

Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif

Jean-Louis Denis, ENAP

Émilie Gibeau, HEC Montréal

Ann Langley, HEC Montréal

Marie-Pascale Pomey, Université de Montréal

Nicolas van Schendel, HEC – Université de Montréal

Point de départ

- Projet développé par l'AQESSS pour améliorer le partenariat médico-administratif.
- Pistes favorisées:
 - Rapprochement du CMDP et du CA
 - Mise en place de la cogestion des programmes-clientèles
 - Participation des cogestionnaires de programmes-clientèles à l'équipe de direction
 - Création d'une cellule de réflexion stratégique: DG, DSP, Présidents CMDP, CA
- Quatre projets pilotes en cours
- Premier élément de la recherche: revue de littérature concernant les modèles de partenariat médico-administratif

INTRODUCTION

- État des connaissances sur la gouvernance médicale → *quatre* sections ou chapitres
 1. Contexte et enjeux des relations entre la profession médicale, les organisations de santé et le développement du leadership
 2. Modèles structurels de la gouvernance médico-administrative dans différentes organisations de santé
 3. Les enjeux quotidiens de la dynamique médico-administrative
 4. Stratégies pour le développement du leadership médical

I- Contexte et enjeux:
Médecins, organisations de santé
et développement du leadership
médical

Perspective historique : trois périodes

1. Cabinet solo: médecin propriétaire de son organisation exerce un contrôle direct sur sa pratique
2. Expansion de structures sanitaires complexes: émergence des administrateurs de la santé
3. Recherche d'une implication accrue des médecins dans la gouvernance et la gestion des organisations complexes de santé

Difficile conciliation des logiques professionnelle et managériale?

- Logique professionnelle (profession médicale):
 - S'appuie sur le principe de l'autorégulation professionnelle
 - Imputabilité du médecin devant le patient et ses pairs et non devant l'organisation
- Logique organisationnelle/managériale
 - 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
 - Rôle positif du contexte organisationnel sur le développement des pratiques professionnelles
- Intérêt du projet de l'AQESSS réside dans le repositionnement de ces deux logiques de manière à accroître leur synergie et complémentarité

II- Modèles structurels de partenariat médico-administratif

Deux dimensions structurelles pour 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 deux dimensions fondamentales du projet de l'AQESSS)

Les modèles structurels considérés

1. Les modèles américains

- Hôpital Johns Hopkins
- Kaiser Permanente
- Clinique Mayo
- Hôpital Intermountain

2. Les modèles européens

- Le Danemark
- Le Royaume-Uni
- La France

3. Les modèles canadiens

- Centre médical Sunnybrook
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Les modèles américains

Les modèles américains: des histoires à succès

- Hôpital Johns Hopkins; Kaiser Permanente; Clinique Mayo; Hôpital Intermountain
- **Dyades de cogestion à tous les niveaux**
- **Forte intégration et engagement médical reposant souvent sur une intégration économique:**
- Exemple: Clinique Mayo: 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). »

Les modèles américains (suite)

Les modèles américains: des histoires à succès

- Hôpital Johns Hopkins; Kaiser Permanente; Clinique Mayo; Hôpital Intermountain
- **Accent fort sur la qualité des soins et services alimentés par les technologies de l'information de pointe et par l'engagement de toutes les parties**
- **Exemple:** « Hôpital Intermountain: Le Dr. Brent James 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. Il a été recruté en 1986 et avec le concert des président-directeurs généraux successifs, il a réussi à mettre en place une organisation fortement orientée autour des pratiques d'amélioration au sein des programmes-clientèles. (Ross Baker, 2008)

B- Modèles européens: trois pays, trois systèmes de santé

Le Danemark: Intégration médico-administrative bien établie

- Système public: réforme des structures en 1984
- **Équipe de direction au sommet en forme de «troika»: trois individus perçus comme égaux** avec des formations médicales, infirmières et administratives respectivement.
- Co-gestionnaires à d'autres niveaux
- Système européen où les médecins sont les plus engagés envers la gestion selon Neogy et Kirkpatrick.
- Historique de lutte entre les professions médicales et infirmières sur le partage des responsabilités de gestion

Modèles européens (suite)

Le Royaume-Uni et la France: Succès mitigé

Exemple: Royaume Uni

- Les hôpitaux sont administrés par un Conseil exécutif où les gestionnaires généraux forment la majorité. Le directeur médical a sous sa responsabilité des directorats cliniques
- Les directorats cliniques sont codirigés au moins par un médecin et un administrateur.

