

aqesss

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

MODÈLES ET ENJEUX DU PARTENARIAT MÉDICO-ADMINISTRATIF : ÉTAT DES CONNAISSANCES

Février 2012

Édition

Rédaction : Jean-Louis Denis, École nationale d'administration publique
Émilie Gibeau, HEC Montréal
Ann Langley, HEC Montréal
Marie-Pascale Pomey, Université de Montréal
Nicolas Van Schendel, HEC Montréal – Université de Montréal

Supervision : Docteure Michèle Pelletier, AQESSS
Lucie Raymond, AQESSS

Mise en page : Aurore Dobbeleer, AQESSS

Distribution

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires
505, boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 400
Montréal (Québec) H3A 3C2
Téléphone : 514 842-4861
Site internet : www.aqesss.qc.ca

© Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2012
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-89636-143-4

Ce document est disponible gratuitement sur le web : www.aqesss.qc.ca

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

AVANT-PROPOS

En 2012, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) a mis en place un groupe de réflexion sur la gouvernance médico-administrative dont le mandat était de diagnostiquer la situation actuelle en ce qui concerne la gouvernance médico-administrative dans les établissements de santé et de services sociaux et de proposer des pistes de partenariat qui répondraient aux aspirations professionnelles des médecins et qui assureraient une meilleure collaboration des médecins à la réalisation des objectifs des établissements.

L'AQESSS a mis en place des projets pilotes pour expérimenter et évaluer ces pistes en collaboration avec les établissements intéressés. L'équipe de recherche est chargée d'étudier le processus de mise en place de ces pistes dans les établissements choisis et de fournir une appréciation de sa capacité à améliorer les processus de prise de décision et de collaboration médico-administrative au sein des établissements.

La présente revue de littérature est le premier livrable associé aux projets pilotes. Elle résume la documentation sur la gouvernance médico-administrative et analyse le potentiel des pistes proposées par l'AQESSS en rapport avec les connaissances antérieures.

L'AQESSS tient particulièrement à remercier l'équipe de recherche pour le fruit de son travail :

- Jean-Louis Denis, professeur titulaire à l'École nationale d'administration publique (ENAP) et titulaire de la chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et des systèmes de santé
- Ann Langley, professeure titulaire à HEC Montréal et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en gestion stratégique en contexte pluraliste
- Marie-Pascale Pomey, professeure agrégée, département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Émilie Gibeau, étudiante de doctorat, HEC Montréal
- Nicolas Van Schendel, professionnel de recherche, HEC Montréal et Université de Montréal

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| SOMMAIRE EXÉCUTIF | 9 |
| Introduction | 9 |
| Contexte et enjeux : médecins, organisations de santé et développement du leadership médical..... | 9 |
| Modèles structurels de partenariat médico-administratif | 11 |
| Les modèles américains | 11 |
| Les modèles européens | 11 |
| Les modèles canadiens | 12 |
| La dynamique médico-administrative au quotidien | 12 |
| Des stratégies pour développer le leadership médical..... | 14 |
| Conclusion..... | 15 |
| INTRODUCTION..... | 17 |
| LES MÉDECINS, LES ORGANISATIONS ET LE SYSTÈME DE SANTÉ : CONTEXTE ET ENJEUX | 21 |
| Perspective historique sur la gouvernance médico-administrative | 21 |
| La difficile conciliation des logiques professionnelles et managériales | 22 |
| Les mécanismes d’alignement : dispositifs économiques, structurels et relationnels..... | 24 |
| Résumé | 26 |
| MODÈLES STRUCTURELS DE PARTENARIAT MÉDICO-ADMINISTRATIF..... | 27 |
| Préambule..... | 27 |
| Les modèles américains | 28 |
| L’Hôpital Johns Hopkins : un précurseur de la gestion par programme-clientèle..... | 28 |
| Kaiser Permanente (KP) : un système fortement intégré dans une mer de fragmentations | 29 |
| Clinique Mayo : le leadership administratif au service du leadership médical | 31 |
| Hôpital Intermountain : la cogestion au service de la qualité et de la performance | 33 |
| Résumé des cas américains | 35 |
| Les modèles européens | 36 |
| Les modèles canadiens | 42 |
| Résumé général sur les modèles structurels de partenariat médico-administratifs..... | 46 |

| | |
|---|----|
| LA DYNAMIQUE MÉDICO-ADMINISTRATIVE AU QUOTIDIEN | 47 |
| Médecine et gestion : deux mondes ? | 47 |
| Médecine et gestion : un terrain d'entente..... | 50 |
| Médecine et gestion : une seule équipe | 52 |
| Le leadership médical | 54 |
| Résumé | 55 |
| POUR DES CONDITIONS GAGNANTES..... | 57 |
| Préambule..... | 57 |
| La formation..... | 57 |
| La naissance du « médecin gestionnaire » | 58 |
| La formation des médecins à la gestion et le contexte québécois | 64 |
| Résumé des enjeux de la formation des médecins gestionnaires | 66 |
| Incitatifs et engagement des médecins dans la gestion | 66 |
| CONCLUSION..... | 71 |
| BIBLIOGRAPHIE | 75 |

TABLE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Représentation du système danois de gestion hospitalière (selon Neogy et Kirkpatrick, 2009)..... | 36 |
| Figure 2 : Représentation du système britannique de gestion hospitalière (selon Neogy et Kirkpatrick, 2009)..... | 38 |
| Figure 3 : Représentation du système français de gestion hospitalière (selon Neogy et Kirkpatrick, 2009)..... | 40 |
| Figure 4 : Structure organisationnelle de Sunnybrook Health Sciences Centre, 2011 | 42 |
| Figure 5 : Organigramme de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (tiré du rapport de gestion 2010-2011) | 45 |

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Introduction

C'est dans l'optique de repenser la place de la profession médicale dans la gouvernance et la gestion des organisations de santé que l'AQESSS et ses partenaires ont conçu le projet *Vers de nouvelles pistes de partenariats médico-administratifs*. Deux hypothèses sous-tendent ce projet :

- 1) l'implication des médecins dans la gestion est un prérequis à plus d'efficacité et à l'amélioration des soins;
- 2) les médecins gestionnaires peuvent jouer un rôle clé dans la mobilisation de l'ensemble de la profession médicale.

Quatre chapitres composent ce document :

- 1) le contexte et les enjeux des relations entre la profession médicale, les organisations de santé et le développement du leadership;
- 2) les modèles structurels de la gouvernance médico-administrative dans différentes organisations de santé;
- 3) les enjeux quotidiens de la dynamique médico-administrative;
- 4) les stratégies pour le développement du leadership médical.

Contexte et enjeux : médecins, organisations de santé et développement du leadership médical

D'un point de vue historique, on distingue *trois périodes* dans l'évolution des relations entre la profession médicale et les organisations formelles de santé :

- 1) une période dite des cabinets solos où les médecins, propriétaires de leur organisation, exerçaient un contrôle direct sur leur pratique;
- 2) une deuxième période marquée par l'expansion de structures sanitaires complexes et par l'émergence d'un corps d'administrateurs de la santé;
- 3) la période actuelle, se caractérisant par la recherche d'une implication accrue des médecins dans la gouvernance et la gestion des organisations de santé.

Derrière la préoccupation d'une plus grande intégration entre la profession médicale et les organisations de santé se trouvent deux *logiques distinctes* qui sont à réconcilier :

- 1) la *logique professionnelle* (profession médicale), qui s'appuie sur le principe de l'autorégulation et de l'autonomie afin d'assurer la qualité des soins et services, et qui fait valoir l'imputabilité du médecin non pas devant l'organisation, mais devant le patient et ses pairs;
- 2) la *logique organisationnelle/managériale*, qui s'appuie sur le principe qu'il est possible d'améliorer les soins et services en donnant plus d'importance aux pratiques de gestion et d'organisation, et qui fait valoir le rôle positif du contexte organisationnel sur le développement des pratiques professionnelles.

L'intérêt du projet réside dans le repositionnement de ces deux logiques de manière à accroître leur synergie et leur complémentarité.

Pour ce faire, deux types de *mécanismes d'harmonisation* entre les attentes de la profession médicale et celles des organisations de santé sont proposés :

- 1) la formalisation de fonctions et de rôles de gestion pour la profession médicale au sein des organisations de santé;
- 2) une approche collective du leadership selon laquelle la mobilisation des médecins joue un rôle critique dans la gouvernance des établissements de santé et l'amélioration des soins et services. Les médecins en position formelle de gestion pourraient être les catalyseurs de cette mobilisation.

En résumé, trois constats sont à faire concernant le contexte de la participation des médecins à la gouvernance des organisations de santé et le leadership médical :

- 1) les médecins sont appelés à œuvrer de plus en plus dans des cadres organisationnels formels, ce qui commande la mise en place de mécanismes plus efficaces de réconciliation des logiques professionnelles et organisationnelles/managériales;
- 2) l'engagement de médecins dans des rôles et fonctions de gestion et de gouvernance est une voie à explorer pour favoriser le bon fonctionnement et la performance des organisations de santé;
- 3) les organisations de santé considérées hautement performantes ont adopté un ensemble cohérent de stratégies, dont le développement du leadership médical et de l'engagement des médecins.

Modèles structurels de partenariat médico-administratif

La revue de littérature a examiné différents modèles structurels de partenariat médico-administratif à travers le monde. Deux *dimensions structurelles* se dégagent de l'ensemble des modèles :

- 1) la contribution des médecins aux décisions stratégiques à travers différents modes de gouvernance formelle;
- 2) la présence de médecins dans les rôles de gestion intermédiaires tels que la direction d'unités cliniques.

Les modèles américains

À travers les cas de figure de l'Hôpital Johns Hopkins, de Kaiser Permanente, de la Clinique Mayo et de l'Hôpital Intermountain, qui tous représentent des histoires à succès, trois constats ressortent :

- 1) il existe des dyades de cogestion à tous les niveaux décisionnels;
- 2) la forte intégration et l'engagement des médecins reposent souvent sur une intégration économique;
- 3) l'accent mis sur la qualité des soins et services est alimenté par les technologies de l'information de pointe et par l'engagement de toutes les parties.

Les modèles européens

Trois systèmes de santé servent à illustrer l'état de la gouvernance médico-administrative en Europe.

Le Danemark serait un exemple bien établi d'intégration à ce chapitre. Il s'agit en effet du système européen où les médecins sont les plus engagés dans la gestion. L'équipe de direction au sommet, appelée « troïka », est composée de trois individus ayant respectivement des formations médicales, infirmières et administratives, la cogestion étant également implantée à d'autres niveaux.

En contrepartie, le Royaume-Uni et la France représentent des succès plus mitigés. Au Royaume-Uni, le système des directorats cliniques, codirigés au moins par un médecin et un administrateur, a été institué pour inciter les médecins à remplir des rôles de gestionnaires. Les rôles et responsabilités de gestion chez ces derniers auraient cependant peu évolué, les décisions continuant d'être prises à tous les niveaux par des gestionnaires non cliniciens. L'exemple britannique montre d'ailleurs que la modification des structures ne suffit pas à induire des changements souhaités.

Les modèles canadiens

Deux expériences pionnières au Canada en matière de gestion médico-administrative sont présentées :

- 1) l'Hôpital Sunnybrook, en Ontario, dont la particularité au début des années 1980 a été de se structurer selon un modèle matriciel à trois dimensions, dont les dimensions clinique (départements) et programmatique (à partir de clientèle spécifiques);
- 2) l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, qui fut l'un des premiers au Québec à expérimenter la cogestion médico-administrative et à avoir procédé, vers la fin des années 1990, à une restructuration de ses services par programme-clientèle (Luc et Rondeau, 2002). Ces exemples sont instructifs, mais la description des modèles structurels ne permet pas nécessairement de comprendre leur fonctionnement au quotidien.

En résumé, pour tous les modèles, on constate que les structures ne garantissent pas à elles seules la réussite en termes d'engagement médical et d'amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins, bien qu'elles en offrent le potentiel. D'autres facteurs présentés dans les sections suivantes sont essentiels à la réussite de ces modèles.

La dynamique médico-administrative au quotidien

La dynamique médico-administrative prend place dans un contexte caractérisé par des divergences de logiques, tel que noté plus haut. Le monde de la gestion met l'accent sur la hiérarchie des relations, se préoccupe de l'allocation des ressources et détermine ses activités quotidiennes en fonction d'exercices financiers. Celui de la médecine mise sur le patient pris individuellement, valorise l'autonomie et le ici et maintenant de la pratique clinique. Chacun de ces univers nourrit à l'égard de l'autre des stéréotypes qui compliquent les chances d'un dialogue constructif.

Selon la littérature, les conditions d'*un terrain d'entente* entre médecins et gestionnaires sont de deux ordres :

- 1) une meilleure compréhension mutuelle fondée sur le dépassement des préjugés et l'établissement de liens impliquant le partage d'objectifs communs, l'absence de compétition, le soutien des autorités et l'absence de hiérarchie;
- 2) la recherche de solutions mutuellement gagnantes.

Une condition importante à la formation d'une équipe de cogestionnaires est la confiance entre les parties. Les ingrédients en sont :

- 1) une communication effective;
- 2) une entente sur des valeurs et des objectifs communs ainsi que sur une définition commune du succès;
- 3) la transparence et le partage de l'information;
- 4) la compétence, le respect des engagements, la cohérence et l'intégrité dans les actions;
- 5) la stabilité (durée) dans les fonctions occupées.

Le rôle du médecin-gestionnaire est unique puisqu'il est en position d'agir comme médiateur ou traducteur. Un tel rôle est notamment caractérisé par la capacité à faire le pont entre médecins et gestionnaires et à concilier les intérêts de chacune des parties. Il est à noter que le médecin peut jouer le rôle de gestionnaire mais non l'inverse, ce qui place le médecin-gestionnaire dans une situation privilégiée pour mobiliser l'ensemble du corps médical.

En résumé, quatre points peuvent être dégagés :

- 1) un changement de structure ne suffit pas en lui-même à bâtir un partenariat médico-administratif constructif, bien qu'il puisse être instrumental dans la mobilisation du corps médical, l'amélioration des relations entre les deux groupes, l'innovation ainsi que l'atteinte d'objectifs organisationnels;
- 2) les médecins en position de gestion ont la possibilité d'exercer des rôles auxquels les gestionnaires non médicaux n'ont pas accès. S'ils parviennent à convertir l'influence de la profession en leadership stratégique, cela donne lieu à un potentiel énorme d'amélioration de la performance organisationnelle;
- 3) si la position de médecin-gestionnaire peut être source de tension chez l'individu qui l'occupe, les rôles de traducteur, de négociateur et de conciliateur qui lui sont propres lui confèrent une influence importante tant dans le monde de la gestion que dans celui de la médecine;
- 4) il existe un potentiel de leadership collectif chez les médecins ayant un rôle formel de gestion, dans la mesure où ils peuvent contribuer à mobiliser la capacité de leadership que les médecins exercent déjà dans leur milieu clinique vers l'atteinte d'objectifs organisationnels.

Des stratégies pour développer le leadership médical

Deux types de stratégies peuvent aider au développement d'un partenariat médico-administratif et d'un leadership médical au sein des organisations.

La *formation des médecins à la gestion* constitue la première des stratégies. Les enjeux peuvent se résumer comme suit :

- la formation peut se faire à plusieurs moments de la carrière d'un médecin. Il existe à présent un consensus sur la nécessité de former les médecins à la gestion durant leurs études médicales et de renforcer cette formation pendant leur pratique;
- les gestionnaires sont parfois réticents quant à la place des médecins gestionnaires formés et peuvent parfois percevoir leur présence comme une menace à leur légitimité.

Les médecins ont une haute conscience du temps et ils ne sont pas forcément prêts à suivre des formations trop longues. Malgré cela, ils ont bien conscience qu'il est difficile de s'improviser gestionnaires et qu'ils ont besoin d'être outillés pour prendre des décisions éclairées.

Finalement, face à l'évolution des structures organisationnelles dans le domaine de la santé, il appert qu'une attention plus grande à des activités de formation ou d'accompagnement auprès de duos médico-administratifs est une voie prometteuse.

Les *incitatifs à l'engagement* des médecins dans la gestion constitue la deuxième stratégie. Il est nécessaire à ce niveau de combiner les incitatifs extrinsèques (rémunération, possibilité d'avancement de carrière, statut, etc.) et les incitatifs intrinsèques (capacité d'influencer pour réaliser des améliorations aux pratiques cliniques et organisationnelles importantes). L'engagement d'un nombre suffisant de médecins-gestionnaires est peu probable si les conditions d'implication occasionnent des pertes en termes de revenus, de statut ou de satisfaction au travail.

Conclusion

Les changements structurels constituent un fondement pour l'émergence d'un leadership médical fort au niveau organisationnel. Cependant, la structure ne crée pas l'engagement ou le leadership. C'est plutôt l'engagement qui viendra dynamiser la structure. Bâtir le leadership et un engagement médical soutenu demande l'utilisation cohérente de différents leviers complémentaires : la ferme volonté sincère et mutuelle d'intégration des médecins dans la gestion, l'engagement respectif des médecins et de l'organisation à viser de hauts standards de qualité, les incitatifs intrinsèques et extrinsèques, le développement des capacités et du temps.

INTRODUCTION

Les systèmes de santé des pays développés sont à la recherche d'une plus grande performance pour faire face aux pressions économiques et à l'augmentation ou à la transformation de la demande de soins. Malgré des investissements et des efforts significatifs au Québec et dans les différentes provinces canadiennes, incluant de nombreuses commissions d'étude pour améliorer le fonctionnement et accroître la performance du système de santé, plusieurs rapports récents font le constat d'une adaptation trop lente de ces systèmes aux besoins des patients, dont entre autres la prise en charge et le suivi des maladies chroniques, l'organisation des soins primaires, la coordination et la continuité des soins, l'organisation de soins à domicile de qualité et en quantité suffisante ainsi que l'organisation des soins et services en santé mentale (Health Council of Canada, 2008; Schoen et Osborn, 2010; Nasmith, Ballem, Baxter et al., 2010; Mental Health Commission of Canada, 2009).

Face à ce constat sur la performance des systèmes de santé, il se développe un intérêt croissant pour de nouvelles stratégies pour atteindre une meilleure performance et mieux répondre aux besoins des patients et aux attentes des utilisateurs. Des travaux récents sur les systèmes de santé hautement performants (Baker, MacIntosh-Murray et Porcellato, 2008; Bentley, Effros, Palar et al., 2008) suggèrent que les systèmes de santé performants mobilisent de façon cohérente un ensemble de leviers sur le plan du financement, de la mobilisation des ressources humaines et de l'organisation du travail, des technologies et de la connaissance (notion de « meilleures pratiques ») pour tirer un meilleur parti des ressources qu'ils consacrent à la santé. La question de la mobilisation des professionnels et du leadership exercé par les professions, en particulier par les médecins, pourrait constituer un des leviers importants pour améliorer les soins et services (Baker et al., 2008; Baker et Denis, 2011; Waters et al., 2001; Alexander et al., 2001). Les médecins en tant que groupe professionnel exercent une influence ou sont en mesure d'exercer une influence importante sur l'utilisation des ressources et sur l'organisation des soins et services. Un enjeu fondamental pour les systèmes de santé à la recherche d'une plus grande performance serait donc de convertir cette capacité en leadership pour l'amélioration des soins et services.

Le projet lancé par l'AQESSS et ses partenaires sur la gouvernance médicale vise à repenser le positionnement de la profession médicale dans la gouvernance et la gestion des organisations de santé. Il s'appuie sur le postulat qu'une participation accrue des médecins à la gouvernance et à la gestion permettrait une utilisation plus judicieuse des ressources et, ultimement, une amélioration des soins et services. L'approche retenue dans ce projet est principalement structurelle et vise à formaliser ou à élaborer les relations entre des médecins occupant des fonctions exécutives et le management des organisations de santé incluant les relations avec les conseils d'administration. Ce projet touche donc un des aspects qui peuvent être pris en compte en matière de leadership et d'engagement des médecins pour l'amélioration de l'organisation des soins et services (Baker et Denis, 2011; Baker et al., 2008; Bate et al., 2008). Le projet sur la gouvernance médicale s'inscrit dans un courant plus large, observé entre autres au Royaume-Uni et aux États-Unis, pour accroître l'imputabilité des organisations de santé et le rôle que peuvent jouer les médecins dans la recherche d'une plus grande performance (Darzi, 2008; Department of Health, 2010; Devlin, Appleby et al., 2010; Ham et al., 2010; Singer et Shortell, 2011).

Pour les fins de ce projet, nous entendons par leadership médical deux choses. Tout d'abord, il s'agit de porter attention au rôle des médecins occupant des positions formelles de gestion dans l'organisation (DSP, chefs de départements, chefs de programmes, président de CMDP, par exemple) et dans le développement de la gestion et de la gouvernance des organisations de santé. Ces rôles pouvant être assumés par des médecins qui sont gestionnaires de carrière ou par des médecins qui occupent de tels rôles à temps partiel ou de façon transitoire. Le leadership médical renvoie aussi à une notion plus large se rapportant à l'engagement de la profession médicale dans des rôles au-delà de ceux qu'ils accomplissent dans le cadre habituel de leurs tâches cliniques, rôles qui visent à atteindre une meilleure qualité et sécurité des soins et une utilisation plus judicieuse des ressources en s'impliquant davantage dans des dossiers se rapportant à l'organisation des soins et services (Spurgeon, Barwell et Mazelan, 2008).

