

Revue de la littérature ciblée

La cogestion médico-administrative au Québec : définitions et enjeux de mise en œuvre

Par :

Ariane-Hélène Fortin, M.Sc.
Chargée de projets – Accompagnatrice
Pôle santé HEC Montréal

Mars 2020



Table des matières

Préambule	3
Qu'est-ce que la cogestion et à quoi sert-elle ?	4
L'engagement médical au sein des organisations de santé	4
Deux logiques à réconcilier	4
La gouvernance clinique.....	5
La cogestion médico-administrative.....	6
Le mandat des cogestionnaires	8
Quels sont les éléments sur lesquels repose la cogestion dans les organisations de santé ? ...	10
Comment choisir les cogestionnaires ?	12
Quelle forme prend la cogestion ?	14
La structure de la cogestion et ses enjeux	14
Les gestionnaires et la gouvernance clinique.....	15
Comment se partagent les rôles et responsabilités au sein des tandems de cogestionnaires et comment travaille-t-on en cogestion ?	17
Trois rôles des cogestionnaires	17
Rôle de médiation	17
Rôle tactique-stratégique.	17
Rôle opérationnel.....	17
Le partage détaillé des rôles et responsabilités au sein des tandems.....	17
La dynamique de la cogestion	19
6 types de tandems de cogestion.....	19
La confiance comme ciment de la cogestion.....	23
Comment assure-t-on la réussite de la cogestion dans son organisation ?.....	24
Accompagnement à l'implantation et soutien de l'organisation	24
Rémunérer ou non les médecins cogestionnaires ?	25
Coaching, formation et codéveloppement.....	25
Conclusions	26
Bibliographie	28
Annexe 1 : Quelques modèles de partage des rôles et responsabilités.....	31

Préambule

La réforme du système de santé de 2015 a affecté les structures et les dynamiques de collaboration entre les établissements, départements, directions cliniques et administratives, ainsi qu'au sein des équipes professionnelles. La taille des nouveaux établissements amène de nouveaux défis de gouvernance et la gouvernance clinique fait plus que jamais partie des jalons d'une organisation performante, productrice de valeur pour le patient. Parmi les différentes formes que peut prendre la gouvernance clinique, on compte la cogestion médico-administrative.

La cogestion est une dyade formée d'un professionnel clinique (généralement issu de la profession médicale) et d'un professionnel occupant des fonctions managériales (gestionnaire, cadre) conjointement responsable de la réalisation d'un mandat commun et de l'atteinte d'objectifs. Ils tirent généralement parti de l'expertise et de l'influence de l'un et de l'autre dans leurs domaines respectifs.

La cogestion n'est pas un phénomène émergent. Depuis près d'une vingtaine d'années maintenant, on compte des dyades de cogestionnaires à la tête de différents programmes et parcours de soins dans la majorité des établissements. Toutefois, après la réforme de 2015 qui a entraîné des changements structurels importants, plusieurs CISSS/CIUSSS en sont à revoir l'état de la cogestion dans leur organisation, à renouveler leur modèle et à planifier son redéploiement.

C'est dans ce contexte que le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal réalise une démarche de redéploiement de la cogestion pour laquelle il réfléchit préalablement à un nouveau modèle à adopter. Pour éclairer le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal dans cette réflexion, le Pôle santé HEC Montréal a réalisé une courte revue de littérature ciblée autour des questions ci-dessous :

- Qu'est-ce que la cogestion et à quoi sert-elle?
- Quels sont les éléments sur lesquels repose la cogestion dans les organisations de santé?
- Comment choisir les cogestionnaires?
- Quelle forme prend la cogestion?
- Comment se partagent les rôles et responsabilités au sein des tandems de cogestionnaires et comment travaille-t-on en cogestion?
- Comment assure-t-on la réussite de la cogestion dans son organisation?

Qu'est-ce que la cogestion et à quoi sert-elle ?

L'engagement médical au sein des organisations de santé

Depuis la création du système de santé québécois, les médecins ont toujours tenu à conserver une certaine marge de manœuvre dans la pratique de leur profession. Toutefois, les pressions financières de plus en plus fortes et l'émergence d'une philosophie managériale au sein du système de santé misant notamment sur la gestion par les résultats, la transparence et la reddition de comptes ont pavé la voie à une plus grande imputabilité des médecins eu égard à l'accessibilité et la qualité des soins et services de santé offerts à la population (Savard, 2017).

Ainsi, au tournant des années 2000, le Collège des médecins du Québec introduisait la notion de responsabilité populationnelle à laquelle contribuent les médecins : « de plus en plus, la société exigera des médecins qui, tout en continuant de répondre de leurs actes médicaux accomplis à l'égard des individus, puissent répondre des soins et des services qu'ils offrent à des groupes de patients, voire à toute une population » (Savard, 2017).

La participation des médecins au système de santé dépasse alors la simple prestation des soins pour tendre désormais vers un engagement et un leadership dans l'organisation des soins et services et dans l'atteinte de l'excellence clinique.

Selon Jean-Louis Denis et coll. (2012) deux constats mènent vers la recherche d'une plus grande implication des médecins dans la gouvernance et la gestion des organisations de santé : (1) l'importance de bénéficier de son expertise et de son appui pour améliorer le fonctionnement et la performance des organisations (Bowns et McNulty, 1999; Ferlie et Shortell, 2001) et (2) le besoin d'avoir leur soutien en matière d'orientations et de décisions à prendre pour répondre aux défis de gouvernance et de gestion, incluant l'établissement de priorités et la prise de décisions en matière d'allocation des ressources.

Par ailleurs, un système public performant, soit un système qui atteint ses objectifs en matière d'accessibilité des services, de qualité des services et d'optimisation des ressources (MSSS, 2012), n'est possible qu'avec une réelle collaboration de tous les acteurs. Les recherches sur l'excellence des soins et l'efficience dans l'utilisation des ressources mènent au constat que les médecins et les autres professionnels de la santé doivent travailler conjointement à l'amélioration des processus cliniques (Brault *et al.*, 2008). Implication médicale et organisation performante vont de pair. Jean-Louis Denis explique à ce sujet : « La performance [en santé] est encouragée par une culture organisationnelle qui renforce l'engagement intrinsèque et le sentiment de responsabilité des médecins. » (Denis *et al.*, 2012)

On sait par ailleurs que les initiatives d'amélioration des processus et de la qualité n'engageant pas les médecins ont généralement un impact limité, particulièrement parce qu'ils ne parviennent pas à motiver suffisamment le corps médical dans la modification des comportements supportant cette amélioration (Ham, 2008).

Deux logiques à réconcilier

L'implication accrue des médecins dans l'organisation permet de mieux réconcilier deux logiques qui paraissent à première vue plus ou moins compatibles (Kitchener, 2002 ; Reay et Hinings, 2009 ; Lounsbury, 2007, in : Denis *et al.*, 2012) : la logique professionnelle et la logique administrative.

Selon la logique professionnelle, le médecin est 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, in : Denis *et al.*, 2012).

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, in : Denis *et al.*, 2012)

Les travaux sur l'accommodation de ces deux logiques mettent en lumière que la profession médicale a appris à travailler dans des cadres organisationnels formels en s'y adaptant, mais tout en maintenant une forte capacité de négociation afin de maintenir l'autonomie et l'aptitude d'autorégulation par les pairs propres au monde médical (Exworthy *et al.*, 2010 ; Kitchener *et al.*, 2005 ; McIntosh *et al.*, 2011 ; Adler *et al.*, 2008 ; Quinn, 1992 ; Reay et Hinings, 2009, in : Denis *et al.*, 2012).

Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là de deux logiques difficiles à concilier et qu'elles donnent souvent lieu à un double discours. À cet effet, on explique : « quand les administrateurs parlent d'engagement médical, ils expriment généralement ce qu'ils aimeraient que les médecins fassent, mais n'arrivent pas à leur faire faire ; quand les médecins parlent d'engagement, ils parlent de ce qu'ils font déjà qui n'est pas soutenu, valorisé ou apprécié à sa juste valeur par l'administration (Traduction libre, Clark, 2012). Le rapprochement médico-administratif doit donc reposer sur une réelle ouverture des deux côtés et une profonde volonté de collaborer.

La gouvernance clinique

La notion de gouvernance clinique fait généralement référence à un point de jonction entre la fonction médicale et les aspects administratifs au sein de l'organisation, où on adresse la question de la performance de l'organisation. Cette jonction se décline de différentes façons à tous les niveaux de l'organisation.

Qu'entend-on par gouvernance clinique ?

La gouvernance clinique, elle est l'espace situé entre le système de gestion et le système clinique. Ce nouvel espace de **mobilisation des savoirs** et des **relations** inclut et laisse place à l'émergence d'initiatives managériales et cliniques favorisant la **qualité des soins et services**, l'**excellence clinique** et la **performance du système**. Elle vise à rapprocher le système clinique et le système de gestion vers l'atteinte de l'excellence et à impliquer les acteurs concernés dans l'implantation d'initiatives de qualité en leur conférant une **imputabilité** et une **responsabilité** face aux initiatives mises en œuvre.

Brault, Roy et Denis, 2008

Ce que la gouvernance clinique n'est pas

Une façon d'accroître le pouvoir des médecins sur le système

Une façon de satisfaire les intérêts spécifiques des médecins

Une façon d'influencer les orientations stratégiques

Une façon de contrôler des ressources

Une façon de subordonner la gestion à la clinique

Rondeau et Benomar, 2019

À titre d'exemple, les comités cliniques réunissant les différentes directions cliniques (ou départementales) sont des lieux d'exercice de la gouvernance clinique, où sont traités les enjeux de transversalité (cheminement des patients à travers les différentes unités) et le suivi d'indicateurs qui ont de la valeur pour les patients. Les DSP, DSI et DSM, dans leur coordination tripartite des enjeux cliniques et de performance exercent aussi de la gouvernance clinique, tout comme le comité de coordination clinique et les équipes cliniques autogérées. La cogestion médico-administrative est une autre façon de rapprocher les aspects administratifs/organisationnels et les aspects cliniques dans un but d'améliorer la qualité, l'excellence et la performance. La cogestion est un mécanisme de gouvernance clinique.

La cogestion médico-administrative

Aux balbutiements de la cogestion au Québec, on la définissait alors comme un mode de direction d'une unité ou d'un programme de soins ou de services où l'ensemble des responsabilités relevaient conjointement d'un gestionnaire médical et d'un gestionnaire clinico-administratif (Gaudreau, 2006). Entre autres, elle permettait d'assurer que des expertises médicales et administratives étaient mises à contribution conjointement dans les décisions stratégiques (Gibeau, 2015). En raccordant les deux discours et les deux réalités, la cogestion encourage aussi une perspective orientée vers les besoins et expériences patients à des niveaux stratégiques de l'organisation, tout en suscitant chez les médecins une prise de conscience des contraintes administratives (Gibeau *et al*, 2014).

Les premières initiatives documentées de cogestion en milieux de soins et de services au Québec datent de la fin des années 1990. L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont avait alors mis en place 10 tandems de gestionnaires à la tête de programmes-clientèle et de ce qu'ils appelaient programmes-diagnostic (imagerie médicale et biologie moléculaire). Une équipe de chercheurs avait suivi l'expérience un certain temps pour en tirer des apprentissages.

