conduite d'une action collective délibérée et systématique à partir d'une position d'autorité (inspiré de Hatchuel [2]). La gouvernance est une pratique qui, par diverses initiatives, tente d'influencer l'action collective. Elle s'exerce ici dans un domaine particulier, celui de la clinique et elle vise à coordonner le travail de professionnels autonomes en situation d'interdépendance dans l'exercice de leurs responsabilités cliniques.

Nous définissons la clinique ou les pratiques cliniques comme l'ensemble des processus de prise en charge de la clientèle [11]. Elle inclut la coordination et l'intégration des soins nécessaires au soulagement d'une personne souffrante [11]. Les pratiques cliniques ont pour assise l'exercice d'un professionnalisme de haut niveau caractérisé par l'exercice d'un jugement responsable et autonome et mobilisant de façon critique et compétente les connaissances scientifiques pour permettre aux per-

sonnes malades d'avoir accès au cours du temps à des traitements et des soins individualisés et de qualité. Les pratiques cliniques concernent l'ensemble des pratiques visant la prise en charge d'une personne malade en reconnaissant le caractère unique de chaque personne et en admettant qu'au cœur de la clinique, il y a une incertitude inhérente qui nécessite le jugement professionnel.

Les travaux d'Hatchuel [2] sur la gouvernance offrent un potentiel pour mieux comprendre la gouvernance clinique des organisations professionnelles. Cet auteur illustre la notion de gouvernance par l'analyse de l'action collective. Ici, l'action collective est restreinte à deux éléments : 1) à l'élaboration d'un réseau de relations interprété comme la gouvernance et 2) à la mobilisation des savoirs qu'il nomme prospective. Hatchuel [2] analyse quatre modes d'action collective qui mobilisent la gouvernance et la prospective. Il conclut qu'aucun de ces modes ne permet l'évolution conjointe des relations et des savoirs. Ces modes sont fondés soit sur une relation totalisante, soit sur des savoirs totalisants. Selon lui, l'unique façon de favoriser un enrichissement simultané des relations et des savoirs serait de définir de nouveaux objets de gouvernement, de nouveaux modes d'action collective.

Hatchuel [2] inclut dans la gouvernance la notion de conception et d'autorité. La conception rappelle que l'autorité est « réfléchie » et qu'elle inclut une perception du monde et d'autrui. La gouvernance est donc construite et conçue en impliquant les différents acteurs. Quant à l'autorité, elle est un opérateur de relations et elle s'acquiert par l'articulation des relations selon les positions multiples et variables de légitimité occupées par les acteurs au sein de l'organisation. Ceci confère un pouvoir et une autorité aux divers acteurs présents dans l'organisation professionnelle : les gestionnaires, les professionnels et autres intervenants du système clinique. Mintzberg [12] explique le pouvoir des professionnels et des acteurs de la clinique de cette façon : les bureaucraties professionnelles s'appuient sur les compétences et l'expertise des professionnels dans la réalisation des différentes tâches. Les professionnels détiennent une exclusivité au niveau de certaines connaissances et habiletés, ce qui leur procure une autonomie élevée dans le système et leur permet d'appliquer librement leurs connaissances scientifiques [13]. Comme le cite Mintzberg [14] : « le pouvoir de la bureaucratie professionnelle repose sur l'autorité de nature professionnelle, le pouvoir de la compétence ». Cette autorité de gouvernance, détenue par les professionnels, est fondée sur l'expertise et la compétence professionnelle ce qui confère un pouvoir légitime au domaine de la clinique.

L'autorité de gouvernance peut aussi s'expliquer par les pratiques des acteurs. Des travaux récents dans le do-

maine de la stratégie organisationnelle soulignent que les individus, par leurs actions et interactions dans leurs pratiques, contribuent à mettre en œuvre des stratégies [13, 15-17]. La stratégie n'est plus qu'une caractéristique détenue par l'organisation, elle est le résultat des actions de ses membres [18]. Les stratèges se retrouvent non seulement au niveau macroscopique de l'organisation mais également au niveau microscopique. Ainsi, les professionnels peuvent être des stratèges dont les actions peuvent faciliter le renouvellement organisationnel favorable aux idéaux qu'ils poursuivent et à l'amélioration de la qualité des soins. Ils disposent d'un pouvoir provenant de la maîtrise d'une compétence ou d'une spécialisation [19] qui leur permet d'influencer le développement et la mise en œuvre des stratégies [20].