Trois hypothèses semblent être à la base du projet sur la gouvernance médicale :

- 1) l'implication des médecins dans des rôles formels et dans des rôles clés;
- 2) la fonction de gestion et gouvernance est un prérequis à une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources et à une amélioration des soins et services, en ramenant les préoccupations cliniques au cœur stratégique de l'organisation;
- 3) les médecins en situation de gestion jouent un rôle important dans la mobilisation de l'ensemble de la profession médicale dans l'organisation des soins et services et la mise en œuvre d'orientations sur le plan de la gestion.

L'état des connaissances sur la gouvernance médicale est divisé en quatre chapitres. Un premier chapitre présente le contexte et les différents enjeux entourant les relations entre la profession médicale et les organisations et le développement du leadership médical. Un deuxième chapitre identifie différentes options structurelles retrouvées dans plusieurs systèmes ou organisations de santé pour développer le rôle de médecin-gestionnaire et la gouvernance médicale. Un troisième chapitre discute des enjeux rencontrés par les médecins en matière d'identité professionnelle et de gestion de carrière lorsqu'ils choisissent de s'engager dans des postes et des rôles formels de gestion. Enfin, un quatrième chapitre identifie les stratégies utilisées dans différents systèmes et organisations de santé pour développer l'intérêt des médecins à s'engager dans des fonctions et des postes en gestion.

LES MÉDECINS, LES ORGANISATIONS ET LE SYSTÈME DE SANTÉ : CONTEXTE ET ENJEUX

Perspective historique sur la gouvernance médico-administrative

D'un point de vue historique, le rôle de la profession médicale dans la gouvernance et la gestion des organisations de santé peut être envisagé selon trois périodes. Une première période s'apparente à une organisation de la pratique médicale en cabinet solo où le médecin, en tant que professionnel, est propriétaire de son organisation et exerce un contrôle direct sur sa pratique (McKinlay et Arches, 1985). Ce mode d'organisation peut s'avérer fonctionnel dans la mesure où la pratique ne requiert pas une haute intensité technologique, une utilisation élevée de ressources et que le travail du médecin ne demande pas des relations nombreuses et complexes avec ses pairs et autres professionnels de la santé. En fait, ce mode d'organisation est adapté à un contexte où la médecine dispose de très peu de moyens et de capacités d'intervention.

Une deuxième période correspond à l'expansion de structures sanitaires plus complexes en réponse à plusieurs facteurs, dont des investissements importants dans les systèmes de santé et une croissance significative des connaissances et des capacités techniques d'intervention et qui, conséquemment, poussent les médecins à travailler de plus en plus dans des milieux organisés (tout au moins pour une partie importante de leur pratique) (McKinlay et Arches, 1985; Starr, 1992; Friedson, 1985; Bazolli, 2004). Devant cette complexité croissante des organisations de santé, une classe de gestionnaires ou d'administrateurs de la santé s'est développée sous l'impulsion entre autres de programmes de formation universitaires spécialisés dans ce domaine. Ces évolutions ont un impact important sur le rapport entre la profession médicale et les organisations. Les médecins sont appelés de plus en plus à interagir et à travailler dans des milieux où les responsabilités en matière de gouvernance et de gestion ne sont pas nécessairement ni en majorité entre les mains de leurs pairs. De plus, dans ce contexte, ils sont appelés à interagir avec d'autres professionnels de la santé qui développent leur propre structure d'autorité à l'intérieur de ces organisations.

Les médecins ont certes un rôle à jouer dans ces structures (par exemple, DSP, président du CMDP, etc.), mais n'assument pas, sur le plan formel, un rôle dominant dans la gouvernance et la gestion. Contrairement à la période précédente, la profession médicale partage désormais avec gestionnaires et autres professionnels de la santé un cadre organisationnel commun. Elle continue cependant à bénéficier d'un statut particulier et d'une grande indépendance puisque les médecins ne sont pas, dans notre système de santé, reconnus comme étant des employés de l'organisation.

Une troisième période, celle dans laquelle nous nous inscrivons avec le projet sur la gouvernance médicale, est portée par la recherche d'une implication accrue des médecins dans la gouvernance et la gestion des organisations de santé. Cette phase repose sur deux constats : l'importance de mobiliser la profession médicale et de bénéficier de son expertise et de son appui (et aussi des autres professionnels de la santé) pour améliorer le fonctionnement et la performance des organisations (Bowns et McNulty, 1999; Ferlie et Shortell, 2001) et assurer un soutien suffisant aux orientations et aux décisions à prendre pour répondre aux défis qui se posent en matière de gouvernance et de gestion incluant l'établissement de priorités et la prise de décisions en matière d'allocation des ressources.

La difficile conciliation des logiques professionnelles et managériales

Quoique l'implication accrue des médecins au sens où ne venons de la définir semble souhaitable, elle comporte des défis importants. En fait, cela suppose une réconciliation de deux logiques qui paraissent à première vue plus ou moins compatibles (Kitchener, 2002; Reay et Hinings, 2009; Lounsbury, 2007) : la logique professionnelle et la logique organisationnelle/managériale. La logique professionnelle s'appuie sur le principe d'une autorégulation et de l'autonomie professionnelle afin d'assurer la qualité des soins et services. Selon cette logique, il est nécessaire de protéger au maximum l'autonomie et la décision professionnelle des contraintes ou de considérations externes afin de mieux répondre aux besoins des patients. Le médecin est ainsi considéré comme répondant nécessairement au meilleur intérêt du patient. Il est imputable devant le patient et ses pairs, et non devant l'organisation, pour l'utilisation qu'il fait des ressources et pour la qualité et la sécurité des soins qu'il prodigue (Salter, 2001). La logique organisationnelle/managériale s'appuie sur le principe qu'il est possible d'améliorer les soins et services en accordant plus d'importance aux rôles que peuvent jouer des pratiques de gestion et d'organisation (conception par programme, travail en équipe multidisciplinaire ou interprofessionnelle, par exemple), mécanismes de décision comme l'établissement de priorités et d'objectifs, mécanismes de coordination, mécanismes de contrôle et d'imputabilité (Ferlie et al., 1996).

De façon similaire, plusieurs travaux récents sur la gouvernance clinique ont cherché à mettre en lumière le rôle que peuvent jouer des actifs organisationnels dans l'amélioration des pratiques et des services (Pomey et al., 2008; McCarthy et Blumenthal, 2006). Plus simplement, la logique organisationnelle ou managériale insiste sur le rôle positif que peut jouer le contexte organisationnel sur le développement des pratiques professionnelles et l'amélioration des soins et services sans y voir là un risque d'intrusion ou encore de distorsion de la décision professionnelle.

Ces deux logiques ont donc des fondements solides et paraissent à première vue plus ou moins compatibles. Elles sont en partie organisatrices de la manière dont évoluent les organisations et le système de santé (Friedland et Alford, 1991). La logique politique marquant aussi l'évolution de notre système de santé, entre autres par la nature convenue des relations entre le gouvernement (l'État) et la profession médicale au moment de créer le système public de santé (Tuohy, 1999). Le projet de l'AQESSS sur la gouvernance médicale propose donc de développer un nouveau positionnement des logiques professionnelles et organisationnelles/managériales de façon à accroître leur synergie et complémentarité.

Les travaux sur la coexistence de ces deux logiques dans les organisations de santé ont connu un premier essor dans les années 1950 avec les études de Gouldner et al. (1957) sur l'identité des professionnels à l'organisation et à la profession. Ces travaux suggèrent qu'il est possible pour des professionnels de développer une double loyauté à l'organisation et à la profession et donc à opérer dans certains contextes une réconciliation des logiques professionnelles et organisationnelles. Une enquête plus récente dans les organisations de santé au Canada auprès des responsables des médecins (*chief medical officer*) et chefs de département constatait aussi qu'un sous-groupe de médecins occupant ces fonctions ont développé une double loyauté à l'organisation et à la profession (Champagne, Denis et Bilodeau, 1998). Un ensemble de travaux récents sur l'accommodation des deux logiques tendent aussi à montrer que la profession médicale s'est adaptée à une pratique dans des cadres organisationnels plus formels tout en maintenant une forte capacité de négociation afin de maintenir l'autonomie et l'aptitude d'autorégulation (prédominance du contrôle par les pairs, par exemple) (Exworthy et al., 2010; Kitchener et al., 2005; McIntosh et al., 2011; Adler et al., 2008; Quinn, 1992; Reay et Hinings, 2009).

La recherche d'une plus grande implication des médecins dans la gouvernance et la gestion des organisations de santé viserait à dépasser cette forme d'accommodement entre la profession médicale et l'organisation de façon à favoriser un engagement plus actif de la profession dans des responsabilités qui dépassent le contexte clinique immédiat. En fait, les organisations et systèmes de santé sont à la recherche d'une médiation plus efficace entre les impératifs organisationnels et les impératifs cliniques.

Ils sont aussi à la recherche d'une plus grande synergie entre l'expertise managériale et l'expertise clinique, et entre l'autorité formelle conférée par des postes de gestion et l'autorité professionnelle.

Les mécanismes d'alignement : dispositifs économiques, structurels et relationnels

Outre ces travaux sur la coexistence des logiques professionnelles et organisationnelles/managériales, un ensemble de travaux ont porté sur les mécanismes qui permettent une plus grande harmonisation entre les attentes de la profession médicale et celles des organisations de santé (Alexander et al., 2001; Shortell et al., 2000; Burns et Muller, 2008; Robinson, 1997). Ces travaux, réalisés aux États-Unis, explorent différents mécanismes structurels, dont le rôle des incitatifs économiques, pour favoriser des liens plus étroits entre la profession médicale et l'organisation. Une revue récente des mécanismes économiques d'intégration des médecins à l'organisation (Burns et Muller, 2008) conclut que les évidences scientifiques à l'appui d'une telle approche sont peu concluantes et qu'un ensemble diversifié de stratégies doit être poursuivi pour favoriser une meilleure intégration des médecins à l'organisation. Ces analyses ne vont pas à l'encontre de l'importance des incitatifs économiques dans le développement des comportements professionnels des médecins, mais elles suggèrent l'utilité de mobiliser les incitatifs économiques dans le contexte d'une stratégie plus large de développement des organisations et des systèmes de santé. L'intérêt actuel pour le leadership et l'engagement de la profession médicale observé dans plusieurs systèmes de santé va dans ce sens. Le projet de l'AQESSS sur la gouvernance médicale vise à créer un nouvel espace de gouvernance et de gestion à l'intérieur duquel la profession médicale va assumer des responsabilités organisationnelles plus étendues et, conséquemment, contribuer au développement d'une plus grande intégration des médecins à l'organisation. Dans un premier temps, cette recherche d'intégration ne relève pas surtout d'un recours à de nouveaux incitatifs économiques, mais s'appuie principalement sur des changements structurels de manière à positionner différemment la profession médicale dans la gestion et gouvernance des organisations de santé. Ce qui ne suppose pas que la question des incitatifs économiques propices à une mobilisation plus élevée de la profession médicale dans la gestion soit à terme abordé plus directement.

Une analyse récente par Baker et Denis (2011) identifie différentes stratégies utilisées par les organisations et systèmes de santé pour favoriser un plus grand leadership de la profession médicale. Par ailleurs, il ressort de cette analyse que la création de positions structurelles formelles pour des médecins-gestionnaires ne suffit pas d'emblée à améliorer le fonctionnement et la performance des organisations de santé et qu'elle devrait être assortie d'autres conditions (Ferlie et al., 1996; Fitzgerald et al., 2006; Marnoch, 1996). Une récente enquête auprès d'une population d'hôpitaux américains conclut au contraire que les organisations qui ont comme directeur général (CEO) un médecin présentent des indicateurs de qualité des soins plus élevés dans trois secteurs clés de la production clinique (Goodall, 2010).

Ces résultats confirmeraient qu'il y aurait un avantage à mobiliser des leaders « experts », c'est-à-dire des leaders avec une formation médicale (et par extension, clinique) pour gérer les organisations de santé. Une interprétation alternative de ces résultats est à l'effet que les médecins intéressés par de tels postes de gestion sont attirés par des organisations réputées hautement performantes, ou que de telles organisations réunissent un ensemble de caractéristiques précises, dont la mobilisation efficace de la profession médicale, pour atteindre des niveaux élevés de performance.

Dans l'ensemble, ces travaux suggèrent que la formalisation de fonctions et de rôles de gestion pour la profession médicale dans les organisations de santé est un élément important mais sans doute pas suffisant pour garantir un bon fonctionnement et une performance élevée des organisations de santé. Dans les autres chapitres de cet état des connaissances, nous aborderons certaines de ces autres conditions. Ce constat ne cherche pas à minimiser le rôle des structures qui ont l'avantage de clarifier les attentes et les responsabilités respectives et qui contribuent à stabiliser une forme de contrat entre des médecins impliqués dans la gestion et les organisations.

Tel que suggéré en introduction, le leadership médical exercé par le biais de fonctions formelles de gestion peut être vu comme un prérequis à un engagement plus large de l'ensemble des médecins dans des enjeux se rapportant à l'organisation et à l'amélioration des soins et services. Des travaux récents sur le leadership dans des organisations complexes suggèrent que le leadership peut être envisagé comme un phénomène collectif qui dépasse largement le leadership exercé par des personnes en position d'autorité formelle (Alvarez et al., 2007; Buchanan et al., 2007; Gronn, 2002; Raelin, 2005; Denis, Langley et Rouleau, 2005; 2010; Denis et al., 2011). Le leadership organisationnel s'appuierait donc sur un ensemble d'individus aux différents niveaux de l'organisation et dans différents domaines conjuguant une expertise, des habiletés et des formes de légitimité complémentaires permettant de transcender les frontières organisationnelles et professionnelles en place. Plus précisément, le leadership des médecins en position formelle de gestion pourrait être vu comme un catalyseur pour mobiliser le leadership exercé au quotidien par de nombreux médecins dans leur milieu clinique (Mohr et Batalden, 2002; Lingard et al., 2008) et de recadrer l'exercice de ce leadership autour de l'atteinte d'objectifs organisationnels, entre autres l'efficience dans l'utilisation des ressources et l'amélioration des soins et services.

Une approche plus collective du leadership, telle que préconisée justement par le projet de gouvernance médicale de l'AQESSS, est cohérente avec la recherche d'une intégration plus grande des professionnels aux organisations de santé (Berenson, Ginsburg et May, 2006; Zwarenstein et al., 2006; Dussault, 2008). Une telle intégration représente par contre un défi important étant donné l'hétérogénéité trouvée au sein de la profession médicale (Klopper-Kes et al., 2010; Martinussen et al., 2011; Kralewski et al., 2005; Spurgeon et al., 2008). Si une approche plus collective du leadership médical paraît raisonnable, il semble y avoir des différences importantes chez les médecins face à leur propension à s'engager plus activement dans des affaires organisationnelles. À cet effet, Berwick et Nolan (1998) insistent sur la distinction à faire entre l'exercice d'un leadership à l'intérieur de la profession médicale et un leadership médical pour l'amélioration des soins et services, et notent au passage que la formation médicale prépare très peu les médecins à l'exercice de tels rôles.

Résumé

En conclusion de ce premier chapitre de l'état des connaissances, nous pouvons faire quatre constats :

- 1) Les médecins sont appelés à œuvrer de plus en plus dans des cadres organisationnels formels, ce qui commande la mise en place de mécanismes plus efficaces de réconciliation des logiques professionnelles et organisationnelles/managériales incluant la question des incitatifs économiques;
- 2) l'engagement de médecins dans des rôles et des fonctions de gestion et gouvernance est une voie à explorer pour favoriser le bon fonctionnement et la performance des organisations de santé;
- 3) les organisations de santé qui sont considérées hautement performantes ont adopté un ensemble diversifié et cohérent de stratégies, dont le développement du leadership médical et de l'engagement des médecins;
- 4) le leadership médical formel, c'est-à-dire exercé par des médecins occupant des positions formelles de gestion, représente un élément pouvant favoriser l'engagement des médecins au niveau organisationnel – il y a donc une dimension formelle et une dimension informelle à considérer dans le leadership médical. Dans le prochain chapitre, nous examinons la littérature sur différents modèles formels de gouvernance médico-administrative qui ont effectivement été mis en œuvre dans différentes juridictions à travers le monde. Nous explorons leurs formes, leur apport et leurs limites tels que révélés par les expériences rapportées. Le chapitre subséquent abordera en profondeur les dimensions plus informelles et personnelles du leadership médico-administratif.

MODÈLES STRUCTURELS DE PARTENARIAT MÉDICO-ADMINISTRATIF

Préambule

Les relations médico-administratives constituent un objet de préoccupation dans de nombreux systèmes de santé à travers le monde. Plusieurs auteurs se sont donc attardés aux initiatives formelles implantées pour contribuer à les rendre constructives. Des systèmes de santé américains, européens et océaniques ont fait l'objet d'investigations en ce sens. Dans ce chapitre, nous allons présenter différents modèles, certains plus classiques et d'autres plus récents. Pour présenter les systèmes, nous nous inspirons entre autres des travaux de Ham (2008), de Neogy et Kirkpatrick (2009) et de Dwyer (2010) qui ont comparé divers systèmes. Nous mettrons en fait l'accent sur deux dimensions structurelles :

- 1) la contribution des médecins aux décisions stratégiques par différents modes de gouvernance formelle;
- 2) la présence de médecins dans les rôles de gestion intermédiaires tels que la direction d'unités cliniques (qui peuvent par exemple être assimilées aux regroupements-clientèles ou aux programmes). Ces dimensions nous semblent particulièrement pertinentes par rapport au projet de l'AQESSS.

Finalement, Neogy et Kirkpatrick, ainsi que d'autres comme Dickinson et Ham (2008), ont non seulement relevé une diversité de modèles structurels, mais se sont également intéressés à leur degré de réussite perçue en particulier en termes de leur capacité à mobiliser les médecins à s'engager activement dans les rôles de gestion (*medical engagement*). Ces questions feront aussi partie de notre analyse. Tel que mentionné dans le premier chapitre et révélé par les analyses qui viennent, on constate en fait que la présence d'un modèle structurel avec des postes de médecins-gestionnaires ne garantit pas à elle seule cet engagement.

Les modèles américains

Contrairement à d'autres pays, les établissements de santé américains possèdent des structures très variées. Si les hôpitaux communautaires (*community hospitals*) accordent moins d'importance à l'implication médicale dans le leadership que les établissements privés, les vice-présidents aux affaires médicales (équivalent du directeur des services professionnels) et chefs médicaux de divisions ou de départements jouent clairement un rôle clé (Ham, 2008). Parmi les établissements de santé américains les plus intéressants et étudiés en lien avec les structures médico-administratives, on compte l'Hôpital Johns Hopkins, Kaiser Permanente, la Clinique Mayo et l'Hôpital Intermountain. Ce sont très souvent des institutions académiques et, bien sûr, ce sont surtout les réussites qui sont rapportées, ce qui donne un portrait quelque peu partiel de la réalité américaine.

L'Hôpital Johns Hopkins : un précurseur de la gestion par programme-clientèle

Si nous citons le cas du Johns Hopkins, c'est parce que ce site est à l'origine même du mouvement vers la restructuration et la mise en place des organisations par programme-clientèle, donc de regroupements sous la direction de médecins. L'Hôpital Johns Hopkins a été fondé à la fin du 19^e siècle. Aujourd'hui au cœur d'un système sanitaire complexe formé de six hôpitaux, de quatre centres chirurgicaux et soins de santé et d'une trentaine de cliniques de première ligne¹, cet hôpital universitaire a vu son organisation et sa structure managériale se transformer au début des années 1970 pour des raisons de contrôle des coûts. Le but était alors de transférer aux médecins la responsabilité de ces coûts, notamment pour les départements cliniques (Heyssel et coll., 1984).

Selon cette nouvelle forme de gestion décentralisée, s'inspirant d'un modèle utilisé alors seulement dans l'industrie, l'Hôpital est devenu une sorte de holding pour une série de spécialités médicales désormais structurées en tant qu'unités fonctionnelles. Chacune de ces unités est dirigée par un médecin qui est aussi le chef de département de l'école de médecine. Des rencontres ont lieu régulièrement entre les directeurs de ces unités et les vice-présidents aux finances, à la planification et au développement, aux affaires médicales et au nursing. Plus précisément, le directeur médical de l'unité est assisté par un directeur au nursing et un administrateur. Ce trio forme une équipe de gestion assumant pour une grande part la responsabilité des coûts associés aux diverses opérations. Chaque unité fonctionnelle opère dans le cadre des politiques générales de l'institution, notamment en ce qui a trait à l'allocation des ressources pour laquelle elle est d'ailleurs appelée à se prononcer.