L'initiative de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont était inspirée de ce qui se faisait alors dans d'autres juridictions, et ce, depuis de nombreuses années. C'est le cas de l'hôpital Johns Hopkin, à Baltimore aux États-Unis qui a mis en place la cogestion dans les années 70 et qui est reconnu comme pionnier sur la question (Denis *et al.*, 2012). Kaiser Permanente, la Clinique Mayo et l'Hôpital Intermountain sont aussi cités en exemple dans la documentation et ont été le terrain de nombreuses recherches sur le sujet. Outre les initiatives américaines, les systèmes de santé du Danemark, du Royaume-Uni et de la France ont aussi mis en place un fonctionnement en cogestion à différents niveaux (voir à ce sujet, Denis *et al.*, 2012). Notons par ailleurs que dans tous les cas, la cogestion est un élément d'une large culture d'engagement médical et d'une gouvernance clinique bien établie.

Ce courant pour accroître l'engagement médical dans la recherche d'une plus grande performance, mais aussi l'imputabilité des organisations de santé eu égard à leur population, très présent au Royaume-Uni et aux États-Unis (Darzi, 2008 ; Department of Health, 2010 ; Devlin, Appleby et al., 2010 ; Ham et al., 2010 ; Singer et Shortell, 2011 ; in : Denis *et al.*, 2012) a aussi fait écho au Québec. Au début des années 2010, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) décidait de soutenir la cogestion dans les CSSS afin d'augmenter le leadership et l'engagement médical au sein du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. En 2011, l'AQESSS mettait en place quatre projets pilotes pour expérimenter et évaluer des pistes de collaboration médico-administratives (Langley *et al.*, 2014). Les rapports issus de cette étude sont d'importantes références en matière de cogestion en santé et services sociaux au Québec. Ils sont incontournables pour quiconque s'intéresse au sujet.

Les cinq pistes évaluées par l'AQESSS dans le cadre de son étude sur les partenariats médico-administratifs

Piste 1

La cogestion médico-administrative de programmes-clientèles, comme préalable à un meilleur partenariat médico-administratif

Piste 2

La mise en place d'un comité de coordination pour l'ensemble des programmes

Piste 3

La participation des cogestionnaires médicaux de programmes au comité de direction

Piste 4

Une meilleure collaboration entre le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le Conseil d'administration (CA) via, entre autres, des rencontres bisannuelles des exécutifs et la création d'un comité du CA sur les affaires cliniques

Piste 5

Une cellule de réflexion et d'orientation stratégique qui comprendrait le Directeur général (DG), le Président du CA, le Président du CMDP et le Directeur des services professionnels (DSP)

(Langley *et al.*, 2014)

La cogestion a évolué passablement au cours des dernières années pour intégrer davantage la notion de valeur au patient au cœur du mandat des cogestionnaires. Ainsi, il ne s'agit pas seulement d'accomplir un ensemble d'activités de gestion conjointement, mais avant tout de répondre efficacement aux problématiques de populations ciblées et d'être imputable des résultats. Cela implique par conséquent d'avoir des objectifs et de suivre des indicateurs-patient (accessibilité, qualité, continuité). À cet effet, les salles de pilotage et stations visuelles peuvent aussi être un moyen d'y parvenir. Les démarches de résolution de problème propres à la culture Lean peuvent être grandement utiles dans l'amélioration de l'expérience-patient des populations ciblées.

Le mandat des cogestionnaires

Le mandat des cogestionnaires peut être lié à de larges parcours de soins et services pour une population donnée (ex. : Cogestionnaire de trajectoires, de programme-clientèle), à des processus de soins et services plus restreints et spécifiques (ex. : cogestionnaires de la radio-oncologie) ou encore à des projets *ad hoc* ou des réalisations ponctuelles (ex. : projet d'amélioration). Dans tous les cas, rappelons que la cogestion a sa pertinence lorsqu'elle permet d'adresser des enjeux qui exigent nécessairement une mise à contribution des deux logiques. Ainsi, elle se distingue de la gestion départementale et de services, où le chef médical réalise seul ses fonctions pour que puissent se déployer les actes cliniques ; elle se distingue de la gestion, où un gestionnaire assure seul un ensemble d'activités pour assurer et soutenir la prestation des soins et services.

La cogestion, donc, repose d'abord et avant tout sur l'attribution d'un mandat pour lequel le tandem est responsable et imputable. L'attribution de ce mandat est intimement liée à la légitimité d'action des cogestionnaires, et particulièrement à celle du médecin. Puisque son rôle dans la cogestion l'amènera à prendre des décisions stratégiques qui affecteront ses collègues médecins, il faut qu'il ait la légitimité de trancher afin que ses décisions soient respectées (bien que cela repose aussi sur son leadership, nous y reviendrons). C'est, entre autres, ce qui distingue les médecins engagés et impliqués des médecins en simple situation de cogestion structurelle. Un médecin peut collaborer à différents projets et avoir un apport important sur des questions de gestion, sans nécessairement avoir la légitimité décisionnelle auprès des équipes de médecins et auprès de l'ensemble des acteurs, gestionnaires comme professionnels. Le cogestionnaire, par le mandat qui lui est confié et pour lequel il est imputable, est légitimé dans ses actions.

Certains aspects de ce mandat seront donc réalisés par l'un ou l'autre des cogestionnaires, mais ils conviendront conjointement des aspects qui exigent une collaboration des deux logiques. Nous reviendrons plus en détail sur l'attribution des rôles et responsabilités des cogestionnaires dans une section de ce document.

Deux éléments se dégagent de la littérature en rapport au mandat des cogestionnaires : il doit être aligné sur l'augmentation de la valeur au patient et il doit se déployer en objectifs clairs et mesurables. D'abord, le mandat des cogestionnaires doit être directement lié à l'augmentation de la valeur au patient (Porter et Lee, 2013, Rondeau *et al.*, 2020). Cela ramène inévitablement à la capacité à appréhender le système comme un tout orienté vers la valeur pour le patient, exigeant un changement de paradigme à quiconque s'y prête, particulièrement dans un réseau bâti sur un financement des établissements par budget historique, un paiement à l'acte des médecins et une comptabilité par caisse. Cela dit, la capacité à penser en termes de valeur pour le patient doit

Valeur pour le patient

Porter (2010) est l'auteur généralement reconnu pour avoir appliqué la notion de valeur au système de santé. La valeur pour le patient est le rapport entre 1 : les résultats cliniques, définis par le patient et mesurés en fonction de l'état du patient sur la durée totale de l'épisode de soins et 2 : les coûts de production des résultats, mesurés en fonction de l'état du patient sur la durée totale de l'épisode de soins.

servir de pierre angulaire au duo de cogestionnaires. Il s'agit non seulement de l'angle permettant de réconcilier deux logiques distinctes (managériale et professionnelle) en cogestion, mais de façon plus importante, il s'agit de l'angle permettant d'orienter l'ensemble des acteurs du système vers un objectif transcendant.

Ensuite, l'exercice conjoint du leadership de gestion doit nécessairement être aligné sur des objectifs d'amélioration clairs aux niveaux stratégique et opérationnel de l'organisation (Baker, G. R., Denis, J.-L. 2011). En effet, un des écueils documentés par Porter dans ses travaux sur l'implication médicale est l'identification ou la sélection d'objectifs étroits et peu clairs. À terme, des objectifs mal choisis entravent l'atteinte d'une réelle valeur ajoutée pour le patient (Porter, M. E., Lee, T. H., 2013).

De plus, il est indispensable de mettre en place des mécanismes qui assurent l'imputabilité et la responsabilité conjointes des tandems (AMQ, 2015). Cette imputabilité et cette responsabilité porteraient sur « la qualité des services en matière de résultats sur la santé des patients et la population et sur l'attribution et l'utilisation pertinente de toutes les ressources, et ce, de façon intégrée » (AMQ, 2015, p.24).

Trois principes de base des systèmes basés sur la valeur

- 1) La **mesure** systématique des résultats de santé axés sur le patient et des coûts associés à l'ensemble du parcours de soins ;
- 2) L'identification de **groupes de populations spécifiques** partageant les mêmes conditions et le même profil de risque ainsi que des **cibles** quant aux résultats de santé et aux coûts associés à chacun des groupes identifiés ;
- 3) Le développement de **parcours de soins personnalisés** spécifiques à chaque groupe de population pour améliorer *in fine* la valeur pour chacun des groupes identifiés. Pour comprendre la collaboration autour de cette clientèle.

World Economic Forum, 2017

« Échouer à augmenter la valeur au patient, c'est échouer tout court »¹.

Porter et Lee, 2013 [traduction libre]

Le mandat des cogestionnaires doit être clair, non seulement pour les cogestionnaires eux-mêmes, mais aussi pour les équipes cliniques qui les entourent : la fonction de cogestionnaire médical n'a pas pour objectif central de représenter les intérêts médicaux auprès des directions. Le médecin en poste de gestion ne prend pas la posture du « médecin demandeur », mais bien celle du « médecin imputable », ce qui implique un changement de paradigme pour lui et ses équipes qui se fait non sans efforts. En effet, les médecins cogestionnaires subissent une certaine pression de leurs collègues pour que leurs demandes soient entendues et le besoin du cogestionnaire de maintenir sa légitimité auprès d'eux l'amène souvent à devoir jongler, tant bien que mal, avec ces attentes. En témoignage, un cogestionnaire médical dans le cadre de l'étude commandée par l'AQESSS en 2014 :

« On est là pour concilier les nécessités budgétaires de l'hôpital avec la meilleure qualité d'offre de soins possible, et ça ne passe pas nécessairement par l'accession aux demandes répétées des médecins. (...) Je pense qu'il y a une forme d'incompréhension là-dessus

¹ « Failure to improve value means, well, failure ». (Porter et Lee, 2013)

parce que, on s'attendrait à ce qu'un médecin représente uniquement les intérêts d'un médecin, probablement. Peut-être. Je ne sais pas. Donc si le docteur ne représente pas les intérêts des médecins qui sont en dessous, bien on ne va pas s'adresser à lui parce que c'est un renégat. » (Langley et al, 2014, p.55)

Il est donc essentiel que le mandat des cogestionnaires soit clarifié à la fois entre eux, mais aussi auprès des équipes sous leur gouverne.

Quels sont les éléments sur lesquels repose la cogestion dans les organisations de santé ?

C'est dans la littérature sur l'implication, l'engagement et le leadership médical et la gouvernance clinique que l'on trouve des pistes de réponses à cette question. Rappelons-nous que la cogestion est une forme d'implication médicale, formalisée.

Le NHS Institute for Innovation and Improvement et l'Academy of Medical Royal Colleges, au Royaume-Uni, ont mené un projet sur quatre années s'intéressant à la création d'une culture d'engagement médical. Leur étude a permis d'identifier les grands piliers d'un grand engagement médical dans le système de santé. Parmi ceux-ci, quelques éléments s'appliquant directement à la cogestion soulignent l'importance de :

- Sélectionner et nommer les bons médecins aux postes de direction et de gestion (*par exemple, en nommant sur la base des compétences en leadership*) ;
- Promouvoir la confiance et le respect entre les médecins et les gestionnaires (*par exemple, en créant des objectifs communs, en encourageant une gestion transparente, basée sur des données plutôt que des perceptions*) ;
- Clarifier les rôles et les responsabilités ;
- Communiquer efficacement (*par exemple en favorisant une communication respectueuse, ouverte et honnête*) ;
- Fournir du soutien et du développement au leadership médical (*par exemple, en investissant dans le développement du leadership et des compétences de gestion pour les médecins à tous les niveaux*).

[Clark, 2012, p.11]

Selon l'AMQ (2015), lorsque l'on s'intéresse aux meilleurs exemples de gouvernance clinique et de leadership médical aux États-Unis [Kaiser Permanente, Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Geisinger Health System, Virginia Mason Medical Center, Intermountain Healthcare], on peut identifier des caractéristiques communes à ces établissements [voir encadré]. Cette liste n'est pas une liste de conditions préalables à l'implication médicale; elle s'apparente davantage à une description d'établissements performants où les cliniciens sont impliqués à tous les niveaux de gestion. Une telle description se présente comme un modèle inspirant pour améliorer le fonctionnement de notre propre système.