En s'appuyant sur les travaux de Denis *et al* [13], d'Hatchuel [2], de Mintzberg [12], de Whittington [15] et Jarzabkowski [17] nous convenons que les professionnels détiennent une autorité dans la gouvernance des organisations professionnelles et qu'ils peuvent mettre en œuvre des stratégies pour transformer l'organisation et optimiser la qualité des soins. Cette autorité leur confère une imputabilité et une responsabilité face au développement et à l'implantation d'initiatives de qualité. Dans la section suivante, nous présentons les différentes caractéristiques de l'organisation qui peuvent représenter des leviers pour accroître l'engagement des acteurs en faveur de la qualité des soins et services.

V - LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ORGANISATION

Notre hypothèse suppose que l'organisation détient un rôle spécifique dans le projet de gouvernance clinique. L'organisation réfère ici à l'environnement organisationnel nécessaire au déploiement des pratiques cliniques. Elle est caractérisée par l'agencement de divers attributs organisationnels (stratégie, structure, pouvoir, idéologie, etc.) qui sont en interaction [12, 21]. L'environnement organisationnel est composé de trois sous-systèmes : le système collectif de représentations et de valeurs, le système de gouverner et le système clinique [11]. Ces systèmes sont des lieux de mobilisation de relations d'échange et de savoirs. Le système de valeurs comprend les croyances, les valeurs et les schèmes interprétatifs permettant aux acteurs de communiquer entre eux et de coordonner leurs actions [11]. Le système de gouverner se compose des règles de gestion, de financement et d'information et le système clinique réfère à la prise en charge du patient et des règles de bonnes pratiques [11].

L'organisation se caractérise aussi par différentes dimen-

sions. Crozier et Friedberg [19] accordent trois dimensions aux organisations : 1) le discours managérial, 2) les structures formelles ou apparentes et 3) les structures informelles profondes. Selon ces auteurs, ces dimensions se précisent comme suit : le discours managérial définit les valeurs, la mission et la philosophie de l'organisation. Les structures formelles ou apparentes concernent la matérialité de l'organisation : l'organigramme, la technologie, les procédures. Les structures informelles profondes résultent de l'interaction des acteurs entre eux et entre les autres dimensions de l'organisation. Chacune de ces dimensions se déploie différemment selon le type d'organisation.

Dans une perspective de gouvernance clinique, nous explorons la mise en place de structures formelles visant à optimiser la qualité et l'imputabilité soutenue par un discours managérial axé sur la qualité, l'efficacité et l'excellence. Selon Vanu Som [22], l'établissement de liens de responsabilités clairs entre les différents prestataires de soins facilite la coordination d'initiatives d'amélioration de la qualité. Les structures informelles laissent place à l'émergence du *leadership* clinique et à la mobilisation de l'autorité de gouvernance détenue par les divers acteurs présents dans l'organisation. Scally et Donaldson [8] évoquent qu'un *leadership* clinique fort est essentiel à l'atteinte des principes de la gouvernance clinique.

Le contexte organisationnel, par ses systèmes et ses dimensions, vise à soutenir le développement et l'évolution des pratiques cliniques vers l'optimisation de la qualité des soins et des services. L'organisation mobilise son discours managérial et ses structures formelles et informelles pour potentialiser et instrumenter l'agir professionnel pour favoriser la performance clinique. Le développement d'une culture organisationnelle axée sur l'excellence et l'efficacité dans les soins et services de santé liée à l'implantation de structures organisationnelles formelles, vise à soutenir les professionnels dans leur travail auprès des personnes malades. Les structures informelles de l'organisation laissent place à l'émergence du *leadership* clinique et à la coopération entre les différents acteurs.

Ainsi, les contextes organisationnels ont un impact sur l'agir stratégique des acteurs [13, 15-17]. Ils sont composés de règles, de procédures d'action et mettent des ressources à la disposition des acteurs [23, 24] et offrent des ressources que les acteurs peuvent s'approprier pour agir stratégiquement et renouveler leurs pratiques [24]. En offrant certaines ressources (matérielles, financières, informationnelles, etc.) plutôt que d'autres, les contextes organisationnels restreignent ou accroissent la capacité d'action des acteurs. En ce sens, plusieurs auteurs évo-

quent l'importance du contexte d'action dans lequel se situent les pratiques puisqu'il agit en tant que structures sociales qui déterminent en partie les pratiques des acteurs [23-25].