¹ http://www.hopkinsmedicine.org/the_johns_hopkins_hospital/jhhhs.html

Un bilan de cette expérience a été réalisé une dizaine d'années suivant son implantation par Heysel et coll., 1984. Selon ces auteurs, deux types de constats ressortent. Le premier relève de la performance financière, nettement en progression depuis l'introduction de la nouvelle structure managériale.

Le second concerne les facteurs clés responsables de son succès. Ils sont au nombre de cinq :

- 1) la volonté de la haute direction de l'Hôpital de déléguer le pouvoir de décision aux différentes unités fonctionnelles et de faire en sorte que l'engagement des médecins dans la gestion des opérations devienne la norme plutôt que l'exception;
- 2) la prise de responsabilités par les directeurs d'unités ou l'engagement proprement dit des médecins dans un contexte de cogestion, c'est-à-dire dans un cadre où ils peuvent compter sur le soutien d'administrateurs non médecins (gestionnaires financiers et directeurs-nursing);
- 3) l'accueil de la gestion décentralisée par le personnel infirmier en position de leadership, plutôt enclin traditionnellement à vouloir préserver une gestion centralisée afin de protéger son identité professionnelle;
- 4) le développement de systèmes d'information susceptibles de faciliter les décisions d'ordre opérationnel dans les unités;
- 5) le développement d'une communication efficace entre l'administration centrale et les unités fonctionnelles (verticalité) ainsi qu'au sein des domaines strictement administratifs et fonctionnels de l'institution (horizontalité).

L'expérience pionnière de Johns Hopkins établit les conditions essentielles pour l'implantation réussie d'une structure de gestion décentralisée dont le Québec pourrait sans doute s'inspirer. Parmi elles, on notera la volonté des diverses parties impliquées de mettre en place et de participer à des structures de cogestion. Le partage de l'information ainsi que le développement de la communication sont également des dimensions importantes à considérer.

Kaiser Permanente² (KP) : un système fortement intégré dans une mer de fragmentations

KP a ouvert ses portes en 1945 et se caractérise par son système intégré qui offre une très vaste gamme de soins et services. En fait, le système Kaiser peut être vu comme un système de santé en soi aussi important que celui du Québec en entier. Par contre, le système baigne dans un environnement concurrentiel avec beaucoup d'autres joueurs.

² La description de Kaiser Permanente est largement inspirée par le travail de Ham (2008).

L'organisation regroupe aujourd'hui le Plan de santé de la Fondation Kaiser (Kaiser Foundation Health Plan), l'Hôpital de la Fondation Kaiser (Kaiser Foundation Hospital) ainsi que les groupes médicaux Permanente (Permanente Medical Groups). En 2007, l'organisation desservait 8,7 millions de membres répartis dans dix États. Les revenus d'opérations de l'entreprise à cette date s'élevaient à 38 milliards de dollars, alors que le nombre d'employés de l'organisation atteignait 160 000 personnes. Au total, les groupes médicaux Permanente comptaient 14 000 médecins entretenant des relations mutuellement exclusives avec le Plan de santé de la Fondation Kaiser. Ces groupes prennent la forme de partenariats ou de corporations professionnelles autogérées composées de médecins spécialistes appartenant à différentes spécialités mais œuvrant en étroite collaboration.

Cette culture collaborative est à la base du processus de sélection des médecins à KP, forçant l'auto-sélection par les candidats potentiels. Ce processus élimine naturellement les individus privilégiant la compétition à la coopération. Outre cette première étape d'auto-sélection, Kaiser Permanente se distingue par sa période de probation de trois ans, après laquelle un candidat doit être élu par ses pairs. Celui-ci devient alors actionnaire du groupe au sein duquel il œuvre. À travers cet arrangement financier, le succès du médecin et celui de l'organisation se trouvent étroitement liés, contribuant ainsi à maintenir un haut niveau de performance. Outre l'aspect pécuniaire, la performance est encouragée par une culture organisationnelle qui renforce l'engagement intrinsèque et le sentiment de responsabilité des médecins. La comparaison des données de performance des médecins, la pression des pairs et la compétitivité naturelle des médecins sont également exploitées dans le but d'optimiser la performance individuelle et organisationnelle (Ham, 2008).

En plus de favoriser la performance en développant les connaissances et compétences cliniques, les nombreuses formations offertes à Kaiser Permanente sont élaborées dans le but de renforcer le leadership des médecins, le followership médical ainsi que le réflexe de travailler en équipe (Ham, 2008). Le leadership médical est d'ailleurs central chez KP où, selon les régions, de 25 à 50 % de l'effectif médical assume un rôle de leader. Derrière cette forte implication médicale en gestion se cache la volonté de faire du leadership une attente répandue chez tous les membres du groupe, le leadership devenant ainsi la norme au sein de l'organisation. Pour obtenir un tel rôle, les membres de Kaiser Permanente doivent être élus par leurs pairs, collègues avec lesquels ils entretiendront ensuite une relation comparable à celle unissant des syndiqués à leur représentant syndical (Ham, 2008).

De l'étude de ce cas, Ham (2008) retient quatre leçons principales touchant les relations médico-administratives. Tout d'abord, l'auteur estime que l'implication des médecins dans le leadership d'un établissement de santé commande de porter une attention particulière, tout au long de la carrière, au développement des compétences liées au travail d'équipe, au leadership et au followership.

Ensuite il est, selon l'auteur, nécessaire de mettre en place une structure qui permette aux médecins d'entrer et de sortir des positions de leadership avec une relative facilité ainsi que de combiner des activités cliniques avec celles de leadership. Valoriser les rôles de leader médical à travers une reconnaissance financière, mais également par une image positive partagée dans l'organisation de ces rôles et des individus qui les assument, compte également parmi les leçons tirées de l'étude de KP.

Finalement, Ham (2008) suggère de s'assurer qu'une proportion importante des médecins soit impliquée dans le leadership organisationnel afin que cette implication soit perçue comme étant la règle plutôt que l'exception.

De façon intéressante, la structure de Kaiser diverge significativement de ce que l'on connaît au Québec. Bien que les groupes médicaux et l'hôpital soient deux structures séparées en termes formels, elles sont fortement imbriquées en pratique par la participation volontaire des médecins aux rôles de gestion et par la collaboration continue avec des personnes qui travaillent dans des unités organisationnelles différentes, le tout appuyé par une forte intégration économique. Cet exemple montre que ce ne sont pas nécessairement les frontières « organisationnelles » qui empêchent la collaboration, mais que l'alignement des objectifs est très important pour la réussite.

Clinique Mayo : le leadership administratif au service du leadership médical

Tout comme au sein de Kaiser Permanente, la collaboration entre les médecins spécialistes de différentes spécialités est au cœur de l'organisation des soins et services de la Clinique Mayo. « *No one is big enough to be independent of others* » est le précepte de base de l'organisation depuis sa fondation (Berry, 2004). Répartie dans trois campus principaux, la clinique offrait en 2004 des services de première ligne dans plus de 60 communautés et opérait 21 hôpitaux. À ce stade, l'organisation était formée de plus de 2 700 médecins et scientifiques, ainsi que de 42 000 employés chargés de desservir plus de 500 000 patients pour des revenus annuels dépassant 4 milliards de dollars. En plus d'offrir des soins et services à ses membres, la Clinique Mayo possède une mission liée à la recherche et à l'enseignement de la médecine (Berry, 2004). Il s'agit bien sûr d'une organisation qui a une mission importante d'enseignement et de recherche et une réputation inégalée dans le monde de la médecine scientifique.

La Clinique Mayo est entièrement dirigée par des membres de la profession médicale travaillant en collaboration avec un administrateur, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques. Derrière cette structure se cache une volonté de préserver un équilibre dans la tension entre la rentabilité et les soins inhérente aux établissements de santé. Le rôle principal du leader médical découle de sa position charnière liant la dyade au corps médical et scientifique de l'organisation.

L'administrateur doit, quant à lui, s'assurer que « la vision du leader médical soit implantée de manière efficiente et financièrement sensée » (Berry, 2004). S'ajoute à ceci la responsabilité d'entretenir les relations unissant la dyade au reste de l'administration de l'organisation.

Dans une étude de l'expérience de cogestion de la Clinique Mayo, Berry (2004) a mis en lumière plusieurs conditions de succès de ce type particulier de gestion. Tout d'abord, l'auteur estime que la sélection des membres de la dyade est une clé pour une cogestion efficace, particulièrement en ce qui concerne les administrateurs. Selon l'auteur, le profil idéal d'un administrateur comporte les éléments suivants : tact, diplomatie, ouverture d'esprit, patience infinie et vision à long terme. L'administrateur doit également être un habile défenseur de ses projets, être en mesure d'expliquer ses idées clairement, faire face à l'opposition avec grâce et accepter la lenteur de l'avancement des objectifs dans une organisation comme la Clinique Mayo. Dans cet ordre d'idées, Berry (2004) souligne qu'il est essentiel que ce cogestionnaire adhère à la mission, à la vision et à la structure de la Clinique Mayo, trois aspects commandant le leadership médical de l'organisation. De ceci découle évidemment que l'administrateur se voit donc confier plus de responsabilités que d'autorité. Conséquemment, c'est par sa performance, par un réseau vaste et solide ainsi qu'une connaissance approfondie de l'ensemble de l'organisation que le cogestionnaire administratif pourra établir son influence informelle pour contrebalancer celle plus formelle de son partenaire médical. Le cogestionnaire administratif doit être par ailleurs impérativement en mesure d'interagir de façon candide et confiante avec son vis-à-vis médical. De manière plus générale, la dyade doit fonder sa relation sur la communication, la confiance, la poursuite d'un objectif commun et le partage d'une vision. Afin de protéger cette relation il est préférable, selon Berry (2004), que les leaders médicaux et leurs acolytes administratifs ne relèvent pas l'un de l'autre, mais plutôt d'une tierce personne hiérarchiquement supérieure.

Au-delà de la cogestion, le leadership médical de la Clinique Mayo se caractérise par l'alternance d'activités cliniques et de leadership des membres du corps médical, alternance qui prend deux formes distinctes. D'une part, les médecins occupent un rôle de leader pour une période de huit à dix ans, puis retournent à leurs activités cliniques à temps plein. D'autre part, lorsqu'ils assument des responsabilités de leadership, ils combinent systématiquement celles-ci à des activités cliniques. Finalement, pour comprendre pourquoi les médecins se sont engagés dans les rôles de leadership et de gestion, il faut noter qu'ils sont tous rémunérés à salaire par l'organisation. Comme le mentionne Berry (2004 : 230) : « *Le système salarial a pavé la voie vers la pratique médicale intégrée en écartant la perte de revenus personnelle comme une raison pour ne pas collaborer.* »

Deux autres éléments de la gouvernance de la Clinique Mayo s'insèrent dans cette logique de leadership médical, soit le comité de gouverneurs (*Board of Governors*) et le système de comité (*Committee System*). Centrés sur l'élaboration des politiques organisationnelles, le comité de gouverneurs est majoritairement composé de médecins y œuvrant pour une durée limitée. La Clinique Mayo compte trois comités de gouverneurs répartis sur les trois campus de l'organisation. Chacun de ces comités est présidé par un médecin qui assume le rôle de chef des opérations (*chief operating officer*). C'est avec en tête la nécessité de débattre des changements proposés, de les tester et de bâtir un consensus organisationnel de changement que le système de comité a pour sa part été créé à la Clinique Mayo. En plus de la gestion du changement, le système de comité contribue à la formation, au réseautage et à la diffusion de débouchés pour les candidats à des positions élevées de leadership.

De l'ensemble des initiatives de gouvernance médico-administrative mises en place à la Clinique Mayo, le système de comité s'avère, selon Berry (2004), le moins efficace. Si l'auteur estime que le concept est intéressant, son exécution est plus problématique. Des délais inutiles sont parfois ajoutés dans l'exécution d'idées prometteuses, tandis que l'aval peut être accordé à des projets moins intéressants qui mériteraient d'être confrontés. Depuis 2004, la Clinique Mayo se penche d'ailleurs sur cette question, visant un nombre plus limité de comités plus restreints capables d'exécuter leurs missions plus rapidement (Berry, 2004).

Nous voyons, à la Clinique Mayo, une organisation qui souscrit aux principes de la cogestion de haut en bas de l'organisation, principes qui motivent également le projet de l'AQESSS. Cependant il est clair que, dans cet établissement académique de prestige, la vision et l'orientation stratégiques viennent de façon prédominante du leadership médical. Entre autres, le président est bien sûr toujours un médecin. Il faut noter également que ce modèle réussit en partie à cause de l'auto-sélection des personnes qui rejoignent la Clinique. Ce n'est pas tous les médecins ou administrateurs qui voudront ou pourront se soumettre à ce régime. De plus, ce système appuyé par une forte intégration économique des médecins à l'organisation est en mesure de valoriser une vision centrée sur l'excellence et la qualité des soins et services et de mettre en place un ensemble de règles opérationnelles pour faire que la qualité soit une priorité au quotidien.

Hôpital Intermountain : la cogestion au service de la qualité et de la performance

L'Hôpital Intermountain (IHC) est pour sa part une organisation à but non lucratif dont les revenus annuels s'élevaient à 3 milliards de dollars en 2008. À cette date, IHC était composé de 26 000 employés œuvrant dans plus de 200 établissements répartis en Utah et dans l'Idaho.

L'organisation offrait une vaste gamme de soins et services (exception faite des soins à long terme) dans 21 hôpitaux, plus de 80 cliniques et 80 groupes médicaux. Près de 3 200 médecins de différentes spécialités médicales y étaient affiliés (Baker et coll., 2008).

En 2008, Baker et coll. (2008) se sont attardés à l'étude des relations médico-administratives à l'IHC. L'auteur note qu'à la tête des directions programmes-cliniques de l'organisation se trouve une équipe régionale de gestionnaires composée d'un directeur médical (0,25 équivalent temps complet) et d'un chef infirmier (1 équivalent temps complet) ainsi que d'une équipe de gestion de programme centrale (*central program management team*). Cette dernière équipe est constituée des deux mêmes piliers que l'équipe précédente auxquels s'ajoutent un statisticien, un gestionnaire de données (*data manager*) ainsi qu'une équipe de soutien provenant de multiples domaines tels que les finances et les ressources humaines. L'équipe centrale chapeaute l'identification des priorités et des objectifs, planifie les budgets des programmes régionaux, coordonne et épaulé les équipes régionales.

La sélection des cogestionnaires médicaux est basée sur la crédibilité de l'individu auprès de ses pairs, sur ses habiletés de gestion et de leader ainsi que sur l'importance qu'il accorde aux activités cliniques et au développement professionnel. Comme dans les cas de Kaiser Permanente et de la Clinique Mayo, le rôle central du directeur médical de l'IHC découle de sa position charnière entre les mondes médicaux et administratifs de l'organisation dans laquelle il œuvre. Il doit donc rapporter la perspective médicale des changements apportés, identifier les objectifs cliniques et s'assurer de l'atteinte de ceux-ci. Le cogestionnaire de profession infirmière doit pour sa part superviser les opérations cliniques en plus de soutenir l'implantation des changements décidés (Baker et coll., 2008).

En plus de la structure organisationnelle, les systèmes d'information et de reconnaissance sont exploités par l'IHC dans le but de favoriser l'intégration clinique et le leadership médical. Baker et coll. (2008) notent en ce sens que des indicateurs de performance sont mis à la disposition des médecins de l'organisation afin de leur permettre de comparer leurs résultats à ceux de leurs pairs, en plus de donner l'opportunité de faire des comparaisons de niveau régional ou organisationnel. Les principales intentions guidant la diffusion de ces données sont d'une part d'encourager la compétition entre les individus et, d'autre part, d'amener progressivement les médecins à accepter d'aborder la qualité d'une perspective managériale et opérationnelle.

Ce cas montre comment l'implication médicale à la gestion a été mobilisée consciemment par l'organisation pour stimuler des améliorations au niveau de la qualité des soins et services. Derrière ce mouvement se trouve un champion, le D^r Brent James, qui occupe une position de directeur de la recherche et de l'enseignement et d'une unité organisationnelle centrale intitulé l'Institute for Health Care Delivery Research (Baker, 2008).

Il a été recruté en 1986 et, avec le concert des présidents-directeurs généraux successifs, a réussi à mettre en place une organisation fortement orientée autour des pratiques d'amélioration au sein des programmes-clientèles. Baker (2008) termine l'analyse du cas en se demandant si les éléments mis en place survivront à un changement de leadership au sommet, et si ce même genre d'engagement médical pourrait se développer dans des milieux où les liens avec la communauté locale (associés avec l'Église mormone) seraient moins forts. Néanmoins, ce cas démontre comment une gouvernance médico-administrative bien agencée peut contribuer significativement à l'amélioration des soins et services.

Résumé des cas américains

Les cas présentés jusqu'ici s'avèrent tous des réussites (*success stories*) dans l'intégration médico-administrative et sont tous des systèmes qui font en quelque sorte de la qualité des soins une « marque de commerce ». Cependant, ce sont des succès qui prennent des formes légèrement différentes, du moins dans le discours des auteurs cités³. Par exemple, la Clinique Mayo semble être une organisation clairement dominée à la base par le leadership médical. Les cas de Kaiser Permanente et d'Intermountain Health Care semblent montrer des rôles de cogestion en apparence plus équilibrés. Par ailleurs, elles sont toutes des organisations où l'intégration médicale est forte. Ce n'est pas nécessairement le cas partout aux États-Unis. D'autres tentatives de construire des systèmes intégrés n'ont pas toujours donné les résultats escomptés, et l'alignement des organisations de santé avec des médecins reste toujours un sujet de grande préoccupation (Burns et Muller, 2008) qui prend des formes renouvelées depuis l'annonce de la réforme du système de santé américain (Hahn et coll., 2011). Dans tous ces systèmes, la profession médicale occupe un rôle de leadership important tout en exigeant que l'ensemble des médecins et autres professionnels soient imputables en ce qui concerne la qualité des soins et services offerts et l'efficience dans l'utilisation des ressources. Les systèmes de gestion, dont les systèmes de revue de l'utilisation des médicaments à Kaiser Permanente en sont un exemple, permettent de valoriser au quotidien les objectifs de qualité et d'efficience. Les analyses pour les systèmes d'autres pays sont présentées de façon plus générale bien que, là aussi, il y a sans doute des variations significatives cachées derrière les constats de base.

³ Évidemment, les échecs ne sont pas nécessairement publicisés avec autant d'enthousiasme.

Les modèles européens

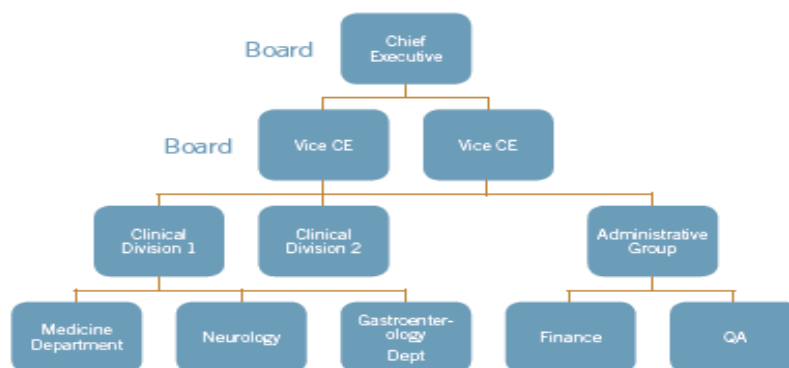
Bien qu'on puisse discourir longtemps sur la variété des modèles européens, chaque pays ayant son propre système de santé, trois modèles semblent particulièrement importants ou intéressants à examiner pour leur parenté avec le système du Québec : le modèle danois, le modèle britannique et le modèle français. Puisque chacun de ces modèles a été représenté schématiquement dans le rapport de Neogy et Kirkpatrick (2009), nous incluons leurs schémas à l'intérieur des descriptions de ces modèles.

Le modèle danois : l'intégration médico-administrative fortement institutionnalisée

Le système de santé danois dessert une population de 5,4 millions d'habitants. En 2005, les dépenses de santé atteignaient environ 9,4 % du PIB du pays. Le système est très majoritairement public, les organisations de santé sont de plus en plus rémunérées selon une formule d'activités fondées sur les DRG (*Diagnosis Related Groups*), et les médecins sont des employés de ces organisations qui peuvent souvent regrouper plusieurs hôpitaux sous un même chapeau administratif (Neogy et Kirkpatrick, 2009).

La structure organisationnelle est réglementée par la loi et comporte les deux éléments suivants (voir Figure 1, tirée de Neogy et Kirkpatrick) : une équipe de direction au sommet en forme de troïka, c'est-à-dire composée de trois individus perçus comme égaux avec respectivement une formation médicale, infirmière et administrative, dont une des personnes est choisie pour être le directeur général et les deux autres sont des associés. Dans la majorité des cas, le directeur général a une formation administrative bien que la proportion des médecins qui occupent ce poste soit en croissance. Les règles stipulent par ailleurs qu'au moins un des postes de la troïka doit être occupé par un clinicien. En dessous de la direction, il y a un certain nombre de directorats cliniques dirigés la majorité du temps par des médecins qui ont des responsabilités budgétaires et de ressources humaines.