Selon l'AMQ (2015), lorsque l'on s'intéresse aux meilleurs exemples de gouvernance clinique et de leadership médical aux États-Unis [Kaiser Permanente, Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Geisinger Health System, Virginia Mason Medical Center, Intermountain Healthcare], on peut

identifier des caractéristiques communes à ces établissements [voir encadré]. Cette liste n'est pas une liste de conditions préalables à l'implication médicale; elle s'apparente davantage à une description d'établissements performants où les cliniciens sont impliqués à tous les niveaux de gestion. Une telle description se présente comme un modèle inspirant pour améliorer le fonctionnement de notre propre système.

Caractéristiques qui favorisent la participation et l'engagement des médecins dans l'exercice d'un leadership clinique et dans la mise en place d'une gouvernance clinique efficace

- Un groupe organisé de médecins, capable de choisir des leaders, ayant des capacités de gestion, acceptant d'être imputables collectivement et acceptant que leur performance collective soit mesurée et évaluée ;
- Un leadership partagé également entre administrateurs et médecins, basé sur une reconnaissance de l'interdépendance entre eux ;
- Une vision claire et cohérente de la mission et des stratégies, partagée à la fois par les médecins et les gestionnaires, et à laquelle les deux groupes participent également ;
- Une culture forte et des valeurs communes axées sur la qualité des soins et des services et l'efficacité au service de la qualité, et tenant compte de l'expérience du patient ;
- Des leaders médicaux qui maintiennent une activité clinique ;
- Une intégration des niveaux de soins, un travail d'équipe et une collaboration interdisciplinaire, puis une coordination de la trajectoire de soins ;
- Une responsabilité et une imputabilité collectives des médecins et des administrateurs en matière de qualité des services et d'utilisation optimale des ressources ;
- Un mode de rémunération et des incitatifs qui soutiennent la mission et les objectifs ;
- Une entente contractuelle formelle ou implicite avec les médecins qui identifie les objectifs à atteindre, incluant les mesures à prendre en cas de non-atteinte des objectifs ;
- La mesure des résultats cliniques, d'efficacité et d'expérience du patient et une évaluation par les pairs ;
- Des systèmes d'information qui intègrent les données cliniques, opérationnelles et financières ;
- Un programme de formation en leadership, du mentorat et du soutien pour les médecins ;
- Un plan systématisé de relève pour les leaders médicaux ;
- Une stabilité de gouvernance et de gestion et une stratégie d'investissement à long terme.

AMQ, 2015

De façon plus spécifique, la recherche réalisée au Québec sur la cogestion met en lumière des éléments facilitateurs pour sa mise en œuvre. Tout d'abord, les établissements où règne une culture de collaboration médico-administrative ont plus de facilité dans la mise en place et le bon fonctionnement de la cogestion (Langley *et al.*, 2014). L'importance de la culture de collaboration

est aussi soulignée dans la littérature internationale comme condition essentielle à l'engagement médical (e2p, 2016).

Ensuite, outre la culture de collaboration, la compétence et la personnalité des cogestionnaires peuvent influencer fortement le succès de la mise en œuvre de la cogestion et sa pérennisation. Ainsi, la compatibilité des personnes et leur capacité à collaborer de façon constructive ont inévitablement un impact sur leur fonctionnement en cogestion. Naturellement, les questions d'affinités, de compatibilité et de traits personnels (ex. : pragmatisme, dynamisme) sont difficiles à gérer ou prévoir et cela apporte une dose de complexité à sa mise en œuvre. (Langley *et al.*, 2014)

La participation d'un cogestionnaire au processus de sélection de son acolyte peut être un moyen de favoriser la compatibilité. Toutefois, cela n'est pas toujours possible lorsque le rôle de cogestionnaire est dévolu sans réelle option à des gens déjà en fonction, comme lorsque le rôle de directeur médical est, par défaut, relié à la chefferie de département (Langley *et al.*, 2014).

Heureusement, bien que l'importance de telles prédispositions interpersonnelles soit attestée par plusieurs auteurs, celles-ci ne sont généralement pas garantes à elles seules d'un fonctionnement efficient des tandems de cogestion. Des compétences sont également requises (Langley *et al.*, 2014).

Comment choisir les cogestionnaires ?

Les plus récentes études sur la cogestion en santé font le constat qu'une fois le tandem de cogestionnaires formés et leur collaboration initiée, leur dynamique et leur mode de fonctionnement connaîtront peu de changement dans le temps (Gibeau *et al.*, 2020). Le démarrage de la cogestion est donc un moment critique à ne pas négliger. Le choix des cogestionnaires est le premier jalon de ce démarrage.

La documentation sur la cogestion aborde principalement le profil et les compétences à privilégier dans le choix d'un cogestionnaire médical. On présuppose que le profil recherché pour un gestionnaire est plus standard et que l'on peut aisément se tourner vers les compétences attendues des gestionnaires à titre de référence².

Quant aux éléments à privilégier dans le choix d'un cogestionnaire médical, une des compétences les plus évoquées a trait au leadership (Langley *et al.*, 2014). En effet, le cogestionnaire médical exerce un rôle déterminant pour l'implication des médecins et il doit être en mesure de mobiliser son équipe médicale pour certains dossiers collaboratifs (RUIS, 2012). Le leadership n'est pas attribuable à une fonction : « si un poste peut amener un individu à s'acquitter 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 reconnaisse cette position et se mobilisera derrière lui » (Denis *et al.*, 2012, p.55). Denis *et al.* Ajoutent que le « leadership des médecins en position formelle de gestion pourrait être vu comme

² Voir à titre d'exemple le *Référentiel des compétences* (p.42) et le *Profil de compétences du cadre supérieur* (p.44) dans le document « La Gestion des talents et des compétences du personnel d'encadrement » publié par l'AQESSS en décembre 2012.

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, in : Denis *et al.*, 2012).

Pour exercer ce leadership médical, l'habilitation des médecins doit leur permettre de collaborer avec d'autres professionnels de la santé et non-professionnels au développement et à la mise en place de stratégie pour améliorer leur établissement et de diriger des équipes cliniques en ce sens. Le leadership médical réfère à l'amélioration des systèmes de santé et non seulement de la pratique professionnelle (Baker et Denis, 2011).

Les cogestionnaires doivent ainsi voir la nécessité d'agir de manière globale sur le système de santé plutôt que d'accorder de l'importance sur un fonctionnement par activités isolées. Les cogestionnaires médicaux qui pensent de cette façon doivent être privilégiés lors du recrutement (Guthrie, 1999 in : Denis *et al.*, 2012). Ainsi, les cogestionnaires auront la capacité de penser en termes de processus et de résultats.

Le leadership reste un concept dont les contours peuvent être difficiles à saisir. Pour approfondir le sujet du leadership et comprendre ce qu'implique être un leader, nous suggérons la lecture de l'article « Qu'est-ce, au juste, que le leadership ? », par Sardais et Miller⁴.

Les cogestionnaires doivent aussi être motivés par la volonté sincère de collaborer pour l'amélioration de l'offre de service au bénéfice de la clientèle (Langley *et al.*, 2014). Le cogestionnaire médical, de façon plus spécifique, doit démontrer sa capacité à questionner le statu quo. (Denis *et al.*, 2012). Parallèlement, encourageant le changement et l'amélioration, il doit aussi être en mesure d'anticiper objectivement les transformations qui découleront de l'adoption de nouvelles pratiques ou façons de faire dans son équipe clinique et être capable d'accompagner ses équipes dans le changement (RUIS, 2012). Pour ce faire, il lui faudra, en plus du leadership précédemment mentionné, de la crédibilité ainsi que l'acceptation et le soutien des deux parties (cliniques et administratives) dans ses fonctions (Guthrie, 1999, in : Denis *et al.*, 2012).

Dans le même ordre d'idées, la documentation soutient qu'il est préférable que les messages du tandem de cogestionnaires destinés aux médecins cliniciens soient communiqués par le chef médical lui-même. En effet, « même si le gestionnaire clinico-administratif effectue parfois une grande partie du travail en arrière-plan, les messages sont habituellement mieux reçus par les médecins lorsqu'ils sont transmis par le chef médical lui-même, dans le contexte actuel de la pratique médicale au sein de nos organisations » (RUIS, 2012). Le cogestionnaire médical, tout comme le gestionnaire clinico-administratif d'ailleurs, doit alors posséder une bonne capacité de communication ou être en mesure de développer ses habiletés de communication.

En plus de ces habiletés communicationnelles, les habiletés relationnelles sont essentielles au fonctionnement en cogestion (Langley *et al.*, 2014). Elles comprennent les éléments suivants :

- Capacité de travail en équipe, en concertation : mettre sur la table les rôles de chacun, amener le partenaire à réaliser ou à accomplir certaines choses.
- Capacité de réflexivité : retour sur les conditions du fonctionnement à deux, savoir se parler, faire des bilans.
- Capacité à définir des objectifs communs : développer un même discours par rapport à certaines orientations et, en particulier, celles relatives aux besoins des patients.

- Capacité d'arrimage des profils respectifs (gestionnaire, médecin) : vers une « expertise mixte ou croisée »

(Langley *et al.*, 2014)

Enfin, le médecin gestionnaire doit être disposé à tolérer la marginalisation pouvant résulter de sa nomination comme cogestionnaire médical. En effet, sa nomination comme cogestionnaire peut susciter des remous : 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, in : Denis *et al.*, 2012). Le médecin aura à assurer sa nomination et sa fonction de cogestionnaire malgré les réactions de ses pairs et de son entourage professionnel.

Quelle forme prend la cogestion ?

La structure de la cogestion et ses enjeux

Historiquement, les établissements de santé ont principalement choisi de mettre en place des binômes de cogestionnaires au niveau des directions de programmes-clientèle (Langley *et al.*, 2014). Toutefois, la cogestion a pris plusieurs formes au cours de son déploiement au Québec. Ainsi, outre la coordination des programmes-clientèle, certaines organisations ont fait le choix d'identifier des tandems au niveau opérationnel, au sein des unités de soins (Joron, 2014).

La cogestion de programmes-clientèle pose certains défis pour le médecin. Par exemple, il n'est pas nécessairement aisé pour un omnipraticien de jouer le rôle de directeur médical dans un secteur qui inclut de nombreux spécialistes (par exemple, santé physique ou famille-enfance-jeunesse). La marche de la légitimité est plus haute et la tentation des spécialistes de se référer directement à un niveau supérieur (le directeur des services professionnels ou la direction générale) sera d'autant plus forte. Dans le même ordre d'idées, la cogestion de programmes-clientèle regroupant plusieurs départements comporte des ambiguïtés de légitimité (Langley *et al.*, 2014). À titre d'exemple, dans un programme cardiopulmonaire, il ne sera pas toujours évident pour un gestionnaire de programme de gérer à la fois cardiologues, chirurgiens cardiaques et thoraciques et pneumologues qui parfois relèvent de départements différents (Gibeau *et al.*, 2014). Ces difficultés ne sont pas insurmontables, mais elles nécessitent un soutien de la part de l'organisation pour faire connaître les cogestionnaires et leur mandat, pour assurer le développement de leur compétence en gestion/cogestion et pour permettre la réalisation de gains rapides sur lesquels les cogestionnaires pourront construire leur crédibilité et leur légitimité auprès des équipes.

À cela s'ajoute une ambiguïté liée au rôle joué par les cogestionnaires médicaux en charge de programmes-clientèle. En effet, la loi reconnaît les rôles de chefs de département clinique, de directeur des services professionnels et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, mais ne reconnaît pas les directeurs médicaux de programme. Dans une organisation matricielle organisée autour de programmes-clientèle (ou, plus récemment, de trajectoires de soins), la structure par programme ou trajectoires se superpose donc à la structure

départementale. Par conséquent, la légitimité du cogestionnaire médical de programme/trajectoire, ainsi que son positionnement par rapport aux autres acteurs médicaux, reste souvent ambiguë et à construire par rapport aux autres rôles définis par la loi (Langley *et al.*, 2014). Par exemple, les études ont observé l'attribution du rôle de cogestionnaire de programme aux chefs de département dans les établissements à mission universitaire pour des questions de crédibilité et de légitimité du cogestionnaire, mais cela ne se fait pas sans confusion pour le chef/cogestionnaire et pour ses équipes (Langley *et al.*, 2014). L'ambiguïté et la confusion dues au double rôle sont à prendre en considération en prévoyant, par exemple, une période d'apprentissage et de clarification accrue.

Outre la cogestion de programmes-clientèle, plus largement documentée au Québec, et la cogestion opérationnelle au niveau des unités ou services, la littérature fait aussi mention de cogestion entre les GMF et les CIUSSS/CIUSSS. Dans un contexte où le CIUSSS/CIUSSS alloue des professionnels au GMF pour former, avec le corps médical du GMF, des équipes interdisciplinaires, les cogestionnaires sont appelés à gérer cette interface. Dans cette forme de cogestion, un médecin responsable du GMF occupe la fonction de cogestionnaire médical et un chef de programme du CIUSSS occupe la fonction de cogestionnaire clinico-administratif. Le tandem partage la responsabilité et l'imputabilité pour, entre autres, la qualité des services rendus à la clientèle en GMF, la réussite de la collaboration interprofessionnelle au sein du GMF et l'utilisation efficiente des ressources professionnelles du CIUSSS pour la population (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2016). Des documents sur la structure et le partage des rôles et responsabilités pour ces tandems, produits par le MSSS ou par des établissements, sont facilement accessibles par une recherche sur la toile³.

Par ailleurs, bien que les structures ont l'avantage de clarifier les attentes et responsabilités respectives qui contribuent à stabiliser une forme de contrat entre les médecins impliqués dans la gestion et l'organisation, la documentation démontre 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'elles doivent être assorties d'autres conditions (Ferlie *et al.*, 1996 ; Fitzgerald *et al.*, 2006 ; Marnoch, 1996, in : Denis *et al.*, 2012). En effet, les travaux sur le leadership dans les organisations complexes suggèrent que le leadership peut être envisagé comme un phénomène collectif qui dépasse largement le leadership exercé 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, in : Denis *et al.*, 2012). Le leadership médical et l'engagement des médecins dans l'organisation ne dépendent donc pas que de la cogestion et de la formalisation des rôles de cogestionnaires.

Les cogestionnaires et la gouvernance clinique

La question de l'implication des cogestionnaires aux comités stratégiques et cliniques dans l'organisation est une préoccupation de taille. Historiquement, l'AQESSS recommandait une participation des cogestionnaires médicaux aux comités de gestion. On se rappellera que deux des cinq pistes de partenariat ont été formulées par l'AQESSS à cet effet (Piste 2 : La mise en

³ Voir par exemple <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-25W.pdf> ou <https://www.ciusscentreouest.ca/zone-partenaires/medecins/groupe-de-medecine-de-famille-gmf/>

place d'un comité de coordination pour l'ensemble des programmes ; Piste 3 : La participation des cogestionnaires médicaux de programmes au comité de direction⁴) (Langley *et al.*, 2014).

Langley, Van Schendel, Gibeau, Denis et Pomey, ayant étudié l'implantation de la cogestion au Québec, statuaient que les sites les moins performants en matière de cogestion ont été ceux qui n'ont peu ou pas donné de suites à la nomination des cogestionnaires. En effet une fois sélectionné, les médecins n'ont pas été nécessairement sollicités pour participer aux divers comités de gestion contrairement aux sites où la cogestion s'est bien implantée (Langley *et al.*, 2014).

Dans la culture d'engagement médical que l'on cherche à créer et à soutenir en tant qu'organisation, la participation des cogestionnaires aux différents comités a son importance et sa pertinence. Reste que, comme le précise Gibeau *et al.* (2014), les organisations qui tentent de mettre en œuvre une forme de cogestion devront ajuster leurs instances de gouvernance pour optimiser l'utilisation du temps des médecins-gestionnaires.

« Ça prend des mesures structurantes pour faire en sorte que ce soit quelque chose d'incontournable et qui ciblent toujours les points où c'est important d'impliquer le médecin clinicien et non pas juste de l'inviter systématiquement dans toutes les réunions administratives où les trois quarts du temps il regarde au plafond parce que c'est des trucs qui ne le concernent pas. »

Citation d'un cogestionnaire médical dans Langley *et al.*, 2014

Le temps (ou le manque de temps) est l'un des deux grands défis de participation des médecins à la gestion (les compétences étant le deuxième ; nous y reviendrons dans la dernière section du document). La limite de disponibilité des médecins gestionnaires joue sur leur capacité à participer à des réunions. Les études de Langley ont observé de fréquentes absences à tous types de comités, même ceux de type stratégique pour l'organisation (Langley *et al.*, 2014).

« Par exemple, dans un des CSSS, pour des raisons diverses, aucun des cogestionnaires médicaux n'a pu participer à la réunion du comité de direction qui établissait la première version d'un plan stratégique, même si ces directeurs ont pu être consultés par d'autres moyens. »

Gibeau *et al.*, (2014)

Une des méthodes identifiées par les organisations pour augmenter la présence des médecins gestionnaires aux différents comités a été de scinder les instances de gouvernance afin de concentrer les sujets cliniques et stratégiques à des rencontres où ces derniers sont invités. Dans un établissement, le comité de direction unique a laissé place à un comité de direction clinique – qui mobilise les cogestionnaires et les autres directeurs cliniques – un comité de direction administratif – qui n'inclut pas les médecins codirecteurs – et un comité conjoint – qui réunit tous les cadres supérieurs. Les chercheurs indiquent que la participation des directeurs médicaux a augmenté avec le temps à la suite de cet ajustement à la fois en termes de présence physique et en termes de qualité des interventions. Un autre établissement a cherché à améliorer la participation des médecins gestionnaires en instaurant des horaires standardisés pour faciliter la planification des rencontres (Gibeau *et al.*, 2014).

⁴ Voir p.7 pour les cinq pistes évaluées par l'AQESSS dans le cadre de son étude sur les partenariats médico-administratifs

Depuis les études de Langley, Gibeau, Denis et leurs collaborateurs, plusieurs choses ont changé sur le plan de la gouvernance clinique. On y parlait de comité interprogramme et de comités de direction (où siégeaient les chefs de département) ainsi que des soucis de chevauchement entre les deux. Aujourd'hui, les CISSS et CIUSSS semblent être parvenus à un équilibre différent avec une répartition des sujets entre comité de direction et comité de coordination clinique. La présence des cogestionnaires à ce qui est désormais appelé comités de coordination clinique est peu documentée dans la littérature. Elle doit néanmoins être réfléchi à la lumière des constats sur la participation des cogestionnaires aux comités stratégiques et cliniques des établissements.

Comment se partagent les rôles et responsabilités au sein des tandems de cogestionnaires et comment travaille-t-on en cogestion ?

Trois rôles des cogestionnaires

Les recherches commanditées par l'AQESSS ont fait ressortir trois rôles de cogestionnaires : un rôle de médiation, un rôle tactique-stratégique et un rôle opérationnel (Langley *et al.*, 2014).

Rôle de médiation

Le tandem de cogestionnaires fait le pont entre l'administration et les médecins. Les gestionnaires jouent les intermédiaires entre la haute direction de l'établissement et la direction clinique qu'ils chapeautent ou encore entre la direction clinique dont ils dépendent et le personnel et les équipes médicales sur le terrain (Langley *et al.*, 2014),

Rôle tactique-stratégique.

Ce rôle fait appel à la conception et à la planification des parcours de soins et au suivi de la performance. Il exige une connaissance du fonctionnement organisationnel et une bonne compréhension des structures administratives du système de santé. Ce rôle du tandem est généralement assumé en grande partie par les cadres gestionnaires de programmes, mais peut être également rempli par certains médecins gestionnaires, en complément de leur rôle de médiation (et souvent en lien avec les affaires médicales). La compréhension par le médecin de l'organisation et de ses enjeux de gestion est ce qui conditionne principalement son implication plus ou moins grande à ce niveau. Le rôle peut être plus partagé dans le cas de dossiers stratégiques comme les plans d'action et l'organisation des services (Langley *et al.*, 2014).

Rôle opérationnel

Le rôle opérationnel concerne essentiellement la gestion des budgets et des ressources humaines, celle du climat de travail ou des aspects fonctionnels. Il est assumé presque exclusivement par les cadres gestionnaires. Les médecins gèrent certains de ces aspects pour leurs propres équipes (ex. : le climat de travail) et sont consultés pour les autres questions, comme pour le budget, où le médecin a habituellement un rôle de « *rubber stamping* » (Langley *et al.*, 2014).

Le partage détaillé des rôles et responsabilités au sein des tandems

Les organisations mettant en place la cogestion développent généralement des documents décrivant le partage des rôles et responsabilités entre les cogestionnaires. Bien que ces écrits soient un bon point de départ pour s'approprier leur rôle et développer la collaboration, ils ont tendance à englober plusieurs ambiguïtés qui laissent place tôt ou tard à la confusion et à l'incompréhension. Cela est particulièrement vrai pour les cogestionnaires médicaux qui partagent aussi certains rôles et responsabilités avec les chefs de départements et de services ainsi qu'avec la direction des services professionnels (Langley *et al.*, 2014).

*« De façon répétée, les répondants nous ont mentionné le besoin de clarification des rôles de cogestion, et ce dans toutes les organisations [étudiées]. Bien sûr, les écrits peuvent être importants et les dispositifs d'encadrement de la cogestion (comme un comité d'implantation de la gouvernance) peuvent permettre d'investir dans ce type d'activité et de repenser le partage des responsabilités. Cependant, les données suggèrent également que l'apprentissage des rôles sera d'autant plus efficace s'il se fait de façon naturelle via une forme de socialisation. » (Langley *et al.*, 2014, p.44)*

Cette précision des rôles et responsabilités ne concerne donc pas seulement le tandem de cogestionnaires, mais gagne à être faite aussi avec l'ensemble des acteurs qui partagent des fonctions de gestion avec eux, surtout pour le gestionnaire médecin chez qui davantage de confusion subsiste.

Dans l'étude financée par l'AQESSS, malgré le besoin exprimé des cogestionnaires de clarifier les rôles et responsabilités, ils ont dit avoir tout de même conscience que tout ne peut pas être défini et écrit d'avance. Le partage des rôles entre cogestionnaires s'effectue avec une certaine flexibilité et pourrait prendre une variété de formes sans que ce soit problématique (Gibeau *et al.*, 2014).

*« C'est comme un mariage là. Quand tu te maries, tu ne définis pas les rôles. Puis un moment donné, tu te rends compte, c'est toi qui sors les vidanges puis c'est l'autre qui prépare le repas, tu laves la vaisselle. C'est un peu ça [la cogestion]. » (Citation d'un gestionnaire, dans Langley *et al.*, 2014, p.36)*

Il existe plusieurs partages types de rôles et responsabilités des cogestionnaires médico-administratifs qui vont plus ou moins dans le détail (par exemple, dans Gaudreau, 2006 ; Joron, 2016 ; Rondeau et Jacob, 2019 ; et dans la plupart des établissements de santé). Quelques exemples ont été placés en Annexe 1. Ces exemples peuvent servir de base à une discussion entre les cogestionnaires et à la préparation de leur propre répartition des rôles et responsabilités, adaptée à leur contexte de gestion.

