

## Concept de gouvernance clinique et outils professionnels / organisationnels connexes

Le concept de Clinical Governance (GC), librement traduit de l'anglais "clinical governance" est entré dans le débat scientifique en 1998 à la suite de l'article de Scally et Donaldson publié dans le BMJ (1), dans lequel le GC était défini comme : " ...

A système par lequel les organisations de santé sont responsables de l'amélioration continue de la qualité de leurs services et de la garantie de normes de soins de haute qualité, créant un environnement dans lequel la qualité peut s'épanouir ".

**Pour bien comprendre le concept de gouvernance clinique, il faut considérer que les deux termes anglais ne sont pas facilement traduisibles en italien** : la gouvernance indique la gestion et la gouvernance des processus à travers un système de consultation, de partage et de consultation, tandis que le terme clinique doit être considéré dans un contexte non seulement de pertinence médicale, mais se référant à toutes les professions de santé impliquées dans les processus d'assistance clinique.

Dans l'article de Scally et Donaldson, les 4 principaux aspects sous-jacents à chaque programme de GC ont été identifiés :

- performance professionnelle ou qualité technique ;
- l'utilisation des ressources ou l'efficacité ;
- gestion des risques cliniques;
- satisfaction des utilisateurs vis-à-vis des services.

**Toujours dans le même article, les composants intégrés du GC ont été définis, à savoir :**

- les éléments structurels;
- accès aux preuves scientifiques;
- formation et développement professionnel;
- technologie de l'information pour soutenir la pratique clinique;
- la cohérence des objectifs des individus et des groupes avec ceux de l'organisation ;
- communication ouverte;
- la gestion des contre-performances par leur reconnaissance précoce, leur intervention, leur autorégulation et le retour d'informations aux individus et aux groupes de données et d'indicateurs d'évaluation des performances ;
- le système qualité ;
- culture et leadership clinique, avec une haute valeur reconnue dans la formation et la recherche, le partenariat avec les citoyens et l'éthique du travail d'équipe.



Au cours des années suivantes, l'intérêt pour ces concepts s'est répandu dans le monde entier et a impliqué, à des degrés divers, tous les services de santé, avec l'intention d'agir de manière coordonnée, pour arriver à une approche systématique et multiforme de l'amélioration de la qualité. Il convient de

noter, à cet égard, l'outil développé par les chercheurs de l'Institut d'hygiène de l'Université catholique de Rome, visant à évaluer le degré de réussite dans la pratique du GC (2).

### Il identifie les composantes de la stratégie commune du CG :

Efficacy Evidence Medicine (MePE, Evidence Based Medicine, EBM) : intégration de l'expérience clinique du médecin avec les meilleures preuves scientifiques disponibles ; Démonstration de responsabilité (accountability) : identification sans ambiguïté des responsables des actes cliniques ;

Audit clinique : évaluation systématique de son activité et de ses résultats en les comparant à des normes explicites ; Mesure de la performance clinique : suivi systématique des résultats de la pratique clinique en termes d'efficacité, de pertinence, d'efficience, de qualité et de délais ;

Health Technology Assessment (HTA - Health Technology Assessment) : évaluation intégrée basée sur l'analyse de l'impact économique, social, éthique, juridique et culturel des technologies de santé (médicaments, appareils, ...) utilisées ou à adopter ;

- L'évaluation et l'amélioration continue des activités cliniques : un système qui, à travers la technique de résolution de problèmes, tend toujours à vérifier la qualité technique professionnelle et perçue et est orienté vers l'amélioration continue de celle-ci ;
- Gestion des risques : identification des erreurs évitables commises au cours de la pratique clinique et analyse et gestion des risques cliniques visant à prévenir les événements indésirables évitables ;
- Autonomisation citoyen-patient : renforcer la participation citoyenne aux décisions cliniques. Elle distingue également quatre outils fonctionnels ou « prérequis » nécessaires à la poursuite des objectifs et à la mise en œuvre des stratégies, qui sont :
- La gestion des personnes et des ressources : par exemple le système de rémunération et de valorisation du personnel, qui doit être orienté vers l'atteinte des objectifs de « gouvernance clinique » et donc renforcé et dimensionné en fonction de la poursuite des objectifs définis pour les stratégies décrites ci-dessus ;

**Recherche et développement scientifique** : une partie de la recherche doit également être orientée vers la définition et l'évaluation des stratégies les plus efficaces et efficientes pour la poursuite des stratégies de « gouvernance clinique » précitées afin d'organiser les services liés aux preuves scientifiques ;



**La culture de l'apprentissage** : la formation continue et le développement des ressources humaines doivent être cohérents et fonctionnels pour l'atteinte des objectifs et la mise en œuvre des stratégies ;

**Technologies de l'information** : Les systèmes d'information doivent soutenir les activités à travers un système d'information intégré qui permet le dimensionnement des

phénomènes pour la planification et l'organisation des stratégies et l'évaluation des performances.

Bien qu'une grande partie des études et des activités de gouvernance clinique soient liées à la gestion des activités hospitalières, il y a actuellement un intérêt croissant pour l'application de stratégies de

gouvernance clinique dans les soins primaires, où, autant qu'en milieu hospitalier, l'inefficacité et l'inefficacité des et des solutions cliniques peuvent se cacher.

Il apparaît donc de plus en plus important de préciser quels modèles et outils de gouvernance clinique sont applicables en médecine générale au regard de leur efficacité avérée à « créer un environnement favorable à l'expression de l'excellence clinique », notamment dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

En effet, les maladies chroniques, contrairement aux maladies aiguës, entraînent des modifications durables et souvent irréversibles de la qualité de vie, entraînant une aggravation continue de l'état de santé. La gestion des maladies chroniques est très complexe et nécessite souvent plusieurs pharmacothérapies, des visites périodiques chez un spécialiste et des changements majeurs au mode de vie.

**Tout cela nécessite une approche intégrée organisée, systématique et systémique du patient chronique, qui diffère de l'aigu également dans l'expression de la demande d'accès aux services.**

En effet, les patients chroniques ne sont pas toujours conscients de leurs propres besoins en matière de prévention, de soins, d'autosoins et d'assistance, ce qui se traduit par un manque de demande ou d'opportunité. Pour ces patients, une organisation des services inspirée de la gouvernance clinique est nécessaire.

En particulier, des soins primaires efficaces peuvent prévenir l'apparition de maladies chroniques et réduire la mortalité évitable grâce à l'identification et à la modification des facteurs de risque pour la santé ; comme le démontrent de nombreuses études nationales et transnationales (3).

Les soins primaires sont en mesure de réduire la mortalité évitable également grâce à un diagnostic précoce des maladies (4) et à une coordination efficace des soins, ce qui garantit une prise en charge continue et longitudinale du patient (5).

**Malgré son grand potentiel, une vaste littérature montre que les soins primaires, dans de nombreux pays et régions, ne sont pas suffisamment garantis à la population (6).**

Avant 1997, de nombreuses initiatives avaient été prises dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins en médecine familiale, principalement grâce à la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians - World Organization of Colleges). ,

Académies et associations académiques de médecine familiale générale). Un groupe de travail du WONCA, par exemple, a produit en 1992 une brochure intitulée « Quality Verification and Review for General Practitioners », qui décrivait ce que nous appelons aujourd'hui le cycle d'audit, adapté au contexte de la médecine familiale (7).