Figure 1 : Représentation du système danois de gestion hospitalière (selon Neogy et Kirkpatrick, 2009)



On voit alors que beaucoup de médecins jouent des rôles de gestionnaires et que, du moins au deuxième niveau, ce rôle est pleinement intégré dans la structure. Selon Neogy et Kirpatrick (2009), il s'agit du système européen, parmi ceux qu'ils ont étudiés, où le leadership médical joue un rôle formel le plus important, et aussi du système où les médecins sont les plus engagés dans la gestion. L'association médicale danoise promeut de façon énergique la participation des médecins à la gestion et la profession s'intéresse au développement des programmes de formation. Neogy et Kirpatrick (2009) expliquent cette situation par les origines très anciennes de cette forme d'organisation (en place depuis 1984), qui lui a donné le temps de d'institutionnaliser un système d'incitatifs à la performance qui valorise autant la voie administrative que la voie clinique pour les médecins.

Un élément intéressant du système concerne le rôle de la cogestion médico-infirmière dans les unités cliniques. Proposée dans les réformes du système danois en 1984 (Kirkpatrick, Dent et Jespersen, 2011), la cogestion médico-infirmière a généré une lutte importante entre les professions. Les médecins souhaitaient maintenir le contrôle unifié sur les unités, et les infirmières exigeaient une forme d'égalité et tenaient à la cogestion. Pendant quelques années, un modèle de gestion conjointe a été adopté mais, à la fin des années 1990, il a été remis en question de nouveau par le gouvernement qui souhaitait clarifier (« désambiguër ») les lignes d'imputabilité. La cogestion a donc été remplacée par une gestion unifiée. Toutefois, cela a enclenché d'autres luttes entre les professions dans lesquelles les médecins refusaient d'opérer sous la direction d'une infirmière. Finalement, le modèle mis en opération varie d'un endroit à l'autre, mais tend à accorder la prédominance aux médecins, les infirmières conservant une responsabilité pour la pratique infirmière sous la direction du médecin (Kirkpatrick et al., 2011).

Ce cas tend à démontrer les possibilités de réel engagement médical dans les rôles de gestion sous certaines conditions. Au Danemark, ce sont les médecins qui ont réclamé ce rôle de façon concertée (Kirkpatrick et al., 2011). En même temps, cela prouve le caractère potentiellement chargé des négociations autour des rôles formels de gestion et de gouvernance lorsque cela semble concerner le positionnement relatif des professions de la santé. Ce qui n'est pas sans rappeler les mouvements au Québec associés à la réforme de la gouvernance dans les années 1990, qui ont mené à la création du Conseil des infirmiers et infirmières et des Conseils multidisciplinaires. Il faut noter aussi que, même si ce système danois expose bien le rôle fort des médecins, nous n'avons pas d'étude qui relie cette forme de gestion à la qualité des soins et services.

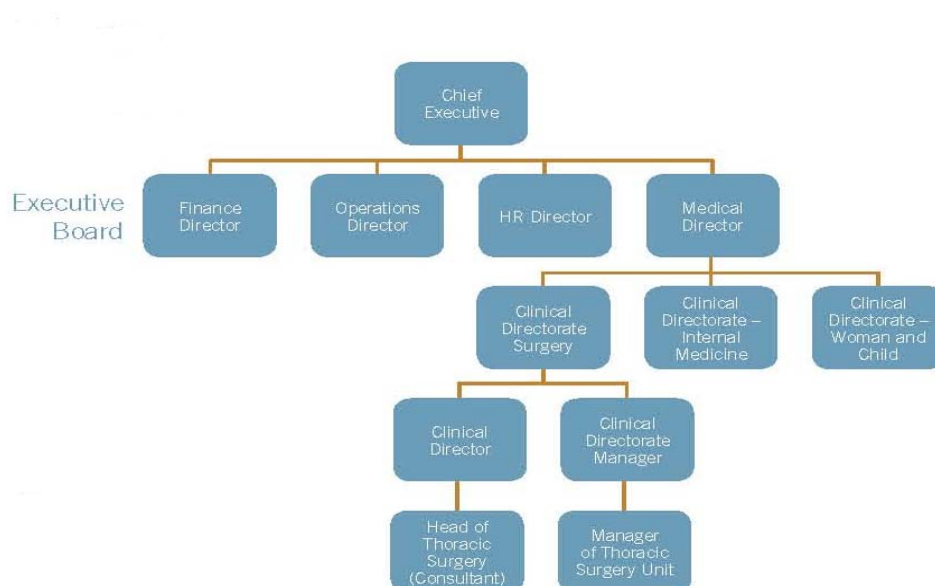
Le modèle britannique : les « directorats cliniques » plus ou moins fonctionnels

À l’instar du Danemark, le système de santé au Royaume-Uni est largement dominé par le secteur public. La plupart des hôpitaux publics sont maintenant liés à des *Foundation Trusts* qui contribuent pour une part importante à leur financement sur la base d’activités et non de budgets globaux préétablis. La majorité des médecins sont employés par ces Trusts, bien que les conditions minimales de rémunération soient définies dans le cadre d’ententes nationales avec l’État (Neogy et Kirkpatrick, 2009).

Les établissements hospitaliers sont généralement administrés par un conseil exécutif où les directeurs généraux forment la majorité. Le directeur médical, en minorité dans ce conseil, a sous sa responsabilité des directorats cliniques correspondant à autant de spécialités médicales ou de programmes-clientèles (voir Figure 2).

Les directorats cliniques, codirigés par au moins un médecin (*clinical director*) et un administrateur, ont été institués en 1990 par le National Health Service Act dans le but d’amener les médecins à remplir des rôles de gestionnaires. Neogy et Kirkpatrick (2009) constatent néanmoins que les rôles et responsabilités de gestion ont chez ces derniers peu évolué en raison de décisions qui continuent d’être prises, et pour une grande part à tous les niveaux, par des gestionnaires non cliniciens uniquement. De plus, bien que les hôpitaux soient légalement tenus d’adopter une structure de directorats cliniques, très peu de directeurs cliniques détiennent de réelles responsabilités budgétaires. Par ailleurs, la grande majorité des hôpitaux ont à leur tête des chefs de direction sans aucune expérience de gestion clinique.

Figure 2 : Représentation du système britannique de gestion hospitalière (selon Neogy et Kirkpatrick, 2009)



Au Royaume-Uni, l'engagement des médecins dans des structures managériales semble avoir toujours été source de difficultés, à commencer pour les principaux intéressés. Neogy et Kirkpatrick (2009) soulignent en effet que, si la création des directorats cliniques n'a pas provoqué de réactions hostiles de la part des organisations médicales, la réponse des médecins sur le terrain aura quant à elle été variable, la majorité exprimant un certain inconfort à la perspective d'assumer des fonctions de management. Les auteurs citent des études faisant valoir la présence, au sein des directorats, de tensions persistantes entre médecins et managers, en soulevant certaines questions sur la volonté réelle des médecins à s'engager plus avant dans l'adoption de nouveaux rôles.

Dans une revue de littérature relativement récente sur l'engagement des médecins au leadership, Dickinson et Ham (2008) évoquent sensiblement les mêmes constats quant à l'impact mitigé des directorats cliniques. Ces conclusions ne doivent cependant pas occulter la relation positive que certaines études ont démontrée, dans le cadre du système de santé britannique, entre l'engagement au leadership et la performance (performance vue ici sous l'angle de l'amélioration de la qualité). Un tel engagement serait de toute façon, selon ce que rapportent les auteurs, davantage susceptible de se manifester et de donner des résultats à travers les rôles à caractère hybride que sont ceux du directeur médical et du directeur clinique, pourvu que des conditions suffisantes soient rencontrées en termes de formation et de reconnaissance du statut professionnel. Une autre condition, laissent entendre les mêmes auteurs en se référant à une étude réalisée dans un hôpital de la National Health Service (Bate, 2000), pourrait se trouver dans l'assouplissement des hiérarchies et l'exercice du leadership collectif dans un contexte où coexistent non pas de simples unités cliniques, mais de véritables microsystemes.

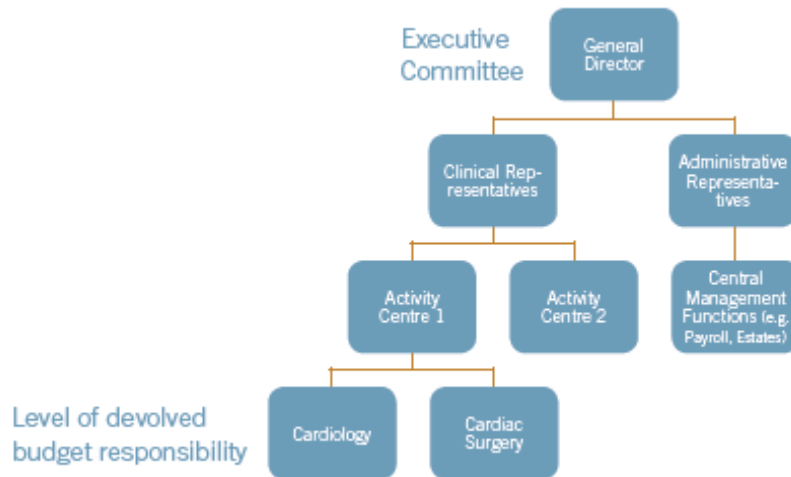
L'exemple britannique montre que la modification des structures ne suffit pas à induire les changements souhaités. En l'occurrence, l'instauration des directorats cliniques n'a pas toujours suscité une pleine participation à la prise de décision aux différents niveaux de la structure organisationnelle, incluant celui des directorats proprement dits. L'engagement des médecins serait donc tributaire de facteurs qui dépassent l'occupation de positions formelles.

Le modèle français : un parcours difficile de la trigestion aux binômes

Le système de santé français est un système mixte – public/privé – où les hôpitaux privés représentent le tiers des lits. Le traitement et les soins sont couverts par un fonds d'assurance nationale. Les hôpitaux publics reçoivent leur budget par le biais d'organismes régionaux selon un système de DRG, tandis que les médecins œuvrant dans ces établissements sont des fonctionnaires de l'État rémunérés par un système parallèle calculé essentiellement sur la base de l'ancienneté avec quelques suppléments pour les tâches et responsabilités additionnelles (Neogy et Kirkpatrick, 2009).

Des initiatives importantes ont également été mises de l'avant en France dans le but de faire évoluer les relations médico-administratives. Au cœur de ces transformations, on trouve l'idée de la gestion en trio des pôles (équivalent des directions québécoises), un modèle d'abord implanté en 2005. Le mouvement de décloisonnement des logiques médicales, administratives et soignantes, ainsi que le positionnement de membres du corps médical à la chefferie des pôles constituent deux autres pierres angulaires des changements amorcés. La Figure 3 montre une représentation simplifiée du système tiré de Neogy et Kirkpatrick (2009).

Figure 3 : Représentation du système français de gestion hospitalière (selon Neogy et Kirkpatrick, 2009)



Zeggar et Vallet (2010) ont suivi l'implantation de ce modèle de trigestion pour le compte de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS - service interministériel de contrôle, d'audit et d'évaluation des politiques sociales). Cinq ans après la mise en place du modèle, les auteurs constatent l'émergence d'un consensus quant à l'importance de l'implication médicale dans le leadership des établissements de santé. Ces années ont également permis l'identification de conditions de succès propres au nouveau modèle de gouvernance, soit le développement de la confiance entre les équipes médicales, administratives et soignantes, le positionnement du modèle dans le projet d'établissement ainsi que la mise en place de systèmes d'information comptables compréhensibles pour tous.

Selon Zeggar et Vallet (2010), les principaux défis rencontrés durant la transformation touchaient le scepticisme et le désabusement des chefs de pôles, la reconnaissance du temps investi dans des activités de leadership par une compensation adéquate octroyée aux leaders médicaux, ainsi que le soutien dans l'exercice des nouvelles fonctions par le développement des compétences et connaissances managériales et financières.

Si l'expérience française n'a en définitive pas donné naissance à des trios (médecin, administrateur et soignant) mais plutôt à des duos (médecin et cadre supérieur), elle a tout de même amené un investissement réel des individus dans leurs nouvelles responsabilités permettant un élargissement des compétences et un développement de la compréhension du fonctionnement propre au milieu de la santé (Zeggar et Vallet, 2010).

Il faut noter que la transformation effectuée (et toujours en cours) en France n'en est pas une de simple insertion de médecins dans les rôles de gestion, mais d'une transformation structurelle profonde qui comprend, théoriquement du moins, une décentralisation importante des responsabilités de gestion budgétaire et clinique vers les pôles d'activités. Il n'est peut-être pas surprenant de découvrir que cette transformation, enclenchée seulement en 2005, n'est pas encore tout à fait intégrée et stabilisée au sein des organisations. Outre ce constat, Neogy et Kirkpatrick (2009) font remarquer que le mode de rémunération et les attentes de progression de carrière dans ce système n'encouragent pas fortement l'engagement médical.

Résumé des cas européens

Nous avons présenté ici le cas de trois modèles européens qui nous semblaient offrir des parallèles intéressants avec le système de santé québécois. Bien sûr chacun a ses particularités et il faut généraliser avec prudence compte tenu des différences dans les systèmes d'incitation et dans d'autres éléments contextuels. On voit ressortir de ces cas une variété de modèles d'organisation. Cependant, les modèles tournent tous autour d'une forme de gestion par programme-clientèle ou par regroupement clinique, avec une composante cogestion qui est plus ou moins intense selon les pays. On voit également les potentialités de ces formes structurelles, mais on constate en même temps leurs limites. On remarque, notamment avec le cas danois, qu'une implication médicale forte est tout à fait possible, mais qu'une trajectoire historique longue et favorable contribue à ce résultat. Finalement, les liens entre la participation du corps médical à la gestion et à la qualité des soins et services n'ont pas reçu la même attention que dans la littérature américaine examinée et restent à explorer.

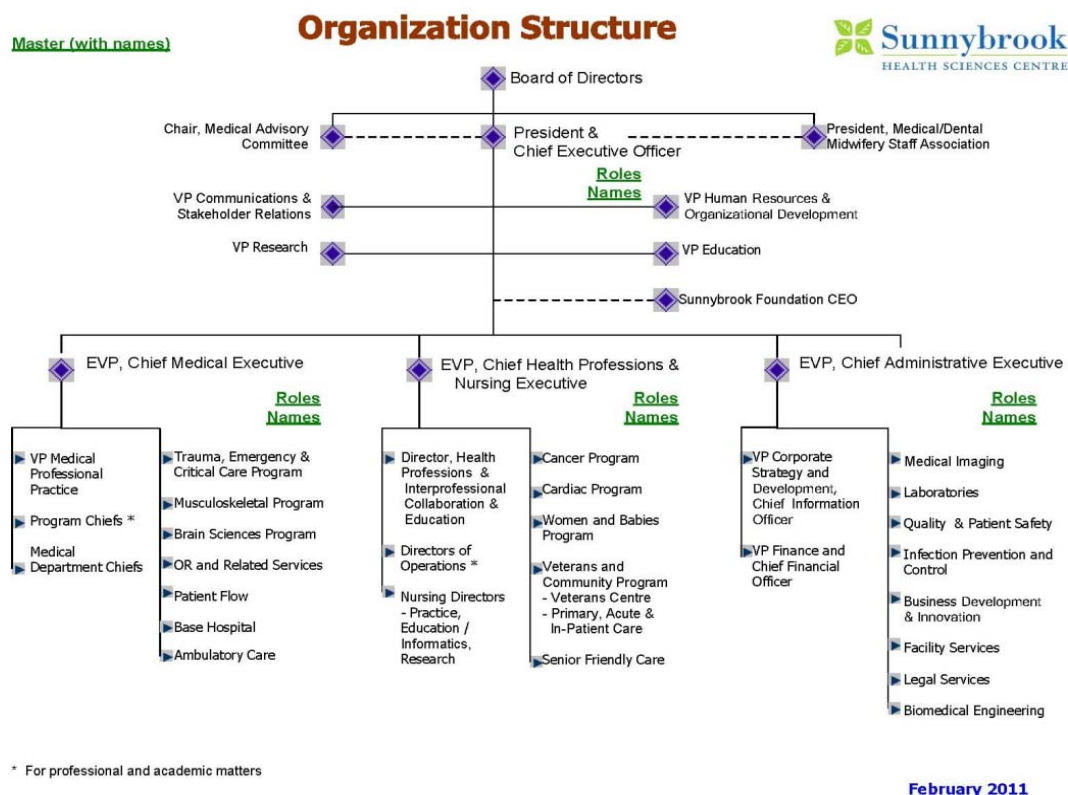
Les modèles canadiens

Au Canada, deux modèles d'organisation retiennent particulièrement l'attention, l'un en Ontario, incarné par le Sunnybrook Health Sciences Centre de Toronto, et l'autre au Québec, illustré par l'expérience de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal, qui fait partie des établissements parmi les premiers au Québec à tenter des expériences de structure par programme-clientèle.

Sunnybrook : les débuts des regroupements-clientèles au Canada

Au Canada, le Sunnybrook Health Sciences Centre fait figure de pionnier en matière de gestion médico-administrative. En effet, dès 1984, cette institution, qui compte aujourd'hui plus de 1 200 lits et dont le site internet fait notamment valoir la collaboration, l'imputabilité et l'engagement parmi les valeurs qui sous-tendent sa mission, avait mis de l'avant l'idée de faire participer les médecins au processus de gestion (Ellis et Gaskin, 1988).

Figure 4 : Structure organisationnelle de Sunnybrook Health Sciences Centre, 2011⁴



⁴ http://sunnybrook.ca/uploads/Organization-Structure-February_2011.pdf

Tel qu'illustré à la Figure 4, la structure organisationnelle développée par la suite a consisté en un modèle matriciel à trois dimensions :

- 1) la dimension traditionnelle à structure hiérarchique responsable de la surveillance et de l'évaluation du personnel au sein des départements de médecine, de soins infirmiers, des finances et des services alimentaires;
- 2) la dimension clinique dont relèvent les unités ou départements de chirurgie générale, de neurologie, d'oncologie, etc., et dans lesquels les médecins peuvent participer aux décisions d'ordre budgétaire ou relatives à la gestion du volume des patients, et où ils sont appelés à rendre compte de leurs actes;
- 3) la dimension programmatique visant des problématiques particulières, telles que le vieillissement, le cancer, la santé mentale, le cœur et la circulation sanguine, etc., et à regrouper des clientèles selon cette dimension. Bien que chaque dimension possède sa propre organisation, la réussite du modèle réside dans leur interdépendance, chacune des dimensions étant responsable d'aspects différents quant à l'ensemble des opérations.

À noter que, dans le projet d'implantation de ce modèle, la dimension clinique était structurée selon un mode de gestion tripartite regroupant les rôles de médecin gestionnaire, de directeur de soins infirmiers et de directeur administratif.

Maisonnette-Rosemont et les autres : premières expériences de cogestion au Québec

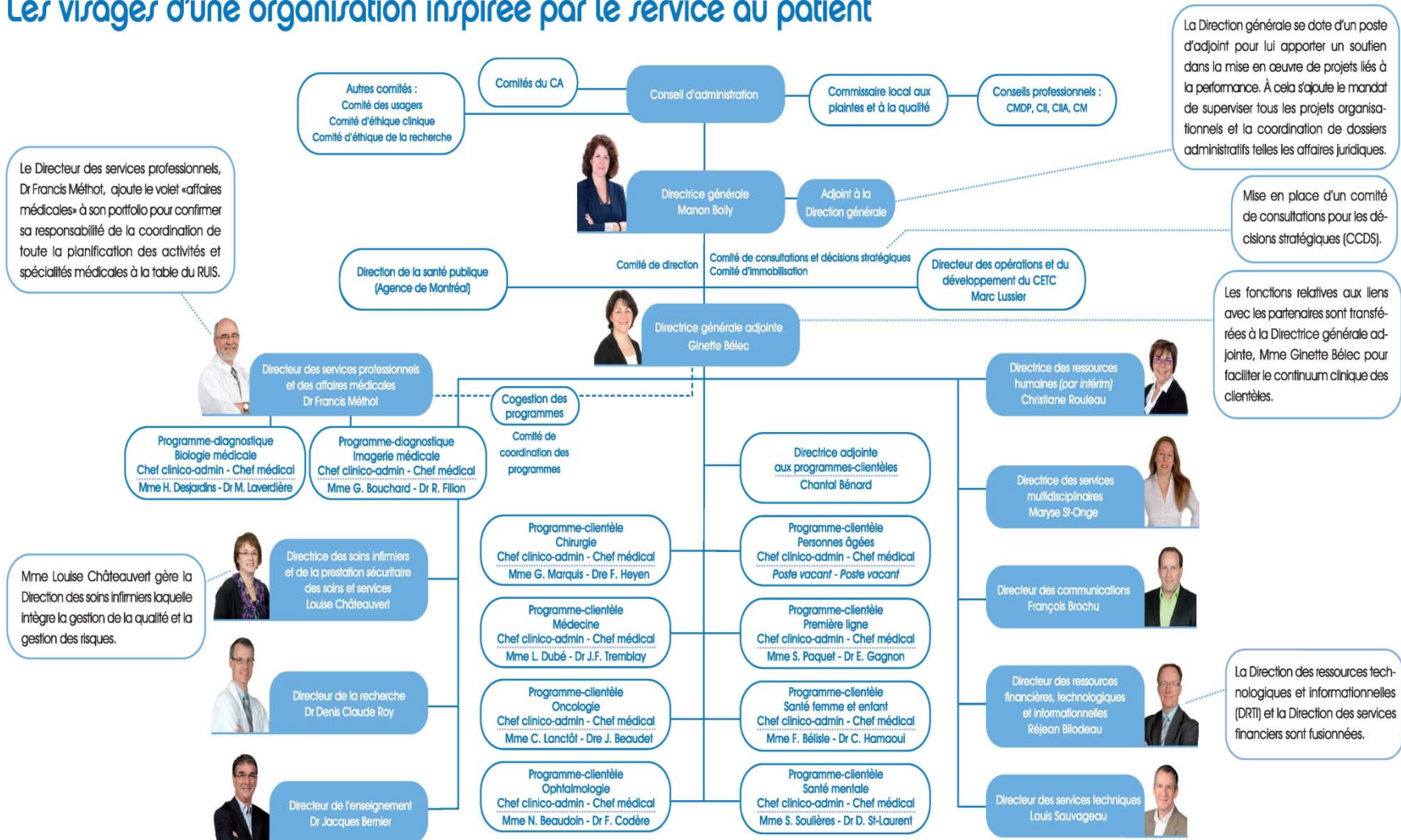
Outre l'expérience de Sunnybrook, un autre cas intéressant au Canada pour l'étude des relations médico-administratives est celui de l'Hôpital Maisonnette-Rosemont, cet établissement ayant été un des premiers au Québec à expérimenter ce type de collaboration et à avoir procédé, vers la fin des années 1990, à une restructuration de ses services par programme-clientèle (Luc et Rondeau (2002). Ces programmes sont au nombre de huit : Santé de la femme et de l'enfant, Santé mentale, Personnes âgées, Première ligne, Ophtalmologie, Oncologie, Chirurgie et Médecine (Sidorowicz et Bédard, 2006). S'ajoutent deux programmes-diagnostiques, l'Imagerie médicale et la Biologie médicale.

Un élément majeur de cette restructuration réside dans la formule de cogestion retenue pour les programmes. En effet, chaque programme est dirigé conjointement par un chef médical et par un chef administratif qui ont la responsabilité de gérer les ressources financières, humaines et matérielles destinées à des clientèles spécifiques présentant des besoins homogènes. « *Les intervenants ne travaillent plus en parallèle mais sur un continuum de soins, au sein d'une équipe interdisciplinaire. La totalité des effectifs cliniques et des ressources professionnelles sont maintenant répartis dans les programmes.* » (Luc et Rondeau, p. 33).

En 2002, Luc et Rondeau avaient mis en relief quatre leçons retenues de cette expérience (Sidorowicz et Bédard, 2006). Tout d'abord, la complémentarité dans les dyades a été perçue et vécue comme une condition *sine qua non* au succès de l'initiative. Ensuite, il est primordial qu'un accord sur les objectifs visés soit atteint, mais celui-ci doit tout de même laisser une certaine marge de manœuvre aux cogestionnaires. La troisième leçon principale tirée de l'expérience commande de mettre l'accent sur l'action, ce qui contribue à consolider la relation unissant les cogestionnaires. Finalement, Luc et Rondeau (2002) notent qu'il est impératif que les individus agissent de manière cohérente, et ce, tant de façon individuelle que groupale.

Figure 5 : Organigramme de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (tiré du rapport de gestion 2010-2011)

Les visages d'une organisation inspirée par le service au patient



Gaudreau (2006) a de son côté procédé à une étude exploratoire sur le partage des rôles au sein des tandems de gestionnaires des programmes-clientèles. Il en ressort notamment que la notion de complémentarité occupe une place centrale dans la représentation que se font de la cogestion les chefs tant médicaux que clinico-administratifs. Les gains de la cogestion à Maisonneuve-Rosemont peuvent en outre se résumer aux quatre aspects suivants (Sidorowicz et Bédard, 2006) :

- 1) la réduction de l'isolement des chefs de programmes grâce au partage des décisions et aux échanges continus;
- 2) le maillage des savoirs (interdisciplinarité et partage avec le point de vue de l'autre);
- 3) l'implication accrue du corps médical;
- 4) l'accroissement de la marge de manœuvre propre à chaque programme.

En somme, à première vue l'expérience de Maisonneuve-Rosemont s'avère tout à fait prometteuse quant à la possibilité d'étendre à d'autres établissements des projets de cogestion médico-administrative en fonction de programmes-clientèles. À noter toutefois que l'organigramme actuel de l'établissement place les cogestionnaires de programmes-clientèles en dessous de « l'équipe de direction » et non pas comme faisant partie intégrante de l'équipe, tel que proposé dans le projet de l'AQESSS. Les programmes-clientèles relèvent de la directrice générale adjointe (voir la Figure 5). Par contre, d'autres établissements québécois, comme le CSSS de Laval, ont choisi un modèle dans lequel l'équipe de direction comprend les cogestionnaires de programmes. Il serait intéressant de mieux comprendre les considérations qui sous-tendent finalement ces choix. Bien sûr, les organigrammes ne renseignent pas parfaitement sur le fonctionnement et il faudrait étudier les organisations plus en profondeur pour saisir toutes les implications des différents modes de gouvernance proposés.

Résumé général sur les modèles structurels de partenariat médico-administratifs

Dans ce chapitre, nous avons examiné une variété de modèles structurels de gouvernance médico-administrative qui sont apparus à différents endroits dans le monde et qui ont reçu une certaine attention de la littérature professionnelle ou scientifique. Tel que mentionné, ces modèles offrent un potentiel d'amélioration des pratiques de collaboration, mais leur succès est variable et dépend d'une série d'autres facteurs. D'une part, les facteurs individuels et les dynamiques relationnelles associés aux personnes qui font vivre ces modèles au quotidien peuvent faire toute la différence. Nous évoquons ces éléments individuels et relationnels dans le chapitre suivant. D'autre part, les conditions plus macroscopiques telles que la disponibilité de formations appropriées et les modes d'incitation en place peuvent créer les conditions favorables ou non. Cette deuxième dimension sera considérée dans le chapitre 4.

LA DYNAMIQUE MÉDICO-ADMINISTRATIVE AU QUOTIDIEN

Des changements structurels peuvent ainsi avoir une variété d'impacts sur l'organisation, allant de l'amélioration des relations médico-administratives à la détérioration de celles-ci, en passant par l'absence de transformation du partenariat. En d'autres mots, la création de comités ou de postes ne garantit pas, à elle seule, que ces fonctions trouveront preneurs, que ces preneurs démontreront un engagement soutenu envers leur nouveau rôle et envers l'organisation au sein de laquelle ils œuvrent, ou qu'un leadership constructif émergera. Plusieurs déterminants de l'impact des changements structurels mis en place résident aux niveaux individuel et relationnel. Si peu d'études abordent la question de la création de comités visant un meilleur partenariat médico-administratif, plusieurs chercheurs se sont penchés sur les relations entre les deux groupes et sur l'implication de médecins dans des postes de gestion.

Médecine et gestion : deux mondes ?

Pour que la création d'une fonction soit constructive, elle doit susciter l'intérêt des candidats au poste. La littérature aborde cet aspect et met en lumière les raisons principales qui poussent les médecins à s'impliquer dans un poste de gestion. En tête des arguments, on note la volonté de contribuer à la santé d'une population et d'avoir ainsi un impact plus large (Fitzgerald, 1994; Snell, Briscoe et Dickson, 2011). La recherche de nouveaux défis trône également au sommet des considérations poussant à l'implication : les fonctions de gestion, la recherche de conditions de travail différentes, la possibilité d'influencer les décisions ainsi que la perception de posséder les compétences nécessaires pour performer mieux que ses pairs ou ses prédécesseurs sont abordées (Hoff, 1999; Fitzgerald, 1994; Ham et coll., 2010; LeTourneau et Curry, 1997; Snell, Briscoe et Dickson, 2011). Assigner un poste à un individu ne signifie cependant pas que celui-ci s'impliquera à long terme. À ce jour, peu d'information est disponible sur les facteurs qui contribuent à l'engagement soutenu des médecins dans la gestion.

Par contre, plusieurs auteurs ont exploré les éléments ayant un impact dissuasif sur l'acceptation d'un poste de médecin gestionnaire. L'aspect financier peu attrayant, le peu de sécurité des emplois, le manque de reconnaissance, l'investissement de temps requis, la difficulté d'apporter des changements dans la bureaucratie actuelle, l'accent mis sur les problèmes épineux plutôt que sur l'innovation, la perception de la gestion et de ses valeurs propres ainsi que le peu de soutien des pairs médecins et gestionnaires comptent parmi les facteurs qui découragent l'implication ou nuisent à la transition vers un poste de gestion (Quinn, 2010; Fitzgerald, 1994; Ham et coll., 2010; Snell, Briscoe et Dickson, 2011). À la base de ces deux derniers facteurs, on trouve une perception mutuelle peu élogieuse profondément ancrée entre les mondes de la médecine et celui de la gestion, perception fondée sur un historique de relations souvent délicates, voire difficiles.

Il est par ailleurs impossible d'ignorer l'impact significatif des cultures professionnelles distinctes — et souvent perçues comme difficilement réconciliables — que possèdent les deux groupes qu'on peut associer aux logiques institutionnelles professionnelles et managériales que nous avons évoquées en introduction. Ces différences façonnent deux visions du monde dissemblables en plus de dicter la façon dont médecins et gestionnaires abordent les situations auxquelles ils font face. Les plus significatives de ces disparités ont été exposées par Witman et coll. (2010) dans une analyse approfondie du leadership de six chefs d'unités hollandais. Les auteurs notent d'abord que les gestionnaires sont formés pour analyser l'allocation des ressources disponibles pour une population et pour l'ensemble de l'organisation. De son côté, la pratique de la médecine met l'emphase sur le patient, pris individuellement. L'idée de concevoir une décision clinique comme une décision d'allocation de ressources est inconcevable pour plusieurs membres du corps médical, comme allant à l'encontre de la responsabilité de l'acte. Le modèle hiérarchique caractérise généralement le monde de la gestion, un modèle contrastant significativement avec l'autonomie centrale à la médecine. Waldman et Cohn (2007) et LeTourneau et Curry (1997) vont dans le même sens dans une revue de la littérature visant à améliorer les partenariats en mettant en relief la nature rapide, indépendante et réactive des décisions médicales, nature qui contraste significativement avec la prise de décision en groupe et souvent anticipatoire propre à la gestion. Quinn (2010) s'est également penché sur les cultures et les impacts des deux groupes dans une étude portant sur l'identité, le rôle et le leadership des médecins gestionnaires réalisée auprès de vingt-cinq médecins de trois niveaux hiérarchiques œuvrant au sein de quatre hôpitaux américains. L'auteur souligne qu'alors que les gestionnaires sont formés à précieusement entretenir leurs relations, à travailler en équipe et à pousser les autres à collaborer pour arriver à leurs fins, la formation des médecins les prépare à exceller en solo par l'action et à être compétitifs (Hall, 2005).

Outre ces aspects distinctifs des deux cultures intégrées par les individus lors de leur socialisation (formation, expériences antérieures), une perception différente du temps sépare les deux groupes et peut amenuiser la confiance. Comme le souligne Bujak (2003) dans un article théorique professionnel, alors que les membres du corps médical utiliseront le terme « maintenant » en référence au moment présent, les gestionnaires se rapportent davantage à un exercice financier. Le langage constitue un obstacle additionnel aux relations médico-administratives. L'utilisation du jargon d'un groupe peut en effet aliéner les membres de l'autre, créant résistance et tensions (Edwards, 2005; Fitzgerald, Ferlie et Buchanan, 2006; Guthrie, 1999; Waldman et Cohn, 2007). En ce sens, Llewellyn (2001) insiste sur la nécessité que les échanges d'information aient un sens pour les deux parties, nécessité qui a été mise en relief lors d'entrevues avec des directeurs médicaux en poste dans un établissement écossais qui avait ajouté ce rôle à sa structure trois années auparavant. Comme le souligne Hall (2005), dans le quotidien, les différences culturelles sont souvent invisibles aux yeux des individus, amenant les gens à se tourner vers les stéréotypes qu'ils entretiennent et amenuisant ainsi les chances de dialogue constructif.

Waldman et Cohn (2007) abordent la question des stéréotypes prévalant dans les deux groupes. Au-delà d'une énumération des stéréotypes existants, cette étude permet de s'éloigner des différences entre les deux groupes pour mettre leurs similarités en relief. Plus spécifiquement, si l'éducation, l'expérience et la culture des deux groupes diffèrent sans équivoque, l'altruisme, la recherche de défis et le désir d'utiliser ses forces pour aider autrui sont autant de similarités des deux groupes. Dans une étude visant à quantifier les différences culturelles entre les médecins et les gestionnaires œuvrant dans trente-sept hôpitaux des Pays-Bas, Klopper-Kes et coll. (2010) mettent pour leur part en relief la préoccupation commune, mais exprimée et poursuivie différemment, des corps médical et administratif qui composent le système de santé — celle du patient (Llewellyn, 2001).

La tendance à exagérer les différences et à minimiser les similarités entre les corps médical et administratif des établissements de santé est depuis longtemps établie dans la littérature sur les relations intergroupes (Tajfel, 1978; Chrobot-Mason, Ruderman, Weber et Ernst, 2009). Cette propension s'accompagne d'une tendance à généraliser, créant un climat propice aux confits, chacun estimant qu'aucun terrain d'entente n'existe. La littérature sur les groupes nous informe également de la tendance d'un groupe à blâmer l'autre pour les problèmes auxquels il fait face, ignorant ainsi la part de responsabilités partagées des nombreux acteurs formant le milieu complexe de la santé (Waldman et Cohn, 2007; Waldman, Smith et Hood, 2006).

Médecine et gestion : un terrain d'entente

La littérature sur les groupes met par ailleurs de l'avant différentes méthodes pour améliorer la coopération entre les médecins et les gestionnaires. À la base de l'ensemble de ces techniques, on trouve l'idée qu'une amélioration de la coopération doit passer par une meilleure compréhension mutuelle. Ainsi, il serait nécessaire d'amener les individus à reconnaître leurs préjugés et à en comprendre la source. L'échange d'information objective sur les deux groupes peut ensuite aider à réduire les stéréotypes et les présuppositions. Au quotidien, cet échange prendrait par exemple la forme de questions posées sur les motifs poussant à une action. Si l'interrogation est honorée d'une réponse transparente, l'apriori d'un agenda caché serait ainsi évité. Un contact entre les membres des deux groupes aide également la coopération. Ce contact doit cependant répondre à quatre critères : que les deux parties visent un objectif commun, que la compétition entre les groupes soit mise de côté lors du contact, que les autorités apportent leur soutien pour l'amélioration de la collaboration et que le contact se fasse d'égal à égal. Mettre l'accent sur la recherche de solutions gagnant-gagnant aux problèmes rencontrés plutôt que de blâmer des individus aide également à former des relations constructives (Klopper-Kes et coll., 2010). Ultimement, il serait souhaitable que les deux groupes forment une seule équipe qui respecterait et capitaliserait les forces de chacun (Waldman et Cohn, 2007; Waldman, Smith et Hood, 2006).

À ce stade, le défi réside cependant dans l'incohérence de ces méthodes avec la façon dont les membres des deux groupes se perçoivent eux-mêmes, soit l'identité des individus. Intimement liée à la culture professionnelle, l'identité — ou la façon particulière qu'ont les individus de se percevoir eux-mêmes — se développe au cours de la socialisation d'un individu et peut ultérieurement se transformer. Si le passage à un mode de cogestion ne représente pas une modification significative de l'identité des administrateurs du réseau, endosser un rôle de médecin gestionnaire peut avoir des implications identitaires importantes pour un médecin. Ces implications peuvent prendre les traits d'une résistance émanant d'un sentiment de menace à l'identité ou, alternativement, prendre la forme d'une modification plus ou moins importante de celle-ci. Ainsi, certains se percevront médecins gestionnaires rapidement, alors que d'autres se percevront comme des médecins forcés de faire des tâches administratives tout au long de leur carrière. Plusieurs auteurs s'entendent tout de même pour dire qu'une majorité importante de médecins endossant une fonction de gestionnaire continueront de se percevoir d'abord et avant tout comme des membres de la profession médicale, et ce, indépendamment de leur titre ou du temps consacré à la gestion (Quinn, 2010; LeTourneau et Curry, 1997; Llewellyn, 2001).

Évidemment, l'identité de l'individu dictera l'intensité de son engagement face à sa profession et à l'organisation au sein de laquelle il œuvre. S'il est généralement tenu pour acquis que l'engagement à la médecine représente la seule loyauté des membres de cette profession, Quinn (2010) estime que l'engagement unique n'est pas la seule possibilité, l'individu pouvant s'engager à la fois dans la profession médicale et dans l'organisation. L'auteure insiste sur la nécessité d'investir dans le développement d'une identité et d'un engagement doubles, plutôt que de viser la substitution, l'atteinte de ce dernier objectif étant peu probable. Pour ce faire, Hoff (2001) suggère dans un article théorique de créer un environnement exposant les membres de la communauté médicale à la gestion, et ce, tant dans l'organisation que dans les milieux professionnels (formation académique et continue). En plus de s'attarder aux éléments permettant le développement d'une identité à la fois médicale et managériale, l'auteur a exploré les antécédents respectifs de l'engagement organisationnel et professionnel. Un médecin est donc plus susceptible d'agir dans l'intérêt de l'organisation s'il possède une plus grande ancienneté dans l'organisation, évolue dans un milieu soutenant ses actions accomplies à titre de gestionnaire, perçoit son travail de gestionnaire comme un défi, et possède des responsabilités clairement définies et dont l'importance dans l'organisation est significative. L'identité professionnelle est pour sa part solidifiée par l'adhésion aux valeurs professionnelles traditionnelles telles que l'autonomie, l'ancienneté dans la profession, le sentiment de faire partie d'un groupe cohésif et aidant ainsi que l'accomplissement d'activités cliniques.

Si la littérature touchant la création d'un engagement double porte principalement sur la loyauté à un syndicat et à une entreprise, sa prise en compte peut être éclairante dans un contexte professionnel. Les facteurs mis en lumière dans cette littérature incluent la stabilité des relations sociales et professionnelles d'un individu dans l'organisation, la qualité de la relation unissant l'individu et l'administration de l'organisation, ainsi que la perception qu'a l'individu de son travail et de sa contribution (Reed, Young et McHugh, 1994). Plus concrètement, cela implique que l'expérience émotionnelle et sociale – soit la socialisation – de l'individu déterminera son engagement davantage que la structure dans laquelle il évolue. L'émergence d'un engagement simultané à la profession médicale et à l'organisation est également plus probable, selon Hoff (2001), lorsque les attentes liées à un engagement en gestion n'entrent pas en conflit avec les valeurs professionnelles et lorsque l'expérience en gestion est positive (découlant de rôles clairement définis, largement appuyés et intrinsèquement gratifiants) (Fitzgerald, Ferlie et Buchanan, 2006; Bujak, 2003; Hall, 2005; Waldman et Cohn, 2007; Alexander et coll., 2001). Si l'engagement simultané à la profession médicale et à l'organisation dans laquelle elle est pratiquée a fait l'objet de plusieurs analyses, un vide existe quant aux connaissances disponibles sur le double engagement chez les gestionnaires non médicaux.

Derrière cette constatation se dessine la supposition, fondée ou non, de la loyauté des administrateurs à la gestion et à l'organisation dans laquelle ils œuvrent. Pour arriver à l'émergence d'une seule équipe composée de membres à parcours professionnels divers, il est important que les deux groupes s'engagent envers l'organisation et ses objectifs.

Médecine et gestion : une seule équipe

L'émergence d'une telle équipe et de relations médico-administratives constructives commande également la confiance entre les parties impliquées. Une mauvaise communication, des suppositions erronées ou une mésinterprétation des intentions de l'autre sont les principaux éléments à la source du manque de confiance actuel (Bujak, 2003). L'incompréhension mutuelle du langage de l'autre se cache souvent derrière ces problématiques, provoquant une simplification de la réalité voulant que les actions de l'autre groupe soient systématiquement motivées par un désir de gagner davantage de contrôle ou d'argent (Guthrie, 1999). Au-delà de la communication, comment construire la confiance entre deux groupes ou individus? La réponse est simple. La confiance doit être gagnée, et ce, par les deux parties. La confiance n'est accordée que lorsqu'elle est méritée. L'entente sur des valeurs et des objectifs communs ainsi qu'une définition commune du succès contribuent à la confiance. Le dialogue, la transparence, la clarté des critères de décision, de contraintes et de conditions de succès ainsi que le partage d'information permettent également d'arriver à une compréhension et à une appréciation mutuelle (Llewellyn, 2001). Dans leur article portant sur le développement de relations médico-administratives constructives dans quatorze organisations américaines, Gillies et coll. (2001) avancent pour leur part que, pour bâtir la confiance, chaque partie doit démontrer sa compétence, respecter ses engagements, agir avec intégrité, être cohérent dans ses comportements et s'assurer du bien-être de l'autre. La confiance commande également le partage des pouvoirs, un statut égal, un esprit de coopération et un respect mutuel. Les auteurs soulignent finalement le défi que peut représenter la création de confiance entre deux individus ou deux groupes, demandant d'accepter une certaine interdépendance, un minimum de vulnérabilité et certains risques (Guthrie, 1999; Hall, 2005). Évidemment, le développement de la confiance entre deux individus demande du temps, ce qui implique un minimum de stabilité pour les occupants de différents postes (Hall, 2005; Edwards, 2003). L'instabilité se solde par un doute sur le respect des engagements par les futurs occupants d'un poste en plus de faire obstacle à l'établissement d'ententes quant au processus de prise de décision (Edwards, 2003). Le respect des engagements et la stabilité peuvent également solidifier la position d'un individu dans son équipe et faciliter la réalisation de son rôle.

Mais ce rôle, quel est-il ? Le concept du rôle va au-delà de la description de tâches ou de l'existence d'un poste. Ainsi, l'ajout d'un poste à la structure organisationnelle d'un établissement de santé et de services sociaux ne constitue pas une fin en soi, mais plutôt le commencement par l'occupant du poste de la recherche de sa place dans l'organisation, recherche qui ne se limitera toutefois pas à la description de tâches. S'enclenche également une négociation formelle et informelle du rôle dans le cadre duquel les tâches quotidiennes seront clarifiées. Différents acteurs exprimeront effectivement leurs attentes envers le détenteur du poste qui devra également exprimer sa propre vision de son nouveau rôle. Les tensions, conflits et ambiguïtés, tout comme la communication explicite, constituent l'expression de divergences dans la vision du rôle des différentes parties, divergences qui devront être négociées. Cet échange mènera idéalement à une adaptation mutuelle où l'individu trouvera sa place au sein de son équipe, de sa dyade, de la structure organisationnelle (par exemple par rapport au chef d'unité dans le cas des directeurs médicaux) (Fitzgerald, Ferlie et Buchanan, 2006; Fitzgerald, 1994).

Si la nature du rôle qui résultera de cette négociation se caractérise par son unicité, notons que tous les rôles de gestion comportent deux composantes distinctes, soit l'administration et le leadership. La première composante réfère évidemment aux tâches administratives, alors que la seconde se rapporte à la relation d'un gestionnaire avec les individus qui l'entourent ainsi qu'à sa capacité d'inspirer, d'influencer, de mobiliser et de motiver autrui. Dans le cas des médecins gestionnaires, on trouve au cœur de ces deux composantes la position charnière occupée dans les relations médico-administratives. En d'autres mots, il est clair qu'une des attentes centrales et partagées envers le médecin gestionnaire réside dans son potentiel en tant que lien unissant les deux groupes. Llewellyn (2001) utilise la métaphore de la *two-way window* pour expliquer ce rôle dans le cadre duquel le médecin gestionnaire peut arriver à posséder une compréhension suffisante des deux mondes pour en interpréter, disséminer et traduire les messages afin de leur donner un sens. S'il réussit à s'ancrer solidement à la fois dans les mondes de la médecine et de la gestion, le médecin gestionnaire peut contribuer à améliorer les relations en réconciliant les intérêts, les réalités et les préoccupations de chacun (Iedema et coll., 2004).

Si la communication constitue la pierre angulaire du rôle des médecins occupant des postes de gestion, Fitzgerald, Ferlie et Buchanan (2006) énumèrent deux autres grandes catégories de tâches comprises dans ce type de postes, soit l'assurance de la qualité et la médiation lors de conflits. Les auteurs soulignent tout de même l'augmentation récente des tâches de planification stratégique, de gestion de changement et de distribution du capital associées à ces fonctions (Fitzgerald, 1994; Guthrie, 1999).

Dans une étude antérieure explorant le mouvement de médecins en gestion, Fitzgerald (1994) insiste sur l'importance de concevoir le rôle du médecin gestionnaire comme un rôle unique et nouveau afin d'éviter de calquer ce rôle sur les fonctions d'un gestionnaire non médical traditionnel. Selon l'auteur, ceci est primordial pour tirer profit adéquatement du temps et des compétences distinctives des médecins.

Le leadership médical

La possibilité d'un médecin d'exercer du leadership sur l'équipe médicale d'un établissement de santé compte parmi les caractéristiques distinctives des médecins gestionnaires. Or, si la conception scientifique traditionnelle veut que le leadership soit prescrit par la position d'un individu dans la hiérarchie, DeRue et Ashforth (2010) font partie d'une nouvelle vague d'auteurs qui proposent que le leadership émane d'une reconnaissance mutuelle par le leader, son équipe et l'organisation de leurs positions respectives. En d'autres mots, si un poste peut amener un individu à acquiescer des tâches de gestion, un titre ne crée pas un leader. Similairement, même si l'occupant d'un poste tente d'exercer un leadership, rien ne garantit que son entourage lui reconnaîtra cette position et se mobilisera derrière lui. Si ces résultats sont applicables à tous les types de poste, leur pertinence dans le contexte des relations médico-administratives ne fait aucun doute. Les résultats de Witman et coll. (2011) soutiennent d'ailleurs ceux de DeRue et Ashforth (2010), démontrant que la capacité d'un médecin gestionnaire à influencer la performance de ses collègues ou les affaires cliniques représente à la fois une facette vitale et épineuse de ses fonctions. La question délicate de l'influence découle entre autres du peu de pouvoir formel qu'ont les médecins gestionnaires sur leurs collègues, du profond inconfort de plusieurs médecins à tenter d'exercer une influence sur leurs pairs ainsi que de l'incohérence de la culture médicale avec la démonstration de mobilisation derrière un chef (DeRue et Ashforth, 2010; Quinn, 2010; Witman et coll., 2011; Fitzgerald, Ferlie et Buchanan, 2006). L'ensemble de ces facteurs est clairement exacerbé par le cercle vicieux de perceptions négatives résultant des efforts de certains médecins acquiesçant des tâches de gestionnaire à dénigrer ces fonctions et à insister sur leur absence totale d'intérêt pour ce rôle (Quinn, 2010).

Évidemment, cette influence limitée place souvent le médecin gestionnaire dans une position difficile, avec des responsabilités qu'il n'a pas la possibilité de respecter (Quinn, 2010). Pour optimiser son influence, Guthrie (1999) suggère que la sélection du médecin gestionnaire soit axée sur la crédibilité, l'acceptation et le soutien des deux parties dans ses fonctions. En plus de maintenir ces aspects importants, la combinaison d'une pratique médicale et d'un rôle de gestionnaire contribue à maximiser cette influence en maintenant la proximité avec le terrain et le partage des préoccupations des pairs.

Guthrie (1999) insiste également sur l'importance de sélectionner un candidat qui reconnaît la possibilité, voire la nécessité d'agir de manière globale sur le système de santé plutôt que de mettre l'emphase sur la compartimentation. Le candidat doit également démontrer sa capacité à questionner et à affronter les gestionnaires et les médecins l'entourant quant au statu quo et doit impérativement être en mesure de tolérer l'ambiguïté dans son travail. Le médecin gestionnaire doit finalement être disposé à tolérer la marginalisation pouvant résulter d'un tel rôle. En effet, dans certains cas, les membres de la communauté médicale peuvent considérer que l'individu est passé dans le clan adverse (*going over to the dark side*; Ham, 2005), alors que les gestionnaires sans formation médicale peuvent estimer que le médecin gestionnaire a accédé à un poste de haut niveau sans posséder la formation requise en gestion, ou encore percevoir celui-ci comme une menace (Hoff, 1999; Fitzgerald, 1994; LeTourneau et Curry, 1997; Gillies et coll., 2001; Fitzgerald, Ferlie et Buchanan, 2006).

Résumé

Si une simplification de la relation complexe unissant gestionnaires et médecins du réseau de la santé est nécessaire ici pour des fins de clarté, insistons sur la nature hétérogène de ces groupes. Hoff (1999) et Bujak (2003) soulignent d'ailleurs avec insistance qu'il serait une erreur de généraliser. L'expérience antérieure et l'éducation contribuent certainement à préparer le terrain pour une relation médico-administrative constructive ou tendue mais, au quotidien, il est impératif que les membres des corps médicaux et administratifs soient considérés individuellement. Ce faisant, on peut voir se dessiner la variété de préoccupations, intérêts, désirs, visions du monde ou du travail, habiletés et affinités interpersonnelles, pressions, opportunités, attentes, styles de vie, personnalités, réactions émotionnelles, forces et faiblesses qui peuplent les corps médical et administratif du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour clore ce troisième chapitre de l'état des connaissances, insistons sur quatre idées clés :

- 1) un changement de structure ne suffit pas en lui-même à bâtir un partenariat médico-administratif constructif, bien qu'il puisse être instrumental dans la mobilisation du corps médical, l'amélioration des relations entre les deux groupes, l'innovation ainsi que l'atteinte d'objectifs organisationnels, dont entre autres l'efficience dans l'utilisation des ressources et l'amélioration des soins et services;
- 2) de par leur expertise et expérience propre, les médecins en position de gestion ont la possibilité d'exercer des rôles auxquels les gestionnaires non médicaux n'ont pas accès. S'ils parviennent à convertir l'influence de la profession en leadership stratégique, un potentiel énorme d'amélioration de la performance organisationnelle émerge. Les médecins qui se différencieront par leur maîtrise de la position charnière de médecin gestionnaire posséderont une valeur grandissante dans le système de santé;

- 3) si la position charnière des médecins gestionnaires peut être source de tension chez l'individu, les rôles de traducteur, de négociateur et de conciliateur propres à la position lui confèrent une influence importante dans les mondes de la gestion et de la médecine;
- 4) finalement, tel qu'exposé au chapitre 1 de cet état des connaissances, un potentiel de leadership collectif réside dans le leadership des médecins possédant un rôle formel de gestion. En d'autres mots, ceux-ci sont en position de contribuer à mobiliser la capacité de leadership que les médecins exercent déjà dans leur milieu clinique vers l'atteinte d'objectifs organisationnels.

La discussion dans ce chapitre et dans le chapitre précédent a aussi révélé l'existence de facteurs qui peuvent encourager ou entraver le développement d'un leadership médical fort, d'une collaboration médico-administrative constructive et d'un engagement des médecins dans les postes de gestion. Ces facteurs feront l'objet du quatrième chapitre de cet état des connaissances.

POUR DES CONDITIONS GAGNANTES

« On s’attend des médecins qu’ils travaillent selon des modes nouveaux et innovateurs avec les autres professionnels de la santé, tant comme membres de l’équipe pour explorer le champ de leurs pratiques et maximiser les retombées pour la communauté que comme chefs de file partenaires dans l’administration et le changement du système de santé. » Association canadienne des facultés de médecine, 2010, p. 11

Préambule

Dans toutes les études concernant les rôles des médecins en gestion, on évoque deux formes d’interventions structurantes des conditions de la pratique gestionnaire des médecins : la formation et les incitatifs, que ce soit des incitatifs extrinsèques, comme la rémunération, ou les bénéfices intrinsèques associés, entre autres, à la capacité d’influencer de façon importante et durable la qualité des soins et services offerts (Ham, 2008; Neogy et Kirkpatrick, 2009). Dans ce chapitre, nous aborderons ces deux dimensions.

La formation

Les décisions des médecins sont responsables de 70 à 80 % des dépenses hospitalières découlant de leur pratique (prescription, diagnostic, traitement, soins et rémunération) (Reddy, 2011). Seulement à ce niveau, la prise de conscience de l’influence de la décision médicale sur les coûts du système peut avoir un impact important sur la gestion des ressources, et la participation des médecins à la gestion peut avoir des impacts importants. Cependant, comment les médecins peuvent-ils participer à la gestion des ressources afin de les optimiser ? Comment faire pour que les intérêts des médecins rencontrent ceux des gestionnaires ? Une des pistes est celle de la formation des médecins à la gestion.

Cette formation peut se faire à trois étapes différentes :

- 1) pendant les études de médecine, en formation initiale, pour donner aux futures médecins des habilités de base en gestion et en leadership;
- 2) lorsque les médecins sont en pratique et qu’ils ont des responsabilités de gestion afin qu’ils acquièrent des compétences en lien avec un rôle de gestionnaire;
- 3) en formation continue pour les médecins déjà en exercice afin de les sensibiliser à leur rôle dans le système de santé.

Dans cette partie, nous présenterons tout d'abord comment est né le concept de médecin gestionnaire, ensuite nous regarderons les différents programmes mis en place et qui s'adressent aux différents publics cités ci-dessus en relation ou pas avec des personnes ayant un profil de gestionnaire. Nous présenterons ensuite un survol de la situation au Québec et des exemples d'initiatives en cours, avant de terminer par un résumé des messages clés que nous apportent la littérature dans ce domaine.

La naissance du « médecin gestionnaire »

L'idée que les médecins doivent être formés à la gestion lorsqu'ils occupent des postes en gestion est relativement récente. Pendant longtemps, la légitimité pour les médecins de pouvoir assumer ce type de poste passait par leur connaissance de la situation pratique de l'organisation des soins. Toutefois, rapidement, une limite due à la difficulté de comprendre les concepts en gestion s'est fait sentir. C'est donc au cours des années 1980 qu'il est devenu de plus en plus évident qu'une formation ad hoc dans les sciences de la gestion aiderait les médecins à mieux endosser leur rôle de « médecin gestionnaire », appelé aussi « médecin hybride » dans la littérature (Kippist et Fitzgerald, 2009 ; Snell, Briscoe et Dickson, 2011; Guthrie 1999 ; Ham, 2008).

Dans les pays industrialisés, l'évolution des connaissances scientifiques et le développement des technologies au cours des années 1970 et 1980 a obligé de revoir les arrangements sociaux et structurels de la dispensation des soins. La pression sur les dépenses de santé, l'obligation de maintenir les coûts et de disposer de mesures de la performance des actions menées ont entraîné une nécessité de plus en plus urgente d'amener les médecins à être plus partie prenante dans la prise de décision. Ceci a été renforcé par le risque de perte de pouvoir des médecins du fait de la complexité des décisions à prendre et de leur absence d'implications éclairées pour pouvoir y participer.

Aux États-Unis, une des réponses apportées a été de regarder comment des médecins pourraient jouer un rôle dans les prises de décision en étant capables de comprendre simultanément le monde de la gestion et celui de la médecine (voir les chapitres précédents pour plus de précisions), tout en ayant conscience que les bailleurs de fonds du système seraient plus enclins à rémunérer une activité si celle-ci était reconnue comme une spécialité (Montgomery, 1990). Pour ce faire, une profession spécifique a vu le jour, en marge de la spécialité de la santé publique, identifiée à l'épidémiologie et la prévention. C'est ainsi qu'un cursus de formation continue offert par l'American Academy of Medical Doctors (AAMD), créé en 1975, a pris forme.

Cette association expressément dévouée aux médecins qui font de la gestion s'intéresse aux médecins pouvant occuper des postes de directeurs médicaux mais aussi de directeurs de départements ou de services. L'AAMD a été reconnue, en 1992, comme membre à part entière de l'Association médicale américaine (American Medical Directors Association) et de la Société américaine de médecine interne (American Society of Internal Medicine) lui offrant par là même une reconnaissance institutionnelle importante (site consulté le 24 octobre 2011 : <http://www.amda.com/index.cfm>).

Un autre groupe, l'American Group Practice Association (AGPA) s'est orienté vers les grands groupes de pratiques. Cette association créée dans le milieu des années 1970 forme les médecins intéressés par le management de la santé, mais aussi les autres professionnels. Ainsi les membres médicaux de cette association se retrouvent-ils le plus souvent aussi dans l'AAMD. Des études faites par l'AAMD montrent que les médecins en situation de gestion ont vu leur revenu augmenter ainsi que leur prestige et leur autorité. La crainte d'avoir à subir des baisses de salaire dues à des activités de gestion s'est dissipée au cours du temps. L'AAMD a même pu mettre en évidence que l'autorité formelle des médecins, leur influence informelle et leur participation aux conseils d'administration avaient été renforcées. Aussi la formation offerte par l'AAMD a eu comme effet le développement d'une reconnaissance sociale de ce nouveau rôle de médecin gestionnaire vu comme une spécialité en gestion allant même jusqu'à provoquer une certaine médicalisation de l'administration, certaines tâches étant identifiées comme ne pouvant être confiées qu'à des personnes ayant un bagage en médecine. De plus, il semble plus efficient de former des médecins à la gestion que d'essayer de former des gestionnaires à des bases cliniques pour lesquelles ils n'auront jamais la légitimité.

Toutefois d'après Montgomery (1990), les gestionnaires peuvent manifester leur souhait de vouloir impliquer les médecins dans la gestion, mais ils préfèrent que cette implication reste informelle et non organisée, dans la crainte de perdre leur légitimité. Les gestionnaires parlent aussi de résistance de la profession médicale à être soumise à des règles administratives pour expliquer leurs difficultés à les intégrer dans le circuit décisionnel.

La formation des médecins à la gestion

La formation des étudiants en médecine

Des initiatives ont vu le jour en formation initiale des médecins, par exemple auprès des résidents en psychiatrie, afin qu'ils puissent devenir des *physician managers* (Maggi et al., 2008). Dans cette expérience, les auteurs présentent le contenu du curriculum bâti en concertation avec des psychiatres et qui comporte des cours sur le travail d'équipe, la résolution de conflits, l'amélioration de la qualité, la planification et l'évaluation, le leadership et la gestion de changement, les réformes en santé mentale, les structures organisationnelles, et l'organisation de la carrière.

D'autres études réalisées aux États-Unis ont testé d'une part quel type de curriculum serait le plus adapté au début des études de médecine afin de favoriser le travail en équipe multidisciplinaire (Gallen, Lynch et Buckle, 2007) et, d'autre part, pendant le cursus d'une spécialité, par exemple celle en médecine sociale et préventive (Lane et Ross, 1998) qui a notamment cherché à définir quel type de compétences ces futurs médecins devaient acquérir. Le curriculum a été élaboré en partant du modèle du Competency-Based Education et a identifié quatre grandes compétences :

- 1) la dispensation des soins;
- 2) la gestion financière;
- 3) la gestion organisationnelle;
- 4) les considérations éthiques et légales.

Au Royaume-Uni, en 2008, le Medical Leadership Competency Framework (MLCF) a été développé par l'Institute for Innovation and Improvement (III) et l'Academy of Medical Royal Colleges⁵. L'objectif du MLCF est de décrire les compétences que les médecins doivent acquérir pendant leurs études de médecine pour s'impliquer davantage dans la planification, la dispensation et la transformation des services de santé (Moss, 2009-10, p. 7). Ces compétences s'articulent autour de cinq domaines : qualité personnelle, travail avec les autres, gestion des services, amélioration des services, priorisation.

Au Canada, l'Association médicale canadienne a développé un cadre de référence des compétences que doivent acquérir les médecins pendant leurs études : CanMed (Franck et Danoff, 2007). Les arguments derrière la nécessité de former les étudiants à la gestion portent sur la place incontournable des médecins dans les organisations de santé, sur la possibilité de maintenir des pratiques organisationnelles, de participer à l'allocation des ressources et de contribuer à l'efficacité du système de santé. Cela passe par l'acquisition des quatre compétences suivantes :

- 1) participer à des activités qui contribuent à rendre le système de santé et les organisations plus efficaces;
- 2) gérer leur pratique et leur carrière de manière efficace;
- 3) allouer les ressources rares de manière appropriée;
- 4) participer à l'administration et exercer un rôle de leadership, si approprié.

⁵ Consulté le 24 octobre 2011 à http://www.institute.nhs.uk/assessment_tool/general/medical_leadership_competency_framework_-_homepage.html

Aussi, dans le cadre de la formation initiale des médecins à la gestion, l'objectif principal poursuivi est de rendre les médecins plus sensibles au travail d'équipe et à l'environnement dans lequel ils travaillent afin de les rendre plus responsables.

La formation des médecins en position de gestion

Une étude menée au Royaume-Uni évaluant les habilités des médecins occupant des positions de gestion (Ileri et al., 2011) a mis en évidence que les médecins étaient plus favorables à ce que des cours de gestion soient offerts à des médecins ayant des rôles en gestion que pendant les études de médecine. Cette étude a aussi mis en évidence que plus les médecins sont formés en gestion, plus ils sont compétents dans leurs fonctions. Mais quels sont les contenus et les méthodes pédagogiques qui peuvent être utilisés pour y parvenir ?