Cependant:

En pratique, les décisions continuent souvent d'être prises à tous les niveaux par des gestionnaires non cliniciens

- La réponse des médecins sur le terrain à la création des directorats cliniques a été variable, la majorité exprimant un certain inconfort à la perspective d'assumer des fonctions de management.
- L'exemple britannique montre que la modification des structures ne suffit pas à induire des changements souhaités

C- Modèles canadiens: deux expériences pionnières

1. En Ontario, l'exemple de Sunnybrook

- Au Canada, l'hôpital Sunnybrook a fait figure de pionnier en matière de gestion médico-administrative → dès 1984
- Structure organisationnelle selon un modèle matriciel à 3 dimensions : 1) la dimension traditionnelle à structure hiérarchique ; 2) la dimension clinique dont relèvent les unités ou départements de chirurgie générale, de neurologie, d'oncologie, etc.; et 3) la dimension programmatique visant des problématiques particulières (vieillesse, cancer, santé mentale, etc.) et à regrouper des clientèles sur cette base
- Dimension clinique structurée selon un mode de gestion tripartite regroupant les rôles de médecin gestionnaire, de directeur de soins infirmiers et de directeur administratif

Modèles canadiens (suite)

2. Au Québec, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

- Cet établissement a été 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 programmes-clientèles (Luc et Rondeau, 2002)
- Actuellement, selon l'organigramme sur le site web, les cogestionnaires de programme-clientèle relèvent de la DGA et ne font pas partie de "l'équipe de direction" tel que préconisé dans les pistes de l'AQESSS.

Résumé

- Modèles américains: Les cas présentés sont tous des cas de succès, ce qui ne reflète pas nécessairement la situation de la majorité des organisations aux EU.
- Modèles européens: Tentatives importantes d'impliquer les médecins dans les structures de gestion avec des succès variables.
- Modèles canadiens: Les modèles de cogestion sont de plus en plus fréquents, mais leur fonctionnement au quotidien n'est pas nécessairement bien connu.

Pour tous les modèles, les structures ne garantissent pas à elles-seules la réussite... Voir les prochaines sections.

III- Partenariats médico- administratifs: la dynamique au quotidien

Deux mondes distincts

- 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
- Le monde de la médecine mise sur le patient pris individuellement, valorise l'autonomie et le ici et maintenant de la pratique clinique
- Chacun des mondes nourrit à l'égard de l'autre des stéréotypes qui compliquent les chances d'un dialogue constructif

L'émergence d'une seule équipe: la dynamique de la cogestion

- L'une des conditions à la formation d'une équipe: la **confiance** entre les parties – les ingrédients en sont:
 - Une communication effective (Guthrie, 1999)
 - Entente sur des valeurs et des objectifs communs ainsi que sur une définition commune du succès; transparence, partage d'information (Llewellyn, 2001)
 - Compétence, respect des engagements, cohérence et intégrité dans les actions (Gillies et coll., 2001)
 - Stabilité (durée) dans les fonctions occupées (Edwards, 2003)

Le rôle unique du médecin-gestionnaire comme médiateur, traducteur

- Un rôle de «**two-way window**» (Llewellyn, 2001) caractérisé notamment par l'exercice d'une fonction de médiation ou de conciliation des intérêts (Fitzgerald, Ferlie et Buchanan, 2006).
- Faire le pont entre les deux logiques
- À noter que le médecin peut jouer le rôle de gestionnaire mais difficilement l'inverse → le rôle critique du médecin-gestionnaire

Résumé

Trois constats:

1. Le développement de la confiance et de la compréhension mutuelle entre cogestionnaires est essentiel à la réussite des pistes de renouvellement de la gouvernance médico-administrative.
2. Si la position de médecins gestionnaires peut être source de tension chez l'individu qui l'occupe, les rôles de traducteur, de négociateur et de conciliateur propres à cette position charnière confèrent une influence importante à la fois dans les mondes de la gestion et de la médecine.
3. Si les médecins-gestionnaires parviennent à convertir l'influence de la profession en leadership stratégique, un potentiel énorme d'amélioration de la performance organisationnelle existe

IV- Des stratégies pour développer le leadership médical

La formation

- La formation des médecins à la gestion
 - La formation à la gestion lors des études en médecine
 - La formation en cours d'emploi (ex. Programmes du PMI)
 - Le co-développement des co-gestionnaires: une pratique prometteuse.

Les incitatifs

- Nécessité de combiner:
 - Incitatifs extrinsèques: rémunération; possibilité d'avancement de carrière (ou pas de pertes), statut, etc.
 - Incitatifs intrinsèques: la capacité d'influence pour réaliser des améliorations aux pratiques cliniques et organisationnelles importantes.

CONCLUSION

- Les changements structurels constituent un fondement pour l'émergence d'un leadership médical 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 volonté sincère et mutuelle forte d'intégration des médecins dans la gestion, les incitatifs intrinsèques et extrinsèques, le développement des capacités, et du temps...