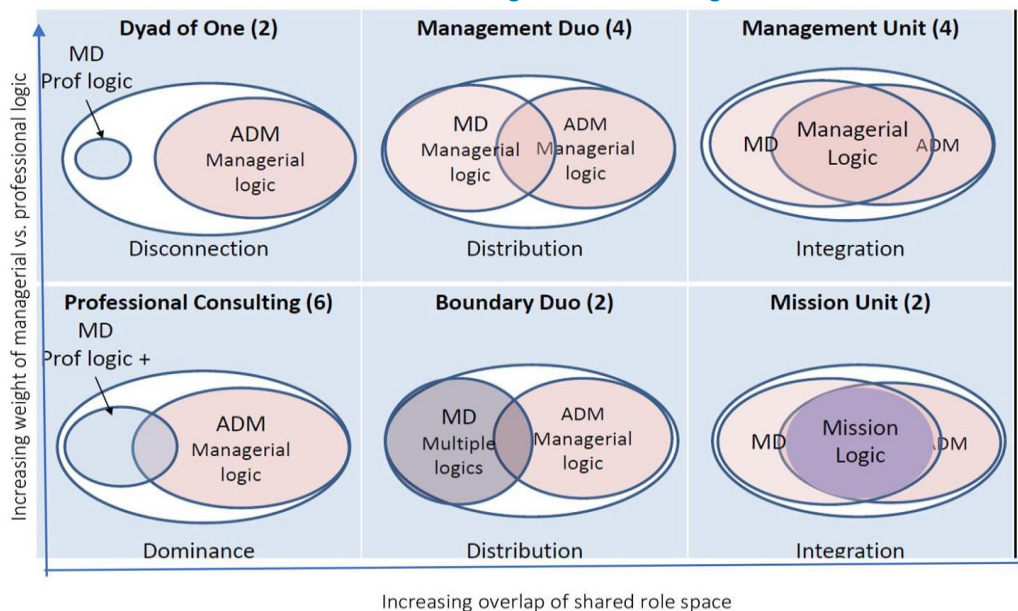
Notons que le manque de temps des cogestionnaires médicaux, présenté précédemment comme l'un des deux principaux défis à leur implication dans la gestion, fait en sorte que la relation entre le cogestionnaire médical et le cogestionnaire clinico-administratif ne se déploie généralement pas sur une base d'égalité en termes d'investissement : les médecins doivent sélectionner des champs et des sujets d'intervention sur lesquels ils concentrent leurs efforts pour être efficace (Langley *et al.*, 2014).

La dynamique de la cogestion

6 types de tandems de cogestion

L'étude commandée par l'AQESSS a donné lieu à une large collecte de données desquelles les chercheurs continuent de dégager de la connaissance. En effet, Gibeau, chercheure dans ce projet, s'est intéressé à la dynamique de co-leadership des tandems de cogestionnaires et a fait émerger une typologie qui vient tout juste d'être publiée (Gibeau *et al.*, 2020). Il s'agit d'une description des différentes réalités observées, d'une déclinaison des différentes formes de gestion présentes dans les établissements à l'étude qui ont mis en place la cogestion.

Schéma : Les 6 configurations de cogestion⁵



Le Tandem d'une personne

Le « Tandem d'une personne » (*Dyad of one*) représente des tandems où un des deux co-dirigeants (très souvent le codirecteur administratif) accomplit l'essentiel du travail.

Dans ce genre de tandem, le codirecteur médical conserve une très forte logique professionnelle et le codirecteur administratif une très forte logique managériale. Il n'y a ni création de liens entre les logiques ni intégration des logiques : cette configuration est caractérisée par une « déconnexion ». Le codirecteur administratif continue à effectuer son travail de manière indépendante et est perçu par le codirecteur médical comme ne lui laissant aucune place au sein du tandem. À l'inverse, le codirecteur administratif perçoit le codirecteur médical comme ayant conservé sa logique professionnelle et n'étant à ce poste que pour retirer des avantages pour sa profession.

« The health center must provide the infrastructure, the resources. My role is to obtain what we need to practice and teach They tell us to mind our own business » (Cogestionnaire médical)

⁵ Les chiffres entre parenthèses à côté des noms de tandems représentent le nombre de tandems observés pour chaque type, sur un total de 20 tandems étudiés.

« She made all financial decisions and never consulted us. We have been fighting for years to see the numbers. We have needs, can we talk about it? No - they decide » (Cogestionnaire médical)

« It is about helping the organization achieve its goals and looking beyond your own practice ... Currently, it seems that doctors get into co-leadership positions to obtain more without giving much. But it should be win-win. I have said it many times: let's define the role of medical directors, debate it, present it, agree on what it is. » (Cogestionnaire clinico-administratif)

« My role as medical director is pure fiction. Legally, they [administrators] had to put a name in the box in the organizational chart. We [physicians] did not want that role » (Cogestionnaire médical)

Le Tandem consultation d'un professionnel

Dans le tandem « consultation d'un professionnel » (Professional Consulting), le codirecteur administratif accomplit la plus grande partie du travail du tandem. Cependant, le directeur médical dans cette configuration est plus impliqué ; il fournit souvent une expertise ou tente de tirer parti de son influence sur des questions spécifiques lorsque cela est requis. Il joue d'une certaine manière un rôle de consultant pour le codirecteur administratif.

Dans ce genre de tandem, le codirecteur administratif fait preuve d'une logique purement managériale et le codirecteur médical fait preuve d'une logique principalement professionnelle même s'il peut avoir recours à la logique managériale.

Dans le tandem consultation d'un professionnel, l'opinion du codirecteur médical peut être intégrée dans les décisions prises par le codirecteur administratif ; en retour, le codirecteur médical montre une certaine reconnaissance des besoins légitimes de la direction et ancre sa logique professionnelle dans une logique managériale de rôles formels reconnus. Ainsi, les deux logiques sont maintenues séparées, mais elles sont mutuellement légitimées, bien que le rôle managérial soit dominant dans l'espace des rôles partagés.

« I contribute when needed. There is no mobilizing project that could make me put in extra effort. It has been about routine work ...But when I am asked to contribute, I always respond » (Cogestionnaire médical)

« The advantage of the role is to have a defined path to work and defend ideas. More certainty that we are going to be consulted for issues affecting us » (Cogestionnaire médical)

« I am medical director of a directorate where all the members are autonomous professionals who have theoretical obligations but whom I cannot even sanction. I ask for everybody's collaboration, but I do not have power over them » (Cogestionnaire médical)

« We have to work on the definition of everyone's roles and responsibilities. How can I contribute, what competencies need to be developed? ... Can we define it more » (Cogestionnaire clinico-administratif)

Le Tandem à frontière

Dans le « Tandem à frontière » (*Boundary Duo*), les deux co-leaders présentent une codirection « distribuée » ; ils se coordonnent principalement en se partageant les rôles clés en fonction de leur expertise respective et en collaborant parfois sur des sujets sensibles qui nécessitent une résolution conjointe. On parle de « frontière », car les membres de ces tandems sont situés à la frontière entre différentes logiques : le codirecteur administratif fait preuve d'une logique

managériale tandis que le codirecteur médical adhère aux deux logiques et semble jouer un rôle d'hybride. Il s'investit davantage dans le tandem comparativement aux deux autres types de dynamiques. Ainsi, le codirecteur administratif effectue principalement des tâches de gestion et adhère à la logique managériale, tandis que le codirecteur médical agit principalement sur des questions concernant la communauté professionnelle, mais se conforme et mobilise les deux logiques. Ce tandem est celui qui se rapproche le plus de l'idéal proposé par Hodgson et al. (1965) où les rôles des co-leaders sont spécialisés, différenciés et complémentaires.

« When decisions cost millions of dollars or when it comes to the strategic management of our directorate, it is the two of us. One thing is clear between us: we try to respect our respective expertise. If there is a problem with doctors, I do not intervene directly. Especially if it is related to quality. [My co-leader] will take care of that, but I am informed. Same thing if an administrator in our directorate is more difficult or if we have problems with an employee. We are both informed but we respect each other's expertise. » (Cogestionnaire clinico-administratif)

Le Tandem Duo de gestion

Le Tandem « Duo de Gestion » (*Management duo*) est composé de deux membres coordonnant leur travail, mais travaillant principalement de manière indépendante. Cependant, contrairement à la configuration précédente, les membres du tandem (même les médecins) mettent principalement l'accent sur la logique managériale dans leur discours et font à peine référence à la logique professionnelle. Les deux codirecteurs décrivent leur travail comme complémentaire et orienté autour des opérations. Bien que la logique managériale soit prédominante dans le discours des codirecteurs, la mission semble enracinée comme contexte de prise de décision. Cependant, l'image globale est que, contrairement aux configurations précédentes, la logique professionnelle semble relativement absente du discours de chacun des protagonistes, même si leurs rôles sont différents et construits pour être complémentaires.

« When there are specific issues, I discuss it with him, but we do not decide the number of nurses we need together. Or the number of attendants we need to move the patients. » (Cogestionnaire clinico-administratif)

« In the day-to-day, if there is an emergency and I need to ask the physicians to release patients or transfer patients, [my co-leader] calls me. I do my part of the work, she does her part of the work with the administrators. » (Cogestionnaire médical)

Le Tandem unité de gestion

L'unité de gestion (*Management Unit*) est une configuration dans laquelle les deux membres d'un tandem se considèrent comme interchangeables capables de se substituer mutuellement malgré leurs origines différentes. Ils mettent presque exclusivement l'accent sur la logique managériale dans leur discours, et ce, même si l'un des membres a une formation médicale et peut, en ce sens, agir comme porteur de valeurs médicales. Les deux codirecteurs se voient comme travaillant de manière intégrée.

« We do not say, 'you manage this project, I manage this project.' Some projects are managed together, others mainly by one of us. But information circulates, no matter what the project is. » (Cogestionnaire clinico-administratif)

« We work in an integrated way, that is, at this point, whether I am present or not, or whether she is present or not at a meeting, our mutual trust is so high that it barely makes a difference. » (Cogestionnaire médical)

« I want to prove ... I want proofs that it [co-leadership] works. I want to become the highest performing health center financially, in terms of human resources, but also in terms of care indicators. » (Cogestionnaire médical)

« That equipment that we wanted to acquire, we [administrators] wanted the physicians to analyze it the same way [as managers] ... with the same constraints in relation to financial and human resources » (Cogestionnaire clinico-administratif).

Tandem unité de mission

Comme le tandem unité de gestion, le tandem unité de mission (Mission unit) agit de manière intégrée, avec des rôles presque interchangeables. Cependant, contrairement à la configuration précédente, les membres de ces tandems ont surtout mis l'accent sur la mission dans leur discours, même si la logique managériale apparaît également dans les deux discours. En somme, au sein de la configuration « unité de mission », la synergie est créée par des valeurs partagées, c'est-à-dire l'accent est mis sur la mission, qui semble transcender les logiques professionnelles et managériales. Les co-dirigeants agissent de façon synchrone (important chevauchement dans leurs tâches) se concentrant principalement sur la satisfaction des besoins des patients. Pour eux, la mission et la logique managériale sont convergentes.

« The medical director is part of the team. Decisions are made together... If there is an opportunity to develop services, if the minister makes requests affecting my directorate directly or indirectly - then we reflect together and really share » (Cogestionnaire médical)

« We went from a vertical structure in silos to a matrix structure forcing the medical chiefs to interact with the administrative chiefs » (Cogestionnaire médical)

« Clients at the emergency room are not other directorate's clients, they are our clients. How can we offer better services to these clients? It's not, 'It's your patient, it's my patient.' It is OUR patient who happens to be at the emergency room. » (Cogestionnaire clinico-administratif)

« Beyond giving a title to a doctor, we have to make sure that he understands what is associated with it. The package deal ... When they accept the title, they have to accept what comes with it" (Cogestionnaire clinico-administratif)

"I am the employee of a hospital, not an autonomous professional. When I was a medical student in the 60s, I was taught that I was accountable to God and my patient. It has changed a lot since then. I have a responsibility toward the population, a responsibility toward the patient, yes, but also a responsibility toward the health center. Yes, I represent my patients and their needs in the health center, but at the same time I have a responsibility toward my health center which has the same mission as I have, which is to offer quality services. » (Cogestionnaire médical)

Selon l'étude, les dynamiques de cogestion peuvent contribuer à allier les deux logiques (professionnelles et managériales) lorsque certaines conditions sont présentes :

- Lorsqu'au moins un co-dirigeant adhère aux deux logiques (Tandem à frontière) ;
- Lorsqu'un co-directeur dominant exploite sporadiquement l'expertise et l'influence de son homologue qui incarne une logique différente (Tandem Consultation d'un professionnel) ;
- Lorsque les co-dirigeants s'éloignent de leur logique d'origine pour se concentrer sur un principe transcendant (Tandem Unité de mission).

L'étude révèle également que l'équilibre entre les différentes logiques n'est pas facile à établir, les tensions présentes au niveau organisationnel se reflètent presque inévitablement au sein du

tandem. Il en résulte souvent la séparation (Tandem d'une personne), la soumission (Tandem consultation d'un professionnel) ou la cooptation (Tandem à frontière, Tandem Duo de gestion, Tandem Unité de gestion) d'une logique à une autre.

Les tandems Duo de gestion, Unité de gestion et Unité de mission sont les configurations permettant une plus grande synergie, le dernier étant naturellement celui qui se démarque davantage à ce titre. Dans les tandems Duo de gestion et Unité de gestion, un des écueils possibles est la perte de légitimité du cogestionnaire médical auprès de ses pairs, ce qui n'est pas le cas dans l'Unité de mission, où aucun des cogestionnaires n'abandonne sa logique pour celle de l'autre ; ils l'enrichissent dans une mission qui les transcende. Il y a un véritable alignement des deux logiques pour servir la valeur au patient.

À noter que lorsque l'on regarde l'évolution de ces configurations dans le temps, elles ont tendance à être remarquablement stables, ce qui suggère que les premiers pas dans le déploiement d'une cogestion sont essentiels : une fois établies, les dynamiques changent très peu.

Cette étude porte cependant exclusivement sur la notion de co-leadership. D'autres perspectives comme la cohésion d'équipe, l'engagement organisationnel, l'identification et la performance clinique ou financière des tandems pourraient être évalués afin de fournir des informations supplémentaires sur les configurations optimales pour l'organisation.

La confiance comme ciment de la cogestion

Le bon fonctionnement des tandems repose en partie sur la confiance qui règne entre les cogestionnaires. La confiance doit être gagnée, et ce, par les deux parties. La confiance n'est accordée que lorsqu'elle est méritée (Denis *et al.*, 2012).

Paradoxalement, les écrits sur la collaboration démontrent que la confiance se crée et se consolide autour d'une collaboration soutenue. La confiance est rarement présente lors du démarrage d'un projet collaboratif. Elle émerge plutôt comme une conséquence d'une collaboration réussie (Fortin et Rondeau, 2014). C'est donc dire que la cogestion se mettra en place plus aisément dans une organisation où les partenaires médico-administratifs auront préalablement vécu des formes de collaborations réussies et où la création d'un lien de confiance aura été possible. Autrement, certains éléments peuvent aider à faire émerger la confiance.

« Dans leur article portant sur le développement de relations médico-administratives constructives dans quatorze organisations américaines, Gillies et coll. (2001) avancent [...] 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). »

Denis *et al.*, 2012, p.53

Une mauvaise communication, des suppositions erronées ou une mésinterprétation des intentions de l'autre sont les principaux éléments à l'origine du manque de confiance entre les deux parties et l'incompréhension mutuelle du langage de l'autre se cache souvent derrière ces problématiques (Bujak, 2003, Guthrie, 1999 in : Denis *et al.*, 2012). L'entente sur des valeurs et

des objectifs communs ainsi qu'une définition commune du succès contribuent à l'instauration d'une confiance entre les cogestionnaires. Le dialogue, la transparence, la clarté des critères de décision, des contraintes et des conditions de succès ainsi que le partage d'information, permettent également d'arriver à une compréhension et à une appréciation mutuelle (Llewellyn, 2001, In : Denis *et al.*, 2012).

Pour améliorer la compréhension mutuelle, Denis *et al.* suggèrent aussi que les cogestionnaires soient amenés à reconnaître leurs préjugés et à en comprendre la source. Cet échange pourrait amener les deux groupes à réduire les stéréotypes et les présuppositions (Denis *et al.*, 2012). Ce type de démarche pourrait, par exemple, trouver son utilité dans un atelier de démarrage de la cogestion au sein d'une organisation qui la déploie. La dernière section de ce document met en lumière d'autres mesures que peuvent mettre en place les organisations désireuses de soutenir le déploiement de la cogestion dans leur organisation.

Comment assure-t-on la réussite de la cogestion dans son organisation ?

Différentes recherches sur la mise en place de la cogestion arrivent à une même conclusion : le soutien de l'organisation est crucial dans le succès de la cogestion (Dickson et Ham, 2008, Baker et Denis, 2011, Langley *et al.*, 2014). Par exemple, les études commandées par l'AQESSS concluaient que les établissements ayant obtenu de meilleurs résultats au niveau des partenariats médico-administratifs avaient préalablement un meilleur niveau de collaboration et d'engagement médical dans leur organisation et avaient aussi investi de façon constante dans la légitimation, l'encadrement, le coaching et la formation des cogestionnaires. D'autres études au Royaume-Uni sur l'implication de médecins dans des fonctions de gestion (tout en conservant une pratique clinique) font un lien entre le succès du leadership médical et le soutien, le développement, la reconnaissance et la rémunération associée, par l'organisation (Dickson et Ham, 2008).

Outre les éléments dont nous avons fait mention précédemment pour contribuer au succès de la cogestion, dont l'importance de bien choisir les cogestionnaires, la nécessité d'aménager la gouvernance pour tenir compte des contraintes de temps des gestionnaires médicaux et la possibilité de faire émerger plus facilement la confiance par un travail préalable sur les perceptions et préjugés des cogestionnaires, d'autres facteurs peuvent être pris en compte pour accompagner la mise en place de la cogestion.

Accompagnement à l'implantation et soutien de l'organisation

Langley *et al.* (2014) recommandent aux établissements souhaitant implanter la cogestion de mettre en place une structure d'encadrement pour consolider et assurer la pérennité de l'initiative, comme un comité d'implantation de la cogestion, le développement et l'utilisation d'outils, ainsi l'accompagnement statutaire d'individus en situation de cogestion. Ils mentionnent : « Essentiellement, il s'agit de s'assurer que la responsabilité de la mise en œuvre des pistes de partenariat est prise en charge de façon soutenue par des individus ou groupes dans l'organisation ». Le coaching et la formation font aussi partie des mesures découlant généralement des stratégies d'encadrement choisies par l'organisation (Langley *et al.*, 2014).

Des ajustements sont par ailleurs nécessaires dans l'organisation à la suite de la mise en place de la cogestion. D'une part, il faut s'assurer de faire connaître et comprendre le rôle des

cogestionnaires auprès des équipes ainsi que leur positionnement vis-à-vis des chefs de département et du DSP.

« Ayant toujours vu [les DSP] comme le point de repère ultime pour des questions médicales, les médecins et en particulier les chefs de départements ont le réflexe naturel de s'y référer pour tout problème particulier. Parfois, les directeurs des services professionnels acceptent instinctivement de répondre à ce genre d'appel sans diriger leurs interlocuteurs vers les cogestionnaires médicaux [...], ce qui amène à déployer inutilement des efforts qui ont déjà été faits et annule par le fait même l'importance des nouveaux rôles. Il peut être très difficile d'ajuster des comportements qui sont enracinés dans la culture organisationnelle »

(Gibeau *et al.*, 2014).

Les chercheurs soulignent que ce problème d'ajustement culturel a été soulevé dans toutes les organisations étudiées et que celui-ci est d'autant plus présent lorsqu'un cogestionnaire médical à la tête d'un programme de soins chapeaute plusieurs spécialités. La tentation est alors forte de contourner le cogestionnaire et de se référer directement à un niveau supérieur (DSP).

Rémunérer ou non les médecins cogestionnaires ?

Au Québec, le mode de rémunération des médecins et leur statut de travailleur autonome influencent la capacité de susciter leur engagement organisationnel et limite le temps qu'ils peuvent consacrer à la gestion (Langley *et al.*, 2014). Pour adresser ce défi, trois des quatre organisations étudiées par les auteurs de l'étude pour l'AQESSS ont offert une forme de rémunération pour les heures consacrées à la gestion, la quatrième étant l'établissement pour qui la cogestion c'est la moins bien déployée. Reste que la disponibilité et la contrainte de temps restaient tout de même un enjeu pour les médecins gestionnaires, même avec une rémunération.

L'AMQ, dans son rapport sur le rôle des médecins dans la gouvernance du système de santé souligne aussi la rémunération comme une possible cause des difficultés vécues dans l'implantation de la cogestion par le passé :

« Des tentatives de gouvernance clinique ont eu lieu dans les années 1990 et 2000 pour instaurer une gestion par programme service ou par programme-clientèle, avec un cogestionnaire administratif et un cogestionnaire médical. Cependant, peu d'efforts ont été consacrés au développement d'une vision intégrée, à la rémunération des médecins pour ces fonctions. »

(AMQ, 2015, p.16)

Ailleurs dans le monde, la compensation financière ne représente pas le même enjeu dans l'implication des médecins en cogestion. En effet, les médecins de plusieurs établissements phares en la matière sont salariés. Berry explique à propos de la Clinique Mayo, aux États-Unis : « le système salarial a pavé la voie vers la pratique médicale intégrée en écartant la perte personnelle de revenus comme une raison pour ne pas collaborer. » (Berry, 2004, in: Denis *et al.*, 2012)

Coaching, formation et codéveloppement

« Nothing about medical school prepares a physician to take a leadership role with regard to changes in the system of care. Physicians are taught to do their very best within the system and to perfect themselves as individual professionals by advancing their skills and knowledge

every day. But being a better physician and making a better system are not the same job. They require analogous, but somewhat different, skills. »

(Baker et Denis, 2011)

La majorité des médecins n'a pas été formée en gestion, et pour plusieurs, cela devient un frein à la participation efficace à la prise de décision (Gibeau *et al.*, 2014). À titre d'exemple, les chercheurs mandatés par l'AQESSS mentionnaient que lors de leurs observations, plusieurs médecins restaient en silence lors des comités de direction et que, bien que cela puisse paraître comme un manque d'intérêt, ça révèle aussi un sentiment d'inconfort avec le langage parfois hermétique du réseau de la santé et le manque de compétences (Langley *et al.*, 2014).

« En fait, plus que les connaissances théoriques en gestion, les médecins-gestionnaires semblent surtout réclamer une meilleure compréhension de la nature et des frontières de leur rôle et une connaissance contextualisée des règles du jeu administratives qui leur permettraient d'intervenir plus habilement. »

*(Gibeau *et al.*, 2014)*

Dans les établissements étudiés au Québec, le développement des compétences s'est fait de façon contextualisée. Plutôt que d'envoyer les médecins suivre des cours théoriques de gestion qui n'auraient pas nécessairement une pertinence directe, les tandems de cogestionnaires ont plutôt bénéficié de programmes de mentorats et de coaching pour échanger sur les défis et difficultés vécues (Langley *et al.*, 2014). Cela est cohérent avec les résultats d'une étude menée au Royaume-Uni qui 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 (Ileri *et al.*, 2011 in : Denis *et al.*, 2012).

Les études sur la mise en place de la cogestion au Québec ont aussi fait ressortir un besoin des cogestionnaires de se retrouver entre eux, de se développer. Ce besoin était particulièrement exprimé par les cogestionnaires médicaux (directeurs médicaux), qui souhaitent partager leur expérience avec d'autres : « On a besoin d'une communauté de pratique pour être capable d'échanger des idées, voir ce qui fonctionne, où se trouvent les obstacles, comment on peut développer un sens d'appartenance à tout ça. Puis, en fin de compte, être capable de partager la même vision de l'endroit où on veut aller et de la manière d'y aller » (Gibeau *et al.*, 2014). Des établissements ont par ailleurs mis en place un programme de codéveloppement où l'ensemble des tandems se rencontraient de façon régulière afin de partager leurs expériences (Langley *et al.*, 2014).

Conclusions

La cogestion est un pas important vers la réconciliation des perspectives fondamentalement différentes de la gestion et du monde médical, qui change la façon de fonctionner de nos organisations de santé. « [Avant la cogestion] c'était bien facile de rester dans les vieilles positions, de ne pas s'impliquer, puis de dire c'est tout le temps la faute de l'autre... », explique un médecin cogestionnaire dans le cadre de l'étude de Langley *et al.* (2014). Les médecins qui prennent un poste de cogestion se retrouvent confrontés à la nécessité de trouver un modus vivendi avec la partie administrative et vice-versa (Langley *et al.*, 2014).

En cogestion, le leadership médical est exercé dans des fonctions formelles de gestion et permet de recadrer le leadership informel autour de l'atteinte d'objectifs organisationnelles comme

l'efficience dans l'utilisation des ressources et l'amélioration des soins et services (Denis *et al.*, 2012). Une cogestion bien implantée dans l'organisation peut générer non seulement des améliorations dans les processus de soins, mais aussi permettre des décisions stratégiques et opérationnelles reflétant davantage les différentes perspectives de l'organisation et suscitant une meilleure adhésion. En fait, cette façon de faire permet d'accroître la capacité des organisations à traiter les problématiques transversales qui sont au cœur des systèmes de santé orientés sur la valeur.

En somme, la cogestion n'est ni un moyen de subordination du corps médical à l'administration, ni un porte-voix de revendications médicales auprès de l'administration, mais une collaboration étroite dans la recherche d'une plus grande valeur au patient.

Bibliographie

- Association Médicale du Québec. (2015) « Le rôle de la profession médicale dans la gouvernance du système de santé québécois » 35 pages.
- Baker, G. R., Denis, J.-L. (2011). «Medical leadership in health care systems : from professional authority to organizational leadership» *Journal of Public Money & Management*, 31 (5), 355-362. En ligne : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540962.2011.598349>
- Bowns, I.R. et McNulty, T. (1999). Re-Engineering Leicester Royal Infirmary, University of Sheffield, Sheffield.
- Brault, I., Roy, D.A., Denis, J.-L. (2008). « Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé » *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 167-173.
- Bujak, J.S. (2003). « How to Improve Hospital-Physician Relationships », *Frontiers of Health Services Management*, 20 (2), p. 3.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (2016) « La cogestion des professionnels du CIUSSS en GMF ». Document interne. 4 pages. En ligne : https://cdn.ciussscentreouest.ca/documents/ciusss-coim/Zone_partenaires/Medecins/GMF/Integration_and_co-management/La_cogestion_detaille.pdf?1573843560
- Clark, John (2012). «Medical engagement: too important to be left to chance. The King's Fund, 17 p. En ligne : <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/medical-engagement-nhs-john-clark-leadership-review2012-paper.pdf>
- Denis, J.-L., Gibeau, É., Langley, A., Pomey, M.-P., Van Schendel, N. (2012) « Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances », Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 82 pages.
- Dickinson, H., Ham, C (2008). «Engaging Doctors in Leadership: Review of the literature», Academy of Medical Royal Colleges, University of Birmingham et NHS Institute for Innovation and Improvement, Janvier 2008, 56 pages. En ligne : <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/leadership-literature-review.pdf>
- e2p Engage to Perform Ltd (2016). «Medical Engagement Scale: Patterns of Medical engagement in the Welsh Health Boards», 40 p. En ligne: <https://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/Publications/Documents/Medical-Engagement-Scale.pdf?dl=1>
- 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.; Ashburner, L.; Fitzgerald, L.; Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, Oxford.
- Fortin, A.-H., Rondeau, A. (2014) « La gestion en mode réseau : une grille d'analyse pour le monde de la santé », *Gestion - revue internationale de gestion*, 39 (3), 16-28.

- Gaudreau, M. (2006) « Réussir la cogestion : étude exploratoire sur le partage des rôles », Mémoire de maîtrise M.Sc. Gestion, HEC Montréal, 217 pages.
- Gibeau, É., Langley, A., Denis, J.-L., Van Schendel, N. (2020). « Bridging competing demands through co-leadership? Potential and limitations ». *Human Relations*, 73 (4).
- Gibeau, É., Langley, A., Denis J.-L., et al. (2014) « Lorsque les médecins deviennent gestionnaires », *Gestion*, 39 (3), 63-73.
- Gillies, R.R., Zuckerman, H.S., Burns, L.R., Shortell, S.M., Alexander, J.A., Budetti, P.P., Waters, T.M. (2001). « Physician-System Relationships Stumbling Blocks and Promising Practices », *Medical Care*, 39 (7), 92-106.
- Guthrie, M.B. (1999). « Challenges in developing physician leadership and management », *Frontiers of Health Services Management*, 15 (4), p. 3.
- Hall, P. (2005). « Interprofessional teamwork : Professional cultures as barriers », *Journal of Interprofessional Care*, 19 (1), p. 188-196.
- Ham, C. (2008) "Doctors in leadership: learning from international experience", *International Journal of Clinical Leadership*, 16 (1), 11-16.
- Joron, P. (2016) « La cogestion en GMF pour un modèle collaboratif réussi ! », Présentation faite à la Communauté de pratique Programme GMF, 6 septembre 2016. En ligne : https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/ProjetsGMF/CdP/Cogestion_en_GMF-Presentation_Pierre_Joron_16-09-06.pdf
- Joron, P. (2014). « Le tandem de cogestion dans le réseau de la santé : promis à un bel avenir! », *Effectif*, 17(3), juin/juillet/août.
- Kitchener, M. (2002). « Mobilizing the logic of managerialism in professional fields : The case of academic health centre mergers », *Organization Studies*, 23, p. 391-420.
- Langley, A., Van Schendel, N., Gibeau, É., Denis, J.-L., Pomey, M.-P. (2014). « Vers de nouvelles pistes de partenariat médico-administratif », Rapport final déposé à l'AQESSS, Novembre 2014, 97 pages.
- 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.
- MSSS (2012) « Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion », 31 pages. En ligne : https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf
- Porter, M. E., Lee, T. H. (2013). « The Strategy That Will Fix Health Care » *Harvard Business Review*, Octobre 2013, en ligne: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
- Porter, M.E. (2010). « What is Value in Health Care ? » *The New England Journal of Medicine*, 363, p.2477-2481. En ligne: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1011024>

Reay, T. et C.R. Hinings (2009). « Managing the rivalry of competing institutional logics », *Organization Studies*, 30, p. 629-652.

Rondeau, A., Benomar, N. (2019). Présentation faite à la direction de la Santé publique de Laval, le 24 octobre 2019.

Rondeau, A., Jacob, R. (2019) « Gouvernance clinique et cogestion : de la théorie à la pratique ». Séminaire de formation, CIUSSS NIM, Novembre 2019, 44 pages.

Rondeau, A., Brunet, É., Kostiuk, É. (2020). « Adopter la gouvernance clinique - Un mécanisme d'organisation et de fonctionnement des équipes de soins », *Gestion - Revue internationale de gestion*, 44 (4), 68-71.

RUIS (2012) « Pratique collaborative, Engagement et leadership », Rapport du comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal. Août 2012, 96 pages. [En ligne : http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Rapport_engagement_et_leadership.pdf]

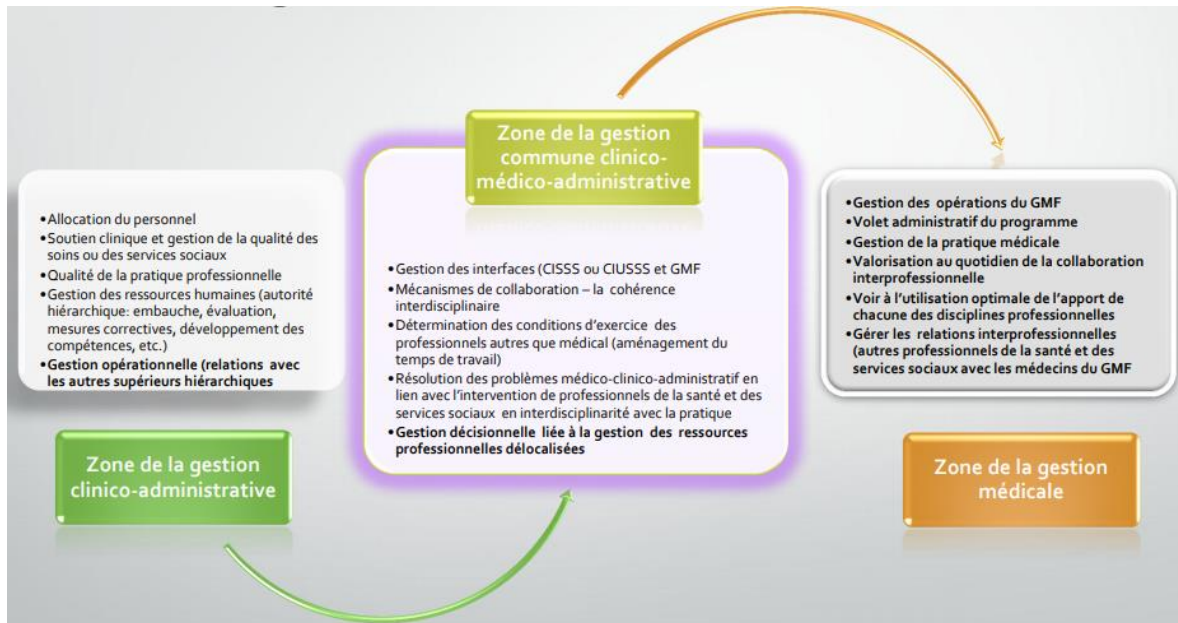
Salter, B. (2001). « Who rules ? The new politics of medical regulation », *Social Science and Medicine*, 871-883.

Savard, A.-M. (2017) « Les médecins comme travailleurs autonomes au sein du système public de santé au Québec : le passage d'une autonomie professionnelle à une imputabilité sociale » *Les Cahiers de droit*, 58 (4), Décembre 2017, 749-787.

