



**Une action commune en vue d'établir
un cadre stratégique canadien pour
le leadership en santé :
Document de travail**

2014

Préface

Le RCLS, une coalition établie dans un but bien précis par 40 organisations (appelées les partenaires du Réseau), a lancé ce processus de consultation sur un cadre stratégique canadien pour le leadership en santé. La vision du RCLS, **un meilleur leadership, une meilleure santé — ensemble**, ne pourra se concrétiser que si l'on trouve des moyens nouveaux et plus innovateurs de travailler ensemble pour accroître la capacité de leadership, tel qu'expliqué de façon détaillée dans le nouveau plan stratégique du Réseau (voir le site www.CHLNet.ca).

Le RCLS a créé un groupe d'experts ad hoc pour rédiger ce document de travail. Ce groupe, présidé par la D^{re} Gillian Kernaghan (représentante de la Société canadienne des médecins gestionnaires et PDG de St. Josephs Health Care London), a guidé cet effort au cours des neuf derniers mois. Ses membres comprennent Carla Anglehart (Health Association NS), Graham Dickson (conseiller du RCLS), Jocelyn Chisamore (Emerging Health Leaders), Emily Gruenwoldt Carkner (Association médicale canadienne), Frank Krupka (Université du Manitoba et Région sanitaire de Winnipeg/Centre for Healthcare Innovation), Suzanne McGurn (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario), Paddy Meade (sous-ministre, Santé et Affaires sociales du Yukon), Brenda Rebman (Alberta Health Services), June Webber (Association des infirmières et infirmiers du Canada), Bill Tholl (RCLS) et Kelly Grimes (RCLS).

Le document de travail a pour but d'entamer un dialogue national sur l'action concertée nécessaire pour améliorer la capacité de leadership dans l'ensemble du Canada et du système, ce qui constitue une des quatre nouvelles orientations stratégiques du RCLS. Il vise à constituer une base pour une concertation éclairée par des données probantes parmi les leaders du secteur canadien des soins de santé. Il fait fond sur une série longitudinale de six études de cas réalisées sur une période de quatre ans sous la direction du RCLS, qui examine le rôle crucial du leadership dans la réforme du système de santé.

Résumé

Le système de santé canadien est à la fois une source de fierté et de préoccupation. La demande de services augmente sous l'effet jumelé de la démographie et de la technologie, alors que nous continuons de ressentir les effets d'un des ralentissements économiques les plus profonds et les plus longs de notre histoire. Le rendement du système de santé canadien continue de diminuer comparativement à celui d'autres pays. Le taux de roulement élevé parmi les cadres de direction et les responsables des politiques demeure une source de préoccupation alors que de profonds changements s'opèrent dans chaque région du pays. L'accroissement de la surveillance et de l'obligation de rendre des comptes au public auxquelles nos leaders sont soumis fait qu'il est difficile d'attirer et de retenir les talents. Les résultats récents d'une étude de recherche pluriannuelle canadienne donnent à penser qu'il existe un manque de leadership important et croissant. Par conséquent, la plupart des grands rapports sur les politiques indiquent qu'un leadership fort et efficace est un facteur de succès critique pour améliorer le rendement du système.

Ce document de travail a été élaboré afin d'aborder ce nouveau paradigme politique, c'est-à-dire de développer et de renforcer la capacité de leadership en santé du Canada au moyen d'une approche collective qui englobe toutes les régions et disciplines. Le RCLS, une coalition créée dans un but précis par 40 organisations (appelées les partenaires du Réseau), a lancé ce processus de consultation afin d'entamer un dialogue national sur les mesures nécessaires pour atteindre un consensus sur un *cadre stratégique canadien pour le leadership en santé*. Le document a pour but de constituer une base pour un dialogue crucial parmi les leaders du secteur canadien des soins de santé.

Des données probantes indiquent que le leadership, tout en étant indéniablement une fonction du temps, du lieu et des circonstances, réunit certaines capacités communes que l'on retrouve chez les leaders ayant le plus d'impact. Il s'agit de compétences acquises et non pas d'un don inné. Le leadership est devenu un art et une science qui ont donné lieu à de nouvelles théories (p. ex., du leadership situationnel, des traits caractéristiques ou du comportement) et à de nouveaux modèles de leadership (p. ex., partagé). De plus en plus, on perçoit le leadership comme une nouvelle discipline en soi, et non plus comme une fonction se rattachant à un poste ou au pouvoir. En plus, le leadership est de plus en plus souvent considéré comme un « bien commun », en ce sens que tout le monde bénéficie de l'accroissement de notre capacité de leadership collective et qu'un effort concerté est requis pour accroître efficacement la capacité de leadership globale dans l'ensemble du pays. Compte tenu de ces questions et tendances, comment faire pour travailler ensemble afin de progresser vers l'atteinte de ce but?

