



CANADIAN COLLEGE OF
HEALTH LEADERS
COLLÈGE CANADIEN DES
LEADERS EN SANTÉ

Leaders: Le chaînon manquant dans la performance du système de santé



Responsables de la santé
dans la recherche de
main-d`oeuvre en santé
la politique et la
planification

2

GRAHAM DICKSON, ROSS BAKER, DENNIS KENDEL ET RACHEL BARD

3

Graham Dickson, PhD

Conseiller principal en politiques de CHLNet et conseiller en recherche du CSPE

4

Thèse

- ▶ Leadership et gestion dans le système de santé canadien est cruellement de fond et sous-estimée pour le rôle qu'il est appelé à jouer.
- ▶ Il est temps de "professionnaliser" leadership et gestion

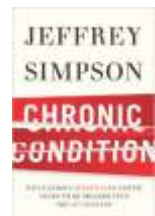
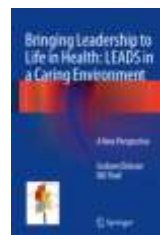
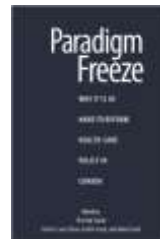
5

L`expérience internationale

- ▶ Leadership est le “fil d`or” qui traverse toute discussion sur la réforme et l`amélioration (Ham, 2014)
- ▶ Le Royaume-Uni et l`Australie ont des approches nationales en matière de planification de la main-d`œuvre qui comprend le leadership en santé
 - ▶ Santé du SSN
 - ▶ Leadership academie du SSN – £50 M par année
 - ▶ Personnels de santé en Australie
 - ▶ \$5M sur 3 and pour la formation du DA, le développement de l`outil et le développement du leadership autochtone

6

Recherche sur le leadership de la santé



La performance du système

- ▶ Les fonds Commonwealth toujours en retard 10 des 11 pays (Juin 2014)
- ▶ Seulement devant les États-Unis
- ▶ Une de la plupart des systèmes décentralisés dans le monde développé
- ▶ Plans incompatibles provinciaux, territoriaux, assurance santé nationale, politiques, la législation, le réglementation, les priorités, les modèles de financement et instruments de responsabilisation

EXHIBIT ES-1. OVERALL RANKING

Country Rankings

Top 2*
Middle
Bottom 2*

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING (2013)	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Quality Care	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe Care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Access	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Efficiency	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Equity	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
Healthy Lives	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
Health Expenditures/Capita, 2011**	\$3,800	\$4,522	\$4,118	\$4,495	\$5,099	\$3,182	\$5,669	\$3,925	\$5,643	\$3,405	\$8,508

Notes: * Includes ties, ** Expenditures shown in \$US PPP (purchasing power parity); Australian \$ data are from 2010.

Source: Calculated by The Commonwealth Fund based on 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults; 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians; 2013 International Health Policy Survey; Commonwealth Fund National Scorecard 2011; World Health Organization; and Organization for Economic Cooperation and Development, *OECD Health Data, 2013* (Paris: OECD, Nov. 2013).

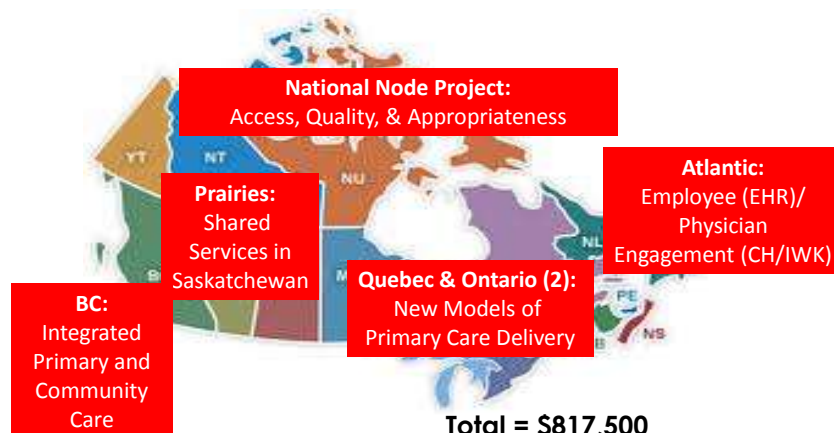
Un milieu de travail sain?

- ▶ Employés de la santé sont éteints en congé de maladie, l'indemnisation des travailleurs et d'invalité à long terme que n'importe quelle autre entreprise
- ▶ Les plus grands et les plus dynamiques revendications sont le stress et l'anxiété liée
- ▶ Une récente étude américaine: les employés de l'hôpital sont plus susceptibles d'être diagnostiqués avec les maladies chroniques come l'asthme, l'obésité et la dépression, et étaient cinq pour cent plus susceptibles que la population générale d'être hospitalisé



WHO Healthy Workplace model

Action Participative des projets de recherche à travers le Canada



Total = \$817,500

- Subventions du IRSC (\$350,000),
- Subventions du MSFHR (\$100,000)
- Des contributions en nature

11

Résultats du PASS : ce que nous savons

- **De nouvelles capacités** nécessaires – les systèmes de pensée, la réflexion stratégique et le développement de la relation
- Qualité du **leadership du médecins** – à tous les niveaux est nécessaire
- Trop **désabonnement**
- **Alignement** de la pensée et l'action autour des capacités de leadership collectif
- **FILS** comme un langage commun
- Nécessité d'une **planification systématique** de la relève et le développement du leadership

12

Ce que nous ne savons pas

- Clarifier le lien entre les investissements dans le développement du leadership et la performance en santé.
- Déterminer la dynamique pratique de leadership partagé; comment il fonctionne et comment il peut être opérationnalisé pour créer une vision commune de la réforme de la santé.
- Articuler de façon significative, les approches novatrices pratiques de leadership pour engager les patients, les familles et le public.
- Offrir une plus grande clarté quant à l'importance de et le développement de stratégies d'engagement pour assurer que les médecins sont des partenaires dans la direction de la réforme.
- Qu'est-ce qui doit être fait pour professionnaliser la direction et la gestion cadre en matière de santé; par exemple, l'étendue du contrôle; l'éducation obligatoire; accréditation; etc

13

Le Leadership dans les soins primaires

Ross Baker, PhD

Professeur à l'institut de politique et gestion de la santé et de l'évaluation, de l'Université de Toronto

14

Pourquoi le Canada n'a pas créé des soins primaires plus forts?

- Starfield (2008): «Le Canada est un suiveur pas un leaderTous pays qui est sérieux au sujet de soins primaires auraient tendance à éviter de se concentrer sur les objectifs de qualité axées sur les maladies»
- Glazier (2012): «Malgré d'importants investissements de l'Ontario dans les soins primaires ... de nombreux patients continuent d'être sans accès en temps opportun aux soins et le recours à des cliniques sans rendez-vous et des services d'urgence reste élevé»
- Hutchison and Glazier (2013): «Les dernières années ont vu de profonds changements dans le financement et l'organisation des soins primaires en Ontario. Cependant, des contraintes budgétairesimposent une menace pour le processus de transformation en cours»

15

Nouveaux modèles de soins primaires

- Ontario: les équipes Santé familiale, des cliniques dirigées d'infirmières praticiennes
- Québec: Les Groupes de Médecines de Famille
- Alberta: Cliniques de soins de la famille
- Colombie-Britannique: divisions de pratique générale
- Questions clés pour tous ces groupes:
 - Est-ce que ces modèles promouvoient les soins primaires de qualité supérieure?
 - Ont-ils améliorer les performances du système?

16

Certaines questions cruciales pour les soins primaires efficaces

- Établir le travail d'équipe interprofessionnelle
- Les programmes de développement et le maintien de la gestion des maladies chroniques et la prévention
- Développer des systèmes d'information efficaces qui informent la pratique
- Développer une mesure systématique du rendement et l'amélioration de la qualité
- Assurer l'accès rapide aux soins et la continuité au sein de la clinique
- Amélioration de la coordination avec d'autres fournisseurs dans le continuum des soins
- Création d'une gouvernance efficace

17

Leadership pour des soins primaires plus efficace

- Étude de nœud de l'Ontario de quatre organisations de soins de santé primaires
 - 3 équipes de santé familiale
 - 1 Clinique dirigée d'Infirmière praticienne
- Ces quatre organisations ont été sélectionnées selon un processus de nomination où l'on a demandé aux experts en la matière et les parties prenantes d'identifier les ESF et CDIP qui étaient "très performantes"
- Des études de cas détaillées ont été menées au moyen d'entrevues et l'analyse de documents analysis
- Un calendrier d'entrevue a été élaboré sur la base de la compréhension du leadership en 3 phases de ESF / développement CDIP
 - Initiation/création
 - Modèle/développement
 - exécution
- Au total 44 entretiens ont été réalisés à travers les quatre sites avec des cliniciens, d'autres membres de l'organisation et des observateurs externes qui connaissaient les organisations

18

Principales constatations sur le leadership

- Dans les trois équipes de santé familiale, les médecins chefs de file ont été la clé pour le développement de l'ESF.
 - Ils ont vu les possibilités offertes par le nouveau modèle de pratique et ont cherché à innover, et à servir leurs patients et leurs communautés
- Dans la CDIP la direction a émergé d'un groupe de IP qui étaient préoccupés par l'accès des patients à leurs communautés et sur le chômage des IP

19

Conclusions, 2

- Le leadership dans les équipes de santé familiale et CDIP n'était pas fondée sur des cliniciens seul, mais a été réparti entre plusieurs rôles.
 - Les directeurs exécutifs dans les ESF ont été la clé de la mise en œuvre réussie du nouveau modèle
 - D'autres cliniciens ont joué des rôles importants dans le développement de nouveaux programmes et des nouvelles pratiques

20

Conclusions, 3

- Compétences clés des dirigeants incluent:
 - Capacités à s'engager et à motiver ses collègues à explorer ces nouveaux modèles efficacement
 - Écoute forte, de la communication et les compétences interprofessionnelles
 - Tact, diplomatie et de perspicacité politique
 - Habbités de collaboration avec les fournisseurs à la fois des médecins et non-médecins
 - Capacités de négociation fortes
 - Capacités à mobiliser les parties prenantes externes de soutien
 - L'intelligence émotionnelle et politique

Étude de cas du Québec: groupes de médecine de famille

21

- Lancé au début des années 2000
 - Comme les équipes de santé familiale, les groupes de médecine familiale sont des équipes pluridisciplinaires menées par les médecins - en général de 6 à 10 médecins qui travaillent avec les infirmières et parfois d'autres fournisseurs
 - Les GMF ont été conçus pour améliorer les besoins de santé primaire et de la population en particulier autour de la gestion des maladies chroniques et de l'accès et de relier plus efficacement à d'autres fournisseurs de soins, notamment CSSS - Centres de Santé et Services sociaux qui combine les CLSC, les soins de longue durée et des hôpitaux dans 95 régions à travers le Québec

Étude de cas au Québec

22

- Méthodes
 - Trois GMF ont été étudiés dans une approche multi-phase à l'aide d'entrevues avec des médecins et d'autres membres clés du personnel
 - Les 3 GMF ont été identifiés comme les groupes les plus performants par les décideurs et les chercheurs
 - Un calendrier d'entrevue similaire a été utilisée pour la recherche en Ontario afin de permettre une comparaison entre les provinces
 - Au total 13 entretiens ont été réalisés dans la première vague et 6 entretiens dans la deuxième

Résultats de l'étude de cas du Québec

23

➤ Conclusion:

- Comme en Ontario, les nouveaux groupes de soins primaires ont été basés sur la participation volontaire des médecins stimulés par des incitations financières, du soutien organisationnel et le paiement du personnel supplémentaire
- Les dirigeants médecins ont joué un rôle important dans le déclenchement des GMF en engageant leurs collègues médecins à négocier avec le gouvernement dans le développement de contrats de services
- Contrairement à l'Ontario, les GMF sont explicitement liés à des structures régionales et ont été tenus d'élaborer des accords qui précisaient ces relations

Résultats de l'étude de cas du Québec

24

➤ Conclusions sur le leadership:

- Pendant la phase de mise en œuvre, les médecins directeurs exécutifs ont joué un rôle clé en aidant à mettre en place des systèmes internes et à expliquer et promouvoir le rôle des infirmières au sein des groupes
- Comme en Ontario, ces GMF plus performants ont démontré leadership distribué, en particulier autour de l'élaboration de protocoles de soins infirmiers, et la coordination entre les GMF et les réseaux du système de santé
- Les GMF ont été tenus de signer des contrats qui précisaient les caractéristiques opérationnelles des groupes; dans de nombreux cas les dirigeants médecins ont cherché à négocier des changements dans ces accords où les différents arrangements locaux ont fait plus de sens

25

Remarques finales

- L'analyse complète des similitudes et des différences entre le développement et la mise en œuvre des ESF et NPLCs en Ontario et GMF au Québec sera réalisée à l'étape suivante
- Les différences entre l'Ontario et le Québec dans le contexte de la politique et des relations entre les organisations de soins de santé primaires et les réseaux régionaux font de ce cas particulier intéressant
- Les questions clés incluent:
 - Comment ces différences ont-elles influencé les stratégies et les tactiques de leadership adoptés dans chaque situation?
 - Comment une plus grande taille et un plus large éventail de professionnels de la santé ont-ils influencé la dynamique de leadership dans les groupes de soins primaires de l'Ontario?
 - Quels sont les points de vue des dirigeants de médecins et d'autres sur les capacités de ces organisations pour faire face aux défis actuels?

Un besoin évident dans les deux paramètres est la formation en leadership plus supplémentaires et le renforcement des capacités qui permettra à d'autres organisations de soins de santé primaires de développer les capacités présentées par les organisations qui ont été au centre de cette étude

26

Dr. Dennis Kendel

Chef de la direction, Agence de recrutement de médecins de la Saskatchewan

27

Rachel Bard

Ancienne chef de la direction de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers

28

Analyse comparative des questions de recherche

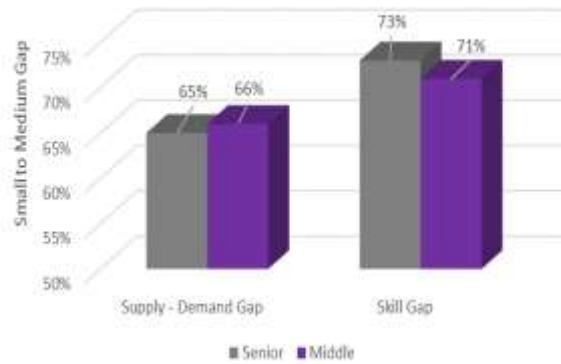
- ▶ 1. Existe-il un manque de leadership au Canada?
- ▶ 2. Quelle est la taille de l'écart?
- ▶ 3. Quelle est l'importance de l'écart?
- ▶ 4. Qu'est ce qui est fait pour combler l'écart?

29

Quelle est la
taille de
l'écart?

Résultats

Figure 1: Size of Leadership Gap

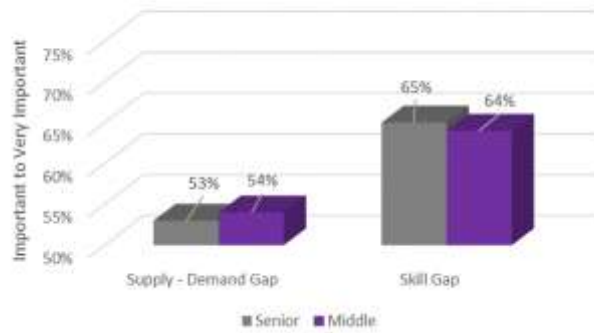


30

Quelle est
l'importance
de l'écart?

Résultats

Figure 2: Importance of Leadership Gap



31

Résultats de l'analyse comparative

- ▶ Une certaine vérité à la perception, il y a un manque de leadership au Canada, bien que la moitié semble la même qu'il y a cinq ans
- ▶ ACISU plus préoccupé par l'étendue de l'écart et la force de que leurs dirigeants ont sur les capacités de leadership essentielles
- ▶ Plus de déficit de compétences que l'offre à la demande
- ▶ Ne pas protéger le temps pour le développement du leadership et une faible satisfaction des budgets et des programmes
- ▶ Leadership un catalyseur fondamental clé de la performance du système et la réforme de la santé

32

Leadership infirmier

- ▶ Pertinence de l'écart
- ▶ Bilan
- ▶ Priorités
- ▶ Agenda de la qualité
- ▶ 3 – quatre – 50 messages
- ▶ Intelligence d'équipe

www.chlnet.ca

Un meilleur leadership, une meilleure santé – ensemble