Le contenu des formations

Le contenu des formations portant sur le développement de compétence en gestion et leadership proviennent de différents types de facultés (médecine, management, administration de la santé), d'associations ou d'établissements (par exemple, l'Association canadienne des facultés de médecine (ACFM), le National Health Service (NHS), le Veterans Affairs, l'Institute for Medical Quality, le Massachusetts General Physicians Organisation) ou de consultants externes. Les expériences à ce jour soulignent le défi que représente la conciliation entre la disponibilité des médecins, leur intérêt à développer leurs habilités et connaissances en gestion et la quantité de contenu à couvrir. Au Canada, l'Association médicale canadienne offre aussi, par l'intermédiaire de l'Institut de gestion médicale, différents cours pour développer les habilités de leadership des médecins qui œuvrent dans le système de santé. Cette formation comporte un cours de base et un cours avancé portant par exemple sur la gestion du personnel, des conflits, du changement, ou encore sur l'allocation optimale des ressources et le développement d'une planification stratégique. Le contenu est actuellement disponible en anglais mais devrait l'être en français très prochainement⁶.

Les méthodes pédagogiques

Dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, Cyr (2011) a inventorié les différentes techniques appréciées par les médecins dans le cadre du développement de leurs compétences en gestion lorsqu'ils sont en situation d'emploi. Les trois principales sont : le coaching, le mentorat et les outils de développement (Warren et Carnall, 2010).

⁶ http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Leadership/2011/PMI-2011_catalogue_en.pdf

Le coaching

Le coaching vise à développer la conscience des forces et des faiblesses d'une personne (le coaché) et de son impact sur les autres grâce à la présence d'une personne plus expérimentée (le coach)(Guay, 2002). Le coaché choisit son style de leadership, clarifie sa vision d'amélioration de l'organisation et prend les moyens pour obtenir l'impact souhaité. Le coach écoute, questionne, fait part de ses observations afin d'ouvrir la conscience aux besoins de développement. Il croit en la capacité du coaché à trouver ses réelles aspirations, ses freins, ses accélérateurs, ses solutions. Le coaching peut permettre d'identifier un besoin en formation, parfois de le combler par le coach selon son expertise et les souhaits du coaché.

Un exemple concret réalisé en coaching est la rétroaction auprès de médecins chefs de département (MCD) de leur gestion d'une réunion de département. Avant la réunion, une rencontre a lieu entre le coaché et le coach pour cibler ce que le coaché souhaite voir observer, par exemple le climat de l'équipe, un participant en particulier, le déroulement de la réunion, l'impact de certains sujets à l'agenda, la capacité de garder le contrôle sur l'agenda, à favoriser la participation. À la fin de la réunion, le coach donne une rétroaction écrite présente avec le modèle FFOO (forces/faiblesses/obstacles/opportunités) qui permet d'engager une discussion. Le coaché est ouvert à l'amélioration, demande des outils de développement, comme les bases d'une gestion de réunion efficace et l'utilisation du FFOO pour d'autres sujets. Les interventions individuelles de coaching invitent aussi à une réflexion sur le manque de cohésion de l'équipe des MCD et sur leur vision de la table des chefs. L'apprentissage des médecins issus de la pratique collaborative devrait se faire entre eux avant de les intégrer à une équipe interdisciplinaire afin qu'ils se sentent à l'aise et puissent assumer le leadership médical qui leur incombe. C'est une approche volontaire et adaptée aux besoins du coaché et il s'agit d'une relation tenue confidentielle dans le choix de la démarche comme dans son contenu.

Aux États-Unis une étude a été réalisée qui permet de faire un bilan de l'utilisation du coaching pour les médecins :

« [...] department executive officer (DEOs) expected the executive coaching experience would offer an external person as a sounding board... Four out of five DEOs agreed that this experience had improved their leadership skills. As a testament to the value of this coaching experience, all participants stated that they would recommend the use of a coach to others in new leadership positions... Participants felt that the training helped retain or develop important skills, including time management, conflict management, listening skills, leadership enhancement, and the career development of others. » (Geist et Cohen, 2010, p. 24).

Cette étude montre que l'utilisation d'un même coach pour tous les chefs de départements a comme avantage d'uniformiser l'approche et les outils de bilan de compétences, et comme inconvénient de mettre le coach en situation de conflit d'intérêt lorsque des personnes sont en opposition, ou de ne pas optimiser une relation la plus adaptée coach-coaché. La négociation des services et des attentes de développement doit être faite au début du programme. Une durée minimale d'une année permet d'obtenir des changements significatifs mais difficilement quantifiables en données brutes.

Le mentorat

Le mentorat vise un partage d'expérience avec des pairs performants et crédibles (Guay, 2002; Whittaker et Cartwright, 2000). Il est très pratiqué en médecine et est assez structuré. L'apprentissage est dans l'action, par observation ou discussion. Il est souvent cadré par des questions spécifiques ou des besoins de connaissance liés à un cursus de formation. Le mentoré veut apprendre les meilleures pratiques et le mentor partage son expérience afin d'éviter des erreurs à son mentoré. Le mentorat est aussi utilisé par les médecins dans une optique de gestion de leur carrière professionnelle, pour développer leur habileté politique et pour développer leur réseautage.

Les sessions de formation

Ces sessions de formation peuvent prendre plusieurs formes. Tout d'abord des sessions très courtes et pointues sur des sujets très spécifiques. Elles peuvent aussi se donner sous la forme de séance de formation de plus de quatre heures au total et couvrant différentes facettes du rôle de gestionnaire. Finalement, cela peut prendre la forme de diplômes plus formels de type maîtrise en administration de la santé ou encore MBA. Les cours peuvent donc se donner de manière ciblée pour les médecins mais aussi en commun avec les gestionnaires.

Les lectures

Les médecins étant très sensibles aux évidences cliniques, ils sont ainsi intéressés à lire des articles scientifiques probants qui leur permettent d'une part de comprendre l'intérêt de s'intéresser et de se former à la gestion et, d'autre part, de développer leur habileté en gestion et en leadership (Cyr, 2011). Ils sont aussi attirés par des articles qui font la preuve de la valeur ajoutée de cette formation à l'amélioration de la prise en charge de leur patient. Une autre manière de procéder est de passer par un « Journal club » où les médecins peuvent discuter de différentes facettes du rôle de médecin gestionnaire et ainsi bâtir ensemble le cursus de connaissances et de compétences.

Les médecins en formation continue

Dans le cadre du développement professionnel continu pour les médecins, il est possible de faire accréditer les formations pour que celles-ci rentrent dans les obligations que les médecins ont pour le maintien de leurs compétences. Un exemple aux États-Unis est celui proposé par l'AMGA qui alloue, pour les formations qu'elle offre aux médecins, des crédits de formation continue (http://www.amga.org/Education/cme_education.asp).

La formation des médecins à la gestion et le contexte québécois

Le cadre d'exercice

Ni le directeur des services professionnels (DSP) ni le président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ne sont tenus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁷ à être titulaires d'un diplôme en gestion. Toutefois, les rôles du DSP sont en lien direct avec des activités de gestion (LSSS, art. 204) :

1° diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de département clinique prévues à l'article 189;

2° obtenir des avis des chefs de département clinique sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins et des dentistes des divers départements cliniques;

3° appliquer les sanctions administratives prévues au deuxième alinéa de l'article 189 et en informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et les chefs de département clinique concernés;

4° surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et s'assurer que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout centre exploité par l'établissement;

5° prendre toutes les mesures pour faire en sorte qu'un examen, une autopsie ou une expertise exigé en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (chapitre R-0.2) soit effectué;

5.1° remplir les obligations prévues au Code civil et à la Loi sur le curateur public (chapitre C-81), en matière de régimes de protection des personnes inaptes et de mandat donné par une personne en prévision de son inaptitude;

6° assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement.

⁷ http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2etfile=/S_4_2/S4_2.html

Quant aux médecins chefs de département (MCD) qui sont en charge de tâches complexes avec des liens fonctionnels nombreux, ils ne sont pas non plus tenus d'avoir une formation en gestion. Ces médecins volontaires, nommés par le conseil d'administration, ont un mandat d'une durée de quatre ans :

Le chef de département clinique exécute sous la direction des services professionnels... les responsabilités suivantes : 1° coordonner les activités professionnelles [...] de son département; 2° gérer les ressources médicales [...] 3° élaborer [...] des règles [...] (LSSS, art. 189).

Le chef de département clinique est responsable envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans son département (LSSS, art. 189).

Dans la grande majorité des établissements au Québec, lorsque les médecins chefs de département sont nommés, il n'existe pas de plan d'orientation ni de cadre de référence pour guider leurs décisions. Les chefs de département apprennent leurs fonctions de gestionnaire le plus souvent sur le terrain, au fil des événements (Cyr, 2011). Ils allouent de 10 à 35 % de leur temps aux fonctions de gestion. Le médecin chef de département n'a pas d'autorité hiérarchique, il gère des collègues travailleurs autonomes mais est quand même responsable de la qualité des services de son département.

Dans les faits, la sélection des médecins à des postes de DSP se fait le plus souvent en prenant en compte une formation en gestion. Par contre pour les autres postes (CMDP, médecins chefs de département), ceci est rarement valorisé. Au sein de l'AQESSS, il existe un comité national de concertation des directeurs des services professionnels (CNC-DSP)⁸ qui regroupe des directeurs des services professionnels représentant les différentes régions sociosanitaires du Québec et les RUIS. Parmi les missions de ce comité, on y trouve la volonté d'outiller les DSP pour qu'ils assument leur rôle dans les cinq grands secteurs d'activité couvert par la loi : coordination des activités médicales, gestion des secteurs cliniques, animation du réseau local, collaboration CSSS, CH, RUIS et agences, amélioration continue de la qualité.

De plus, l'association des CMDP (ACMDP) offre depuis 2005 des formations pour répondre aux besoins des chefs de départements et des membres des CMDP. Cette formation a pour objet de définir et d'expliquer les fonctions médico-administratives reliées à la gestion du comité exécutif d'un CMDP ainsi qu'à la fonction d'un chef de département en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁹.

⁸ Consulté le 18 octobre 2011 : http://www.aqesss.qc.ca/1015/Comite_de_concertation.aqesss

⁹ Consulté le 18 octobre 2011 : <http://www.acmdp.qc.ca/formation.htm>

Résumé des enjeux de la formation des médecins gestionnaires

Les enjeux de la formation des médecins peuvent se résumer comme suit :

- la formation peut se faire à plusieurs moments de la carrière d'un médecin. Il existe à présent un consensus sur la nécessité de former les médecins durant leurs études médicales et de renforcer cette formation pendant leur pratique;
- les gestionnaires sont parfois ambigus quant à la place des médecins gestionnaires formés et peuvent parfois percevoir leur présence comme une menace à leur légitimité;
- les médecins ont une haute conscience du temps et ils ne sont pas forcément prêts à suivre des formations trop longues;
- malgré cela, les médecins ont bien conscience qu'il est difficile de s'improviser gestionnaire et qu'ils ont besoin d'être outillés pour prendre des décisions éclairées;
- face à l'évolution des structures organisationnelles dans le domaine de la santé, il appert qu'une attention plus grande à des activités de formation ou d'accompagnement auprès de duos médico-administratifs est une voie prometteuse.

Incitatifs et engagement des médecins dans la gestion

Ce chapitre s'appuie principalement sur deux analyses publiées récemment sur les médecins gestionnaires et leurs conditions de travail (Neogy et Kirkpatrick, 2009; Ham et al., 2011). La participation des médecins à la gestion et leur engagement dans des rôles qui dépassent le leadership exercé à l'égard de leur profession est un choix exigeant (Berwick et Nolan, 1998). En effet, la profession médicale est peu formée à s'engager sur le plan de la gestion et à assumer des responsabilités organisationnelles qui dépassent celles qu'ils exercent habituellement en clinique et auprès de leurs patients. De plus, plusieurs auteurs ont souligné (voir le chapitre 3) les dilemmes identitaires que comporte l'engagement du médecin dans des rôles et fonctions de gestion.

Une telle situation suggère que les organisations et les systèmes de santé qui souhaitent un engagement plus élevé des médecins dans des fonctions de gestion doivent mettre en place des conditions qui favorisent l'exercice d'un tel rôle. Dans une analyse de la place des médecins gestionnaires dans différents systèmes de santé européens, Neogy et Kirkpatrick (2009) ont discuté de la question des systèmes d'incitation en place pour favoriser ou non l'implication des médecins dans la gestion. Les auteurs font une distinction entre les incitatifs extrinsèques et les incitatifs intrinsèques. Les incitatifs extrinsèques portent sur les avantages tangibles retirés de l'engagement dans un rôle formel de gestion comme le niveau de rémunération, le gain de pouvoir et de statut, et le respect par les pairs.

Les incitatifs intrinsèques portent sur les avantages plus intangibles retirés de l'exercice d'un travail, comme la satisfaction d'accomplir une tâche importante incluant le plaisir à relever de nouveaux défis, l'impression de contribuer à améliorer les institutions ou la société et à agir sur le bien-être de la population. L'analyse faite par les auteurs porte principalement sur la nature des incitatifs extrinsèques dans les différents systèmes de santé étudiés.

Les incitatifs extrinsèques renvoient en fait à une logique où l'acteur, ici le médecin qui convoite ou s'engage dans une fonction de gestion, calcule les avantages ou les pertes encourus par ce nouveau rôle. Concrètement les auteurs concluent que, dans certains systèmes, il y a un coût d'opportunité important associé à l'engagement du médecin dans des fonctions de gestion. Par exemple, au Royaume-Uni, les conditions monétaires offertes aux médecins-gestionnaires sont inférieures à celles rencontrées en pratique privée ou dans la médecine académique. Le prestige accordé à cette fonction reste faible aussi par rapport à d'autres orientations de carrière. L'étude de Ham et al. (2011) corrobore cet état de fait puisque l'engagement dans des fonctions de gestion s'accompagne chez plusieurs d'une plus grande insécurité professionnelle et d'une évolution incertaine de leur carrière. Cette situation contraste avec celle observée dans d'autres pays, dont le Danemark, où la carrière de médecin-gestionnaire est valorisée sur le plan économique ou, tout au moins, n'est pas dévalorisée par rapport à d'autres choix de carrière. De plus, dans le cas du Danemark, les régulations en place contraignent l'investissement que peuvent faire des médecins-hospitaliers dans la pratique privée. Le coût d'opportunité associé à l'engagement dans la gestion ne peut donc pas s'apprécier de façon abstraite et dans l'absolu, mais dépend aussi des conditions de pratique générale de la médecine dans une juridiction donnée. Le cas de l'Italie à cet égard est aussi intéressant puisque l'abondance de médecins jumelée à une valorisation économique du rôle de médecin-gestionnaire rend plus attractif ce choix professionnel.

Il ressort de l'analyse de Neogy et Kirkpatrick (2009) sur différents pays européens que l'attrait du rôle de médecin-gestionnaire varie d'un pays à l'autre et dépendrait de trois facteurs :

- 1) l'engagement de longue date de la part d'un système à opérer des réformes et éventuellement à associer la profession médicale aux transformations;
- 2) la présence d'incitatifs favorables à un engagement des médecins dans des rôles de médecins gestionnaires;
- 3) l'appui donné sur le plan de la formation pour favoriser l'appropriation du rôle de médecin gestionnaire. Cet appui peut être apporté lors de la formation initiale pour développer un intérêt des médecins pour ce type de rôles ou en cours d'exercice pour intéresser les médecins à la gestion ou pour les appuyer dans l'exercice de leur rôle de gestionnaires (voir la partie 4.4.2).

Les éléments liés à la mobilisation de la profession médicale et à la formation à la gestion se rapportent plus directement à ce que nous avons identifié précédemment comme des incitatifs intrinsèques. À cet égard, Ham et coll. (2011) ont constaté dans une étude auprès de vingt médecins gestionnaires (*chief-medical executives*) au Royaume-Uni que ces derniers étaient très motivés par les occasions de formation et de développement professionnels offertes pour accéder à cette fonction. Ils valorisaient aussi le fait gratifiant de contribuer et de participer à des initiatives majeures d'amélioration des soins et services dépassant largement les frontières du travail clinique.

Que peut-on retirer de ces travaux sur les conditions favorables à l'engagement des médecins dans des fonctions de gestion ? Les conditions d'exercice, et plus précisément les conditions économiques associées au rôle de médecin-gestionnaire, peuvent paraître défavorables dans bien des situations par rapport à la pratique clinique¹⁰. Un système qui souhaite un plus grand engagement des médecins dans la gestion devra probablement réduire cet écart économique. Par ailleurs, la valorisation économique du rôle de médecin gestionnaire n'est pas suffisante pour assurer l'engagement et le maintien de médecins compétents dans ce rôle. Les médecins qui s'engagent sur cette voie doivent trouver des conditions stimulantes de pratique, une reconnaissance professionnelle élevée, un appui sur le plan de la formation et du développement professionnel et des possibilités intéressantes d'avancement de carrière. Ces facteurs plus proches de ce que nous avons appelé les incitatifs intrinsèques pourraient aussi compenser en partie le coût d'opportunité à s'engager dans la gestion. De plus, les incitatifs économiques mis en place pour accroître l'attractivité de fonctions de gestion pour les médecins gagneraient à ne pas s'adresser uniquement aux médecins gestionnaires de carrière mais aussi à ceux qui vont se partager entre des responsabilités administratives et cliniques ou occuper de tels rôles de façon transitoire.

De façon générale, une stratégie multifacette pour accroître l'attraction des rôles et fonctions de gestion pour les médecins paraît nécessaire. Cette stratégie devra aussi tenir compte des facteurs non économiques qui motivent les choix professionnels. Une analyse récente de Burns et Muller (2008) sur les différents arrangements entre médecins et hôpitaux, s'appuyant principalement sur des études américaines, suggère des limites à l'intégration économique et conclut à l'importance d'une intégration forte des médecins à leur milieu clinique comme facteur propice à un attachement fort à l'organisation.

¹⁰ Les activités médico-administratives font l'objet d'un per diem de 704 \$ par jour par la RAMQ alors qu'en moyenne un médecin spécialiste est rémunéré 1 500 \$ par jour. Une compensation est offerte le plus souvent par les établissements aux DSP, au président de CMDP et aux médecins chefs en contrepartie du temps de gestion qu'ils y consacrent. Les montants varient selon le poste et la taille du département. Le revenu total d'un chef de département est significativement inférieur à la moyenne des collègues cliniciens de son département. La compensation comme MCD ne couvre que de 30 à 50 % des revenus cliniques du médecin spécialiste au CHUM par exemple.

Cette analyse ne porte pas en soi sur les médecins gestionnaires. Elle suggère toutefois que différentes stratégies organisationnelles pour créer des liens solides entre le médecin et éventuellement le médecin gestionnaire peuvent contribuer à une plus grande intégration et que cette intégration ne doit pas se raisonner en termes économiques uniquement. Dans le cas qui nous concerne, si notre système continue à valoriser moins, sur le plan économique, le rôle de médecin gestionnaire, les organisations et associations professionnelles devront redoubler d'efforts pour renforcer les bénéfices intrinsèques retirés de l'exercice d'une telle fonction. Il y a probablement une limite à une telle stratégie et il importe de reconnaître un potentiel à mieux valoriser, sur le plan économique, l'engagement médico-administratif de façon à réduire l'écart avec les revenus retirés de l'activité clinique.

CONCLUSION

Comme la littérature en témoigne, plusieurs organisations de santé, souvent citées parmi les plus performantes, ont mis en place un ensemble diversifié et cohérent de stratégies d'amélioration des soins et services, dont le développement du leadership médical et de l'engagement des médecins (Ham, 2008; Neogy et Kirkpatrick, 2009; Berry, 2004). De nombreux auteurs soutiennent l'idée qu'un potentiel important réside dans l'implication du corps médical dans le leadership stratégique des établissements de santé (Baker et coll., 2008; Baker et Denis, 2011; Waters et coll., 2001; Alexander et coll., 2001). Plusieurs ont donc fait le pari qu'un changement structurel positionnant les médecins dans des rôles formels de gestion contribuerait à développer les relations médico-administratives, à soutenir la mobilisation de l'ensemble de la profession médicale, ainsi qu'à progresser vers l'efficacité dans l'organisation et l'utilisation des soins et services par une plus grande représentation de la logique clinique dans les processus de décisions stratégiques. La réconciliation des logiques professionnelles et organisationnelles/managériales prendra d'ailleurs une importance de plus en plus grande avec la mise en place de cadres organisationnels formels situant les médecins dans des rôles de gestion. En découle évidemment la nécessité de réfléchir à cette réconciliation afin d'en assurer l'efficacité et la pertinence.

Peu d'évidences ont été repérées dans la littérature sur les répercussions positives d'une plus grande implication des médecins dans la gestion des organisations de santé. Il faut reconnaître par contre que les systèmes ou organisations de santé les plus fréquemment cités pour leur performance exemplaire dans le contexte américain semblent faire une large place au leadership médical et à leur engagement dans la gestion des soins et services. Dans ces systèmes, les conditions économiques d'un engagement de la profession médicale dans la gestion semblent plus favorables que celles rencontrées dans notre système de santé. Tout au moins, le rôle de médecin-gestionnaire semble valorisé et ne pas présenter des désavantages économiques par rapport à la pratique clinique. Ces systèmes évoluent par contre dans des environnements particuliers et ont développé au fil du temps des stratégies multiples et cohérentes pour s'assurer non seulement d'un engagement suffisant de la profession médicale dans la gestion, mais aussi de l'atteinte de très hauts standards en matière de qualité des soins et services et d'efficacité en matière d'utilisation des ressources.