Ce document de travail vise à préparer la voie à l'établissement d'un cadre stratégique soutenant une action concertée. Nous parlons d'un cadre stratégique, plutôt que d'une stratégie, afin de reconnaître l'existence du système décentralisé de financement et de prestation des soins de santé au Canada.

La recherche et les avis d'experts démontrent que l'accroissement du leadership à fort impact exige que l'on mette en œuvre une stratégie soutenue à plusieurs volets et axée sur la collaboration si l'on veut réaliser de profonds changements. Les éléments clés d'une telle stratégie devraient être :

1. la création d'une vision et d'une approche collectives;
2. l'établissement d'une plate-forme de leadership commune;
3. le rassemblement de plus de données probantes sur l'innovation et les pratiques exemplaires;
4. l'amélioration des aptitudes et de la capacité de leadership;
5. la mesure et l'évaluation du succès.

Il y a cinq ans, le leadership ne faisait pas partie du paysage politique, mais on le considère maintenant comme un élément essentiel pour créer un système de santé axé sur le patient et à haut rendement. Une approche collaborative pancanadienne pour parvenir à l'excellence en leadership dans le domaine de la santé est requise pour réaliser la vision qu'est *un meilleur leadership, une meilleure santé — ensemble*.

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte	2
Diminution du rendement du système de santé canadien	2
Un appel au leadership fort.....	3
Enjeux et tendances du leadership.....	5
Émergence en tant que discipline	6
Perçu comme un bien commun.....	6
La montée du leadership partagé.....	7
Le roulement rapide se poursuit	8
Une fonction du temps, du lieu et des circonstances.....	9
Compétences acquises	9
Principaux éléments d'un cadre stratégique.....	10
1. Créer une vision et une stratégie collectives	10
2. Établir une plate-forme commune du leadership	14
3. Recueillir davantage de données probantes sur l'innovation et les pratiques exemplaires.....	15
4. Accroître la capacité et les aptitudes	17
5. Mesurer et évaluer le succès	19
Cadre stratégique pancanadien proposé pour le leadership en santé.....	19
En résumé.....	21
Et maintenant?	21
Bibliographie	23
Annexe A: Enjeux et options pour le leadership au service de la santé, selon le projet des PASS	27

Une action commune en vue d'établir un cadre stratégique canadien pour le leadership en santé : Document de travail

Introduction

Le système de santé canadien ne cesse de changer, et pourtant, les défis que posent la complexité et le rythme du changement n'ont jamais été aussi énormes. Le profil des leaders du système de santé est plus diversifié que jamais, étant donné que de plus en plus de cliniciens acceptent des postes de cadre, et plus « mûr » qu'il ne l'a jamais été, étant donné la majorité croissante de leaders qui atteignent l'âge normal de la retraite. La démographie, comme le fait remarquer David Foot, c'est le destin. Cela vaut pour la population en général ainsi que pour le profil des leaders en santé. Les données du recensement de 2011 indiquent que le Canada a atteint de nouveaux records démographiques. En effet, les aînés représentent maintenant presque 15 % de la population, et la proportion de la population en âge de travailler, c'est-à-dire les personnes de 45 à 64 ans, s'établit à 42,4 %¹.

De plus en plus, les données tendent à démontrer que les postes de cadre supérieur ont perdu de leur attrait. Plus précisément, les pressions exercées par la conciliation travail-vie, la politisation des postes de cadre supérieur et l'accroissement de la surveillance et de l'obligation de rendre des comptes au public font en sorte qu'il est plus difficile d'attirer et de conserver des leaders à fort impact. Ensemble, tous ces facteurs contribuent à une pénurie importante et croissante de leadership.

Les innovations ne réussissent que lorsqu'elles ont comme chefs de file des personnes qui les défendent et qui créent un environnement favorable et propice à appuyer une main-d'œuvre autonome et engagée.

Conseil de la fédération, 2012.

Compte tenu de cette nouvelle réalité, comment pouvons-nous mieux travailler ensemble, entