

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

Sommaire exécutif

Février 2012

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

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'efficience 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.