Formellement positionner des médecins dans un rôle de gestion prépare certainement le terrain pour bâtir un leadership médical collectif en favorisant l'implication et l'engagement au niveau organisationnel. Cependant, l'étude de différents modèles de partenariats médico-administratifs met en perspective les effets porteurs mais insuffisants des changements structurels. En d'autres mots, la structure constitue une fondation importante pour des relations et un leadership (dont, entre autres, une clarification sur le plan formel des attentes et des rôles respectifs des médecins et des gestionnaires tout en fournissant une incitation économique favorable à l'implication médico-administrative), mais ne produit pas en soit l'engagement médical. Au contraire, l'engagement est une condition *sine qua non* pour dynamiser une structure. L'étude des cas démontre également que le succès d'une entreprise de changement structurel passe par la mise à profit de plusieurs leviers complémentaires. L'impact significatif du contexte des changements, de la culture organisationnelle, de la stabilité du leadership médical, des incitatifs intrinsèques et extrinsèques, du temps laissé aux individus pour l'actualisation de la nouvelle structure dans le quotidien et du degré d'enracinement de la volonté d'intégration des médecins dans la gestion ne peuvent donc être ignorés. En ce sens, soulignons que le modèle actuel des organisations décrites dans les cas, souvent qualifié de réussite, est le fruit d'un long processus d'adaptation. Disons plus simplement que les organisations n'y sont pas arrivées « du premier coup » (Ham, 2008; Neogy et Kirkpatrick, 2009; Berry, 2004).

Plusieurs cas laissent également transparaître les individus au-delà des structures. Des changements structurels peuvent générer chez ces derniers des préoccupations allant bien au-delà de la qualité et de l'efficacité. Qu'elles soient politiques, relationnelles ou personnelles, ces préoccupations contribueront à l'évolution fluide ou plus difficile des transformations (Zeggar et Vallet, 2010). L'arrivée de médecins en gestion peut par exemple faire émerger chez certains gestionnaires le sentiment d'être menacé. Si la position charnière des médecins accomplissant un rôle formel de gestion peut elle aussi susciter des préoccupations et des défis importants, elle comporte par ailleurs un énorme potentiel d'influence dans les deux univers chevauchés découlant des rôles de traducteur, de négociateur et de conciliateur propres à ces positions. Une grande valeur sera sans contredit attribuée aux médecins qui démontreront leur maîtrise de ces rôles clés.

Si certains médecins arrivent à une telle maîtrise instinctivement, d'autres développent leur habileté dans l'accomplissement de leur nouveau rôle à travers diverses formations. Idéalement, incorporer des aspects managériaux aux études médicales permet d'ouvrir tôt l'individu au monde de la gestion. Qu'ils aient bénéficié ou non de cette exposition à l'université, les connaissances et compétences managériales ou de leadership des médecins peuvent être renforcées tout au long de la pratique à travers différents modes de transmission des savoirs (Maggi et coll., 2008; Moss, 2009-10; Franck et Danoff, 2007; Ireri et al., 2011; Warren et Carnall, 2010).

Bâtir une structure adéquate, créer un contexte favorable, aligner les incitatifs, former les différents acteurs et permettre aux individus de comprendre, de définir et d'intégrer leur nouveau rôle, tout cela demande du temps. Les changements structurels mis en place constituent sans l'ombre d'un doute un fondement important dans l'amélioration des relations médico-administratives. Il importera ensuite de progressivement bâtir sur ce fondement, tout en laissant le temps aux organisations et à ceux qui la composent de s'adapter les uns aux autres.

BIBLIOGRAPHIE

- Adler P. S. et al. (2008). « Professional Work : The Emergence of Collaborative Community », *Organization Science*, 19(2), March-April 2008, p. 359-376.
- Alexander, J.A. et al. (2001). « The Ties That Bind : Interorganizational Linkages and Physician-System Alignment », *Medical Care*, vol. 39, n° 7, p. I30-I45.
- Alvarez, J.L., S. Svejnova et L. Vives (2007). « Leading in pairs », *Sloan Management Review*, 48 (4): 9-14.
- Association canadienne des facultés de médecine (2010). *L'avenir de l'éducation médicale au Canada : une vision collective pour les études médicales postdoctorales*, Ottawa, AFMC.
- Baker, G.R. et J.L. Denis (2011). « Medical leadership in health care systems : from professional authority to organizational leadership », *Public Money et Management*, September.
- Baker, G.R. et al. (2008). « Intermountain Healthcare », *High Performing Healthcare Systems : Delivering Quality by Design*, Longwoods Publishing, Toronto, p.151-178.
- Baker, R. et al. (2008). *High Performing Health Care Systems : Delivering Quality by Design*, Longwoods Publishing, Toronto.
- Bate, P., P. Mendel et G. Robert (2008). *Organizing for Quality : the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*, Radcliffe Publishing, London.
- Bazzoli, G.J. (2004). « The corporatization of American hospitals », *Journal of Health Politics Policy and Law*, 29, 4-5, p. 885-906.
- Berenson, R., J.L. Ginsburg et J. May (2006). « Hospital-physician relations : co-operation, competition or separation ? » *Health Affairs*, 26, 1, W31-W43.
- Berry, L. (2004). « The Collaborative Organization : Leadership Lessons from Mayo Clinic », *Organizational Dynamics*, 33 (3): 228-242.
- Berwick, D.M. et T.W. Nolan (1998). « Physicians as leaders in improving health care », *Annals of Internal Medicine*, 128, 4, Berwick, 2003, p. 289-292.
- Bowns, I.R. et T. McNulty (1999). *Re-Engineering Leicester Royal Infirmary*, University of Sheffield, Sheffield.
- Buchanan et al., 2007, E. et Baeza, J. I. (2007). « Nobody in charge : distributed change agency in health care », *Human Relations*, 60:7, p. 1065.

- Bujak, J.S. (2003). « How to Improve Hospital-Physician Relationships », *Frontiers of Health Services Management*, 20:2, p. 3.
- Burns, L.R. et R.W. Muller (2008). « Hospital–physician collaboration », *Milbank Quarterly*, 86:3, p. 375-434.
- Champagne, F. et al. (1998). « Les intérêts médicaux et hospitaliers : la réconciliation sera-t-elle possible ? » *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, (5)1:53-61.
- Chrobot-Mason, D. et al. (2009). « The challenge of leading on unstable ground : Triggers that activate social identity faultlines », *Human Relations*. 62, p. 1763.
- Cyr, A. (2011). *Une nouvelle approche en développement des compétences de gestion et de leadership des médecins chefs de départements*, TD, Maitrise Quéops-I, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 68 p.
- Darzi, A. (2008), *High Quality Care for All : NHS Next Stage Review*, DH, London.
- Denis, J.L. et al. (2011). « Perspectives on Strategic Leadership », *Sage Handbook of Leadership*. David Collinson, Alan Bryman, Brad Jakscon, Mary Uhl-Bien et Keith Grint (eds), 2011: 71-85.
- Denis, J.L., A. Langley et L. Rouleau, (2010). « Leadership in the messy world of organizations », *Leadership*, 6(1):67-68.
- Denis, J.L., A. Langley, A. et L. Rouleau (2005). « Rethinking Leadership in Public Organizations », in E. Ferlie, L. Lynn, C. Pollit (Eds), *Handbook of Public Administration*, vol. III, n° 9, Oxford University Press, London, U.K.
- Department of Health (2010). *Equity and Excellence : Liberating the NHS*, Cm 7881, The Stationery Office, London.
- Derue, D.S. et S.J. Ashforth, (2010). « Who Will Lead and Who Will Follow ? A Social Process of Leadership Identity Construction in Organizations », *Academy of Management Review* 35:4. p. 627-647.
- Devlin, N. J. et al. (2010). *Getting the most out of proms : Putting health outcomes at the heart of NHS decision-making*, The King's Fund.
- Dickinson, H. et C. Ham (2008). *Engaging Doctors in Leadership : Review of the Literature*, Health Services Management Centre, University of Birmingham.
- Dussault, G. (2008). « The health professions and the performance of future health systems in low-income countries : support or obstacles ? », *Social science and medicine*, 66(10), p. 2088-2095.
- Dwyer, A. (2010). « Medical managers in contemporary healthcare organisations : A consideration of the literature », *Australian Health Review*, 34, p. 513-522.
- Edwards, N. (2003). « Doctors and managers : poor relationships may be damaging patients—what can be done ? » *Quality Safety Health Care*, 12 (Suppl. 1), p. i21-i24.
- Edwards, N. (2005). « Doctors and managers : building a new relationship », *Clinical Medicine*, 5:6. p. 577-579.

- Exworthy, E. et al. (2010). « The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK », *Social Sciences and Medicine*, p. 1493-1504.
- Ferlie, E. et S.M. Shortell, (2001). « Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States », *The Milbank Quarterly*, 79(2):281-315.
- Ferlie, E. et al. (1996). *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford.
- Fitzgerald, L. (1994). « Moving Clinicians into Management : A Professional Challenge or Threat ? » *Journal of Management in Medicine*, 8:6, p. 32-44.
- Fitzgerald, L., E. Ferlie et D. Buchanan (2006). *Managing Change and Role Enactment in the Professionalised Organisation*, Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R et D (NCCSDO).
- Fitzgerald, L. et al. (2006). *Managing Change and Role Enactment in the Professionalized Organization*, NHS National Coordinating Centre for Service Delivery and Organization, London.
- Franck, J. et D. Danoff (2007). « The CanMEDS initiative : implementing an outcomes-based framework of physician competencies », *Medicine Teacher*, vol. 29: 642-647.
- Friedland, R. et R.R. Alford (1991). « Bringing society backin : Symbols, practices, and institutional contradictions », in W. W. Powell et P. J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis*, p. 232-266. University of Chicago Press, Chicago.
- Friedson, E. (1985). « The reorganization of the medical profession », *Medical Care Review*, 42: 11-35
- Gallen, D., M. Lynch et G. Buckle (2007). « Addressing leadership and management competencies in Foundation Year 2 », *Clinician in Management*, 15, p. 87-93.
- Gaudreau, M. (2006). *Réussir la congestion : étude exploratoire sur le partage des rôles au sein des tandems de gestionnaires*, mémoire de M.Sc., HEC Montréal.
- Geist, J.L. et M.B. Cohen (2010). « Mentoring the Mentor : Executive Coaching for Clinical Departmental Executive Officers », *Academic Medicine*, 85, p. 23-25.
- Gillies, R. et al. (2001). « Physician-System Relationships Stumbling Blocks and Promising Practices », *Medical Care*.
- Gollop, R. et al. (2004). « Influencing sceptical staff to become supporters of service improvement : a qualitative study of doctors' and managers' views », *Quality et Safety in Health Care*, 13, p. 108-114.
- Goodall, A.H. (2010). « Physician-leaders and hospital performance : Is there an association », *Social Science and Medicine*, 73(4): 535-539.
- Gronn, P. (2002). « Distributed leadership as a unit of analysis », *Leadership Quarterly*, 13:4, p. 423-451.
- Guay, Marie-Michèle (2002). « Quelques précisions... le mentorat versus le coaching », *Revue Échange*, 16:3, p. 7-8.

- Guthrie, M.B. (1999). « Challenges in developing physician leadership and management », *Frontiers of Health Services Management*, 15:4, p. 3.
- Hahn, H.F. et T.A. Criger, (2011). « Accountable care organizations : Physician participation required », *AHLA Connections*, January 2011, p. 24-30.
- Hall, P. (2005). « Interprofessional teamwork : Professional cultures as barriers », *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, p. 188-196.
- Ham, C. (2008). « Doctors in leadership : learning from international experience », *The International Journal of Clinical Leadership*, 16:11-16.
- Ham, C. et al. (2010). *Medical Chief Executives in the NHS : Facilitators and Barriers to Their Career Progress*, NHS Institute for Innovation and Improvement, Coventry.
- Health Council of Canada (2008). *Rekindling reform : Health Care Renewal in Canada 2003-2008*, Health Council, Toronto.
- Heysse, R.M. et al. (1984). « Decentralized management in a teaching hospital », *New England Journal of Medicine*, 310, p. 1477-1480.
- Hoff, T.J. (1999). « The Social Organization of Physician-Managers in a Changing HMO », *Work and Occupations*, 26:3, p. 324-351.
- Hoff T.J. (2001a). « Exploring dual commitment among physician executives in managed care », *Healthcare Management*, 46:2, p. 91-109, discussion 110-1.
- Hoff, T.J. (2001b). « The Physician as Worker : What It Means and Why Now ? » *Health Care Management Review*, 24:4, p. 52-87.
- Iedema, R. et al. (2003). « 'It's an Interesting Conversation I'm Hearing': The Doctor as Manager », *Organization Studies*, 25:1, p. 15-33.
- Ileri, S. et al. (2011). « A qualitative and quantitative study of medical leadership and management : experiences, competencies, and development needs of doctor managers in the United Kingdom », *Journal of Management et Marketing in Health Care*, 4:16-29.
- Kippist, L. et A. Fitzgerald (2009). « Organisational professional conflict and hybrid clinician managers : The effects of dual roles in Australian health care organisations », *Journal of Health Organization and Management*, vol. 23, n° 6, p. 642-655.
- Kirpatrick, I., M. Dent, M. et P.K. Jespersen, (2011). « The contested terrain of hospital management : Professional projects and health care reforms in Denmark », *Current Sociology*, 59, p. 489-506.
- Kitchener, M. (2002). « Mobilizing the logic of managerialism in professional fields : The case of academic health centre mergers », *Organization Studies*, 23, p. 391-420.
- Kitchener, Martin, Carol. A. Coronna et Stephen M. Shortell (2005). « From the doctor's workshop to the iron cage ? Evolving modes of physician control in US health systems », *Social Science and Medicine*, p. 1311-1322.

- Klopper-Kes, H. et al. (2010). « Quantifying culture gaps between physicians and managers in Dutch hospitals : a survey », *BMC Health Services Research*, 10:86.
- Kralewski et al. (2005). « Measuring the Culture of Medical Group Practices », *Health Care Management Review*, 30(3):184-193.
- Lane, D.S. et V. Ross (1998). Defining competencies and performance indicators for physicians in medical management, *American Journal of Preventive Medicine*, 14, p. 229-236.
- LeTourneau, B. et W. Curry (1997). « Physicians as executives: boon or boondoggle ? » *Frontiers in Health Services Management*, 13:3, p. 3-25; discussion 43-5.
- Lingard, L. et al. (2008). « Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication », *Archives of Surgery*, 143(1):12-17.
- Llewellyn S. (2001). « 'Two-way Windows' : Clinicians as Medical Managers », *Organization Studies*, 22:4, p. 593-623.
- Lounsbury, M. (2007). « A tale of two cities : competing logics and practice variation in the professionalizing of mutual funds », *Academy of Management Journal*, (50)2: 289-307.
- Luc, D. et A. Rondeau (2002). « La restructuration par programmes-clientèles à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont : une étude diachronique de cette transformation », *Gestion*, 27(3): 33.
- Maggi, J.D., V. Stergiopoulos et S. Sockalingam (2008). « Implementing a New Physician Manager Curriculum into a Psychiatry Residency Training Program : The Change Process, Barriers and Facilitators », *Psychiatric Quarterly*, 79, p. 21-31.
- Marnoch, G. (1996). *Doctors and Management in the NHS*, Open University Press, Buckingham.
- Martinussen P. et J. Magnussen (2011). « Resisting market-inspired reform in healthcare : The role of professional subcultures in medicine », *Social Science et Medicine*, (73):193-200.
- Mcintosh R., N. Beach et G. Martin (2011). « Dialogues and dialects : limits to clinician-manager interaction in healthcare organization », *Social Science et Medicine*, 1-8.
- McKinlay J. et J. Arches (1985). « Toward the proletarianization of physicians », *International Journal of Health Services*, 15(2):161-195
- Mental Health Commission of Canada. *Annual report 2009-2010*, 2009, 32 p.
- Mohr, J.J. et P.B. Batalden (2002). « Improving safety on the front lines : the role of clinical microsystems », *Quality et Safety in Health Care*, 11 (1):45-50.
- Montgomery, K. (1990). « A prospective look at the specialty of medical management », *Work and Occupations*, 17, 178-198.
- Moss, F. (2009-10). *Coaching and mentoring go from strength to strength*, Londres : www.londondeanery.ac.uk.
- Nasmith, L. et al. (2010). *Transforming care for Canadians with chronic health conditions : Put people first, expect the best, manage for results*, Canadian Academy of Health Sciences

- Ottawa, Ontario, 2010 [cited 2011 October], disponible sur : www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/cdm-final-English.pdf.
- Neogy, I. et I. Kirkpatrick, (2009). *Medicine in Management : Lessons across Europe*, Centre for Innovation in Health Management, University of Leeds.
- Pomey, M.P., J.L. Denis et A.P. Contandriopoulos (2008). « Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé », *Pratiques et organisation des soins* 39(3), p. 183-194.
- Quinn, J.B. (1992). *Intelligent Enterprise*, The Free Press, New York.
- Quinn, J.B. (2010). *First and Foremost Physicians : The Clinical Versus Managerial Identities of Physician Leaders*, Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Qualitative Research Report at Case Western Reserve University, United States.
- Raelin, J. (2005). « We the leaders : in order to form a leaderful organization », *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 12(1): 18-31
- Reay, T. et C.R. Hinings (2009). « Managing the rivalry of competing institutional logics », *Organization Studies*, 30, p. 629-652.
- Reddy, J.C. (2011). « The physician value index : a tool for effective physician integration », *Healthcare Financial Management*, February, 92-98.
- Reed, C.S., W.R. Young et P.P. McHugh (1994). « A Comparative Look at Dual Commitment : An International Study. », *Human Relations*, 47, p. 1269-1282.
- Robinson, J.C. (1997). « Physician-hospital integration and the economic theory of the firm », *Medical Care Research and Review*, 54(1): 3-24.
- Salter, B. (2001). « Who rules ? The new politics of medical regulation », *Social Science and Medicine*, 871-883.
- Schoen, C. et R. Osborn (2010). *The Commonwealth Fund International Health Policy Survey in Eleven Countries*, Commonwealth Fund : www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/In%20the%20Literature/2010/Nov/Int%20Survey/PDF_2010_IHP_Survey_Chartpack_FINAL_white_bkgd_111610_ds.pdf
- Shortell, S.M. et al. (2000). *Remaking Health Care in America : The Evolution of Organized Delivery Systems*, Wiley, San Francisco.
- Sidorowicz, E. et G. Bédard (2006). *La congestion des programmes-services et la place du DSP*, présenté au Colloque annuel des DSP, AQESSS, 3 novembre 2006, Québec.
- Singer, S. et S.M. Shortell (2011). « Implementing Accountable Care Organizations : Ten Potential Mistakes and How to Learn From Them », *Journal of the American Medical Association*, (306)7.
- Snell, A.J., D. Briscoe et G. Dickson (2011). « From the Inside Out : The Engagement of Physicians as Leaders in Health Care Settings », *Qualitative Health Research*, 22: p. 952-967.

- Spurgeon, P., F. Barwell et P. Mazelan (2008). « Developing a medical engagement scale (MES) », *The International Journal of Clinical Leadership*, 16:213-223.
- Starr, P. (1992). *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, New York.
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups : Studies in the social psychology of intergroup relations*, Academic Press, London.
- Tuohy, C.H. (1999). « Dynamics of a changing health sphere : the United States, Britain, and Canada », *Health Affairs*, 18(3):114-134
- Waldman, D., H. Smith et J.N. Hood (2006). « Healthcare CEOs and Physicians : Reaching Common Ground », *Journal of Healthcare Management*, 51:3.
- Waldman, J.D. et K.H. Cohn (2007). « Mending the Gap between Physicians and Hospital Executives », *The Business of Healthcare*, p. 27-59.
- Warren, O.J. et R. Carnall (2010). « Medical leadership, why it's important, what is required and how we develop it », *Postgraduate Medical Journal*, 87, p. 27-32.
- Waters, T.M. et al. (2001). « Factors Associated with Physician Involvement in Care Management », *Medical care, Supplement I: Health Outcomes Methodology : Symposium Proceedings* 39(7):179-191.
- Whittaker, M. et A. Cartwright (2000). *The mentoring manual*, Gower, 202 p.
- Witman, Y. et al. (2011). « Doctor in the lead : balancing between two worlds », *Organization*, 18:4, p. 477-495.
- Zeggar, H. et G. Vallet (2010). *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.
- Zwarenstein, M., J. Goldman et S. Reeves (2009). « Interprofessional collaboration : effects of practice based interventions on professional practice and health outcomes », *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 3.