World Economic Forum (2017) « Value in Healthcare: Laying the Foundation for Health System Transformation », Insight Report, développé avec le Boston Consulting Group, Avril 2017, 40 pages. En ligne : http://www3.weforum.org/docs/WEF_Insight_Report_Value_Healthcare_Laying_Foundation.pdf

Annexe 1 : Quelques modèles de partage des rôles et responsabilités

Trois zones distinctes de la cogestion, par Joron (2016)



Partage des rôles et responsabilités, dans Rondeau et Jacob (2019), inspiré de Gaudreau (2006) et de Denis et al. (2012)

<p><i>Responsabilités conjointes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les orientations cliniques et scientifiques du processus de soins • Appliquer des protocoles de soins spécifiquement reconnus • Élaborer les objectifs annuels • Évaluer et améliorer les résultats cliniques : qualité des soins, suivi des plaintes et gestion des risques • Effectuer la planification et le suivi budgétaire • Évaluer les membres des équipes et le personnel en regard de leur contribution au processus • Assurer la gestion des ressources humaines, matérielles, technologiques, financières et informationnelles 	
<p><i>Cogestionnaire médical</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la planification des ressources médicales et des activités cliniques • Assurer la continuité inter programmes en lien avec les autres cogestionnaires médicaux • Évaluer les besoins requis en effectifs médicaux • Assurer l'application des protocoles médicaux et des standards de pratique professionnelle, en lien avec les chefs de service • Assurer et appuyer le développement scientifique quant aux aspects de la mission du volet enseignement, recherche, évaluation des technologies et modes d'intervention en santé • Planifier la formation médicale continue auprès des chefs de services médicaux et des chefs de départements cliniques 	<p><i>Cogestionnaire clinico-administratif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gérer les opérations cliniques et administratives et les ressources humaines non médicales • Collaborer à la planification et à l'acquisition des immobilisations • Organiser la prestation des services à la clientèle • Appliquer et développer les outils de mesure, d'évaluation et de collecte d'informations • Appliquer les dispositions des conventions collectives, les politiques et les règlements de la pratique professionnelle ainsi que ceux reliés à la santé et à la sécurité au travail du personnel de l'établissement

*Référentiel de la distribution des rôles et des responsabilités au sein du tandem de cogestion en milieu hospitalier, par Joron (2016) (*pour des gestionnaires de programme-clientèle, pré-réforme)*

Zones de responsabilités			
CHEF DE DEPARTEMENT	COGESTIONNAIRE MÉDICAL	COGESTIONNAIRE CLINICO-ADMINISTRATIF	RESPONSABILITÉS PARTAGÉES
<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner les activités médicales de son département • Établir les orientations en matière de développement et de fonctionnement • Proposer les grandes orientations universitaires en collaboration étroite avec le cogestionnaire médical de programme-clientèle et les articuler via le RUIS, toujours en fonction des besoins des clientèles et des ressources allouées à la direction concernée • Effectuer les représentations découlant des orientations médicales et scientifiques auprès du Chef de service et des cogestionnaires des programmes clientèles • Recruter les membres de son équipe médicale en lien avec les responsabilités cliniques et académiques du département • Planifier les mécanismes d'attraction et de rétention des ressources médicales • Voir et soutenir le développement continu de l'équipe médicale pour qu'elle soit à la fine pointe • Assurer la transmission des informations relatives à ce développement au cogestionnaire médical de programme-clientèle ou au(x) comités de gestion et de coordination prévus à cette fin (Ex.: coordination de la cogestion) • Établir les protocoles de traitements médicaux et les règles d'utilisation des ressources médicales, pharmaceutiques et matérielles • Décider de toutes les questions d'ordre médical relevant de sa fonction 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer au développement des grandes orientations établies avec les chefs de département, en collaboration étroite avec le cogestionnaire clinico-administratif du programme clientèle et les articuler via le RUIS (si requis) en fonction des besoins des clientèles et de l'établissement • Définir les orientations médicales et scientifiques du programme clientèle en conformité avec la mission, la vision, les buts et les valeurs de la direction concernée et du département clinique • Établir des règles d'accessibilité aux services médicaux du regroupement avec les partenaires internes et externes, en tenant compte de la demande et de la disponibilité des ressources • Collaborer au recrutement et à l'attraction des ressources médicales et, au besoin, des ressources professionnelles du programme clientèle • Établir les liens nécessaires pour que le programme-clientèle s'harmonise en fonction du continuum de soins et de services avec les réseaux locaux et veiller à la continuité des soins inter programmes-clientèles le cas échéant • Planifier ou voir à la planification des protocoles médicaux et des standards de pratique professionnelle en lien avec les chefs de services médicaux • Évaluer les résultats cliniques et la qualité des soins et, soumettre les besoins requis en effectifs médicaux auprès des chefs de services médicaux et 	<ul style="list-style-type: none"> • Participer et contribuer à l'élaboration des règles d'accessibilité et de priorités aux services du programme-clientèle • Établir, lorsque requis, les procédures et vérifier le bon fonctionnement de l'accueil en fonction des règles d'accessibilité et des priorités établies pour le programme-clientèle • Participer aux réunions des départements cliniques en lien avec le programme-clientèle • Voir au respect des normes visant à assurer des pratiques sécuritaires des soins et des services au sein du programme-clientèle • En alignement sur les orientations médico-clinico-administratives de la direction concernée arrêtées pour le programme-clientèle, effectuer l'ensemble des activités de gestion relatives: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ressources humaines ○ Ressources financières (le budget) ○ Ressources physiques (installations) ○ Ressources matérielles et informationnelles • Planifier les besoins en main d'œuvre du programme-clientèle et recruter les ressources humaines requises en fonction des orientations médico-clinico-administratives établies pour le programme-clientèle • Voir au développement en continu des compétences des personnels cliniques et non cliniques sous sa responsabilité pour le programme-clientèle • S'assurer de l'application et du respect des conventions collectives, des lois, 	<p>Avec le chef de département et les cogestionnaires médicaux et clinico-administratifs du programme-clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travailler en étroite collaboration • Gérer conjointement l'information • Collaborer avec à la direction de rencontres ou représentations auprès de l'Agence et des autres instances supérieures • Assurer la disponibilité des ressources humaines et des équipements requis pour répondre aux besoins des clientèles • Soutenir la coordination de l'interdisciplinarité et conséquemment de l'inter programme-clientèle • Participer à la gestion et au suivi des plaintes selon leurs champs respectifs d'autorité <p>Par les cogestionnaires médicaux et clinico-administratifs du programme-clientèle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créer une structure de direction du programme-clientèle qui respecte la représentation des activités cliniques et techniques • Partager l'information et établir les stratégies communes d'intervention ou de gestion • de représentation visant à assurer la réalisation des orientations médicales, cliniques et administratives du programme-clientèle, son développement et son bon fonctionnement, et ce, à l'intérieur des ressources allouées, de la planification stratégique et des orientations de l'établissement ou de la direction concernée • Établir la répartition des rôles et responsabilités pour la représentation auprès de la direction

Zones de responsabilités

CHEF DE DEPARTEMENT	COGESTIONNAIRE MÉDICAL	COGESTIONNAIRE CLINICO-ADMINISTRATIF	RESPONSABILITÉS PARTAGÉES
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la distribution pertinente et optimale des soins médicaux et pharmaceutiques, en collaboration avec le cogestionnaire médical du programme-clientèle • Assurer la résolution des problèmes d'ordre médicaux en lien avec le fonctionnement du département • Élaborer la liste de garde conformément aux règlements du département et veiller à sa mise en application • Stimuler et appuyer le développement de l'enseignement, de la recherche et de l'évaluation clinique pour l'ensemble de son département • Évaluer les résultats cliniques obtenus • Voir au respect des normes et pratiques établies au plan médical, et, au besoin, si inobservance d'un médecin, en informer le DSP 	<p>des chefs de département clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les problèmes d'ordre médical en lien avec le fonctionnement du programme-clientèle et assurer la résolution de ceux-ci • Analyser les besoins en lien avec le développement continu de l'équipe médicale selon les orientations retenues par les chefs de département et effectuer le suivi auprès des responsables de la direction concernée ou de l'établissement selon le cas • Encourager et soutenir le développement scientifique relatif à l'enseignement, la formation médicale, l'évaluation et la recherche en lien avec le programme-clientèle • Participer et contribuer à la planification des ressources humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles du programme-clientèle • Participer et contribuer à la planification et à l'acquisition des équipements médicaux spécialisés et des immobilisations en lien avec les besoins du programme-clientèle 	<p>règlements, normes et des politiques de l'établissement et de la direction concernée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superviser les processus relatifs aux acquisitions et au renouvellement des appareils médicaux requis pour les activités cliniques du programme-clientèle selon les règles d'acquisition de l'établissement en vigueur, après consultation des instances appropriées médicales ou administratives et avec les services spécialisés de l'établissement • Élaborer et mettre en application les programmes d'assurance-qualité pour l'ensemble du parc technologique • Accompagner et soutenir les activités relatives au Lean management au sein du programme-clientèle • Collaborer au suivi des budgets de recherche issus de subventions d'organismes formels ou en collaboration avec l'industrie: <ul style="list-style-type: none"> ○ pour le développement clinique ○ pour les contrats de service • Assurer la prise de décision, à l'intérieur de ses responsabilités et autorisations, de toute question administrative liée au programme-clientèle • Établir des mécanismes et assurer la gestion des plaintes en conformité avec les politiques de l'établissement • Assurer la mise en œuvre du processus de résolution des problèmes administratifs au sein du programme-clientèle • Superviser et promouvoir le développement de nouvelles techniques de traitement en fonction des orientations médicales de l'établissement, de l'établissement ou du programme-clientèle 	<p>concernée et de la direction de l'établissement le cas échéant ainsi qu'auprès des autorités régionales ou universitaires et autres partenaires et instances internes ou externes et, des réseaux de soins de santé et services</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'interne, mettre en place des mécanismes efficaces de communication entre les chefs d'unités ainsi qu'avec les autres responsables et les chefs de services médicaux du programme-clientèle • S'entendre sur la stratégie de communication interne et externe du programme-clientèle • Participer à la détermination des orientations cliniques et scientifiques du regroupement, des résultats cliniques de la qualité des soins et au suivi des plaintes de la clientèle concernant le programme-clientèle • Soutenir les chefs de département pour les grandes orientations universitaires • Établir et voir au respect des protocoles, normes et pratiques professionnelles • Résoudre les problématiques de fonctionnement opérationnel du programme-clientèle impliquant les médecins et le personnel et établir les règles administratives de conduite dans le cas de conflit (système sans surprise) • Recommander aux codirecteurs de la direction concernée l'allocation des ressources pour le programme-clientèle • Détermine les besoins et planifie l'acquisition et le renouvellement du matériel de diagnostic et de traitement ainsi que des équipements médicaux spécialisés • Assurer la contribution des équipes cliniques du programme-clientèle aux

Zones de responsabilités

CHEF DE DEPARTEMENT	COGESTIONNAIRE MÉDICAL	COGESTIONNAIRE CLINICO-ADMINISTRATIF	RESPONSABILITÉS PARTAGÉES
		<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer les contrôles de qualité des pratiques professionnelles autres que médicales et du travail du personnel non clinique • Coordonner le travail de mise en service des appareils et des systèmes informatiques lorsque requis • Assurer la tenue des statistiques et rédige ou s'assurer de la production des rapports de gestion exigés par la direction concernée ou établissement • Soutenir au besoin, le chef du département dans la recherche de solutions aux problématiques de nature administrative • Élaborer les projets de développement en tenant compte des ressources disponibles 	<p>projets de recherche le cas échéant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer le suivi de la résolution des problèmes de fonctionnement et de traitement des plaintes s'adressant au programme-clientèle •