Nous avons vu que les professionnels détenaient une autorité de gouvernance dans les organisations professionnelles. De plus, les contextes organisationnels dans lesquels évoluent les pratiques cliniques, agissent sur ces dernières en favorisant ou en restreignant la capacité d'action des professionnels. Ainsi, leur implication dans le renouvellement des pratiques cliniques et la transformation de l'organisation est étroitement liée aux ressources offertes dans l'environnement organisationnel.

VI - DISCUSSION : REPENSER LA GOUVERNANCE CLINIQUE

Pour offrir des assises théoriques à la gouvernance clinique, favoriser son implantation et repenser sa modélisation, nous nous sommes appuyés sur le courant britannique de la gouvernance clinique, sur la notion de gouvernance développée par Hatchuel [2] et sur les caractéristiques de l'organisation qui favorisent l'engagement des acteurs vers les principes de qualité des soins et des services. Cette littérature nous a permis de mieux comprendre les dynamiques entre l'organisation et les pratiques cliniques et de proposer une modélisation renouvelée de la gouvernance clinique. Cette modélisation permet, à notre avis, de répondre aux enjeux d'implantation et de synergie face à la gouvernance clinique en offrant une vision dynamique de la gouvernance clinique.

À la lumière de la littérature, nous redéfinissons la gouvernance clinique comme un espace situé entre le système de gestion et le système clinique d'une organisation. Cet espace est considéré comme un nouvel objet de gouvernement et un nouveau mode d'action collective. La gouvernance clinique est un lieu où se mobilisent conjointement les savoirs et les relations émergent des acteurs du système de gestion et du système clinique et ce, de façon égalitaire et enrichissante pour tous les acteurs présents au sein de ces systèmes. La gouvernance clinique inclut l'ensemble des initiatives permettant d'optimiser la qualité des soins et des services de santé. L'autorité de gouvernance détenue par les professionnels du système clinique et par les gestionnaires du système de gestion, est mise au bénéfice de l'amélioration de la qualité des soins. Cette autorité partagée renforce l'importance pour les professionnels de participer à la transformation de l'organisation qui soutient leur pratique (figure 2).

Dans ce modèle renouvelé de gouvernance clinique, l'organisation professionnelle mobilise des ressources, des

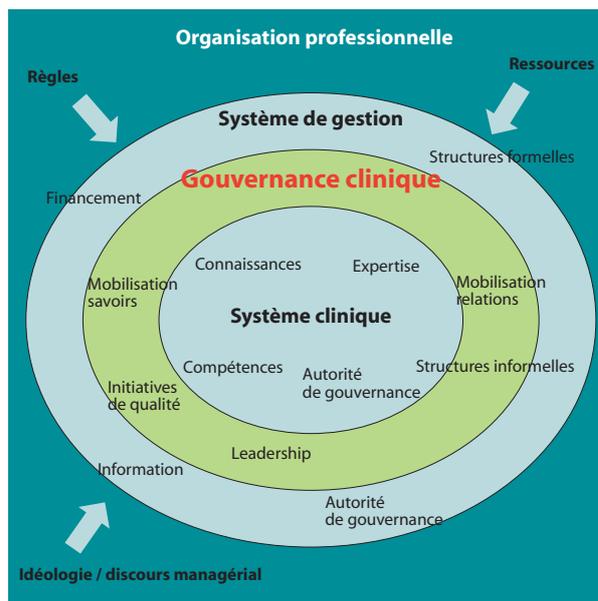


Figure 2. Modèle renouvelé de gouvernance clinique.

règles et une idéologie qui agit sur les systèmes en favorisant ou en restreignant le pouvoir d'action des acteurs présents. Au cœur de ce modèle se retrouve le système clinique, centre opérationnel de l'organisation professionnelle. Ce système est mobilisé par les compétences, l'expertise et les connaissances détenues par les professionnels. Les acteurs de ce système détiennent une autorité de gouvernance appuyée sur leur savoir et expertise. Le système de gestion est en appui au système clinique et vise à provoquer et à soutenir l'engagement des professionnels envers les objectifs de qualité et de performance véhiculés par l'organisation. Le système de gestion mobilise les structures formelles, l'information, le financement afin de permettre aux professionnels d'accroître leur performance clinique. Les structures informelles, autre dimension associée aux organisations selon Crozier et Friedberg [19], laissent place à l'émergence du *leadership* clinique et organisationnel face aux initiatives de qualité. Quant à la gouvernance clinique, elle est l'espace situé entre le système de gestion et le système clinique. Ce nouvel espace de mobilisation des savoirs et des relations inclut et laisse place à l'émergence d'initiatives managériales et cliniques favorisant la qualité des soins et services, l'excellence clinique et la performance du système. Elle vise à rapprocher le système clinique et le système de gestion vers l'atteinte de l'excellence. Tous les acteurs détiennent une autorité de gouvernance. Ceci favorise leur implication à l'implantation d'initiatives de qualité et leur confère une imputabilité et une responsabilité face aux initiatives mises en œuvre.

VII - CONCLUSION

Le modèle renouvelé de gouvernance clinique tente de répondre aux enjeux d'implantation et de synergie soulevés dans son approche britannique. La gouvernance clinique se veut un lieu d'action collective, de mobilisation de relations d'échange et de savoirs et de développement d'initiatives de qualité. Elle est un nouvel espace où s'exerce l'autorité des différents acteurs plutôt que d'autres formes d'ajustements informels pour coordonner l'action collective. La gouvernance clinique vise l'enrichissement mutuel au profit de l'excellence clinique et organisationnelle et ce, pour le mieux-être des patients nécessitant des soins de santé.

Remerciements

Les auteurs remercient M. André-Pierre Contandriopoulos, PhD, Dr Marie-Pascale Pomey, PhD et Mme Mylaine Breton, candidate au PhD (santé publique) pour les commentaires reçus sur une version antérieure de cet article. Ce texte a bénéficié des discussions lors de la préparation et au cours du colloque « Repenser la pratique clinique et transformer les organisations » des Entretiens Jacques-Cartier, tenu à Lyon (France) en décembre 2007. Nos remerciements à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Québec) pour son soutien financier dans la préparation de cet article.

RÉFÉRENCES

1. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank Q* 2001;79:281-315.
2. Hatchuel A. Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective ? In : Heurgon E, Landrieu J, eds. *Prospective pour une gouvernance démocratique*. Paris : Edition de l'Aube ; 2000.
3. Department of Health. *First class service: Quality in the new NHS*. Londres: United Kingdom Department of Health; 1998.
4. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001;322:1413-7.
5. Goodman NW. Clinical governance. *BMJ* 1998;317:1725-7.
6. Rosen R. Clinical governance in primary care. Improving quality in the changing world of primary care. *BMJ* 2000;321:551-4.
7. Starey N. What is clinical governance? *Evid Based Med* 2003;1(12).
8. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the NHS in England. *BMJ* 1998;317:61-5.
9. Wallace LM, Freeman T, Latham L, Walshe K, Spurgeon P. Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Qual Health Care* 2001;10:76-82.
10. 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.
11. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 2001;8:38-51.
12. Mintzberg H. *The structuring of organizations*. Prentice-Hall (New Jersey): Englewood Cliffs; 1979.
13. Denis JL, Langley A, Rouleau L. Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Hum Relat* 2007;60:179-215.
14. Mintzberg H. L'organisation professionnelle, in *Le management : Voyage au centre des organisations*. Paris : Les Éditions de l'Organisation ; 1989.
15. Whittington R. Strategy as Practice. *Long Range Plann* 1996;29:731-5.
16. Whittington R. Strategy after modernism: recovering practice. *European Management Review* 2004;1:62-8.
17. Jarzabkowski P. Strategy as Practice: Recursiveness, Adaptation, and Practices-in-Use. *Organization Studies* 2004;25:529-60.
18. Jarzabkowski P, Balogun J, Seild D. Strategizing: The challenges of a practice perspective. *Hum Relat* 2007. 60:5-27.
19. Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil ; 1977.
20. Mintzberg H, Lampel J, Ahlstrand B. *Strategy Safari: A Guided Tour Through The Wilds of Strategic Management*. 1st ed. New York: Free Press; 1998.
21. Miller D. The Genesis of Configuration. *Acad Manage Rev* 1987;12:686-701.
22. Vanu Som C. Clinical governance: a fresh look at its definition. *Clinical Governance: An International Journal* 2004;9(2):87-90.
23. Giddens A. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration* Berkeley: University of California Press; 1984.
24. Bourdieu P. *Le sens pratique*. Paris : Les Éditions de Minuit ; 1980.
25. Turner S. Throwing out the tacit rule book: learning and practices, In: Schatzki T, Cetina R, von Savigny E, eds. *The Practice Turn in Contemporary Theory*. Routledge: London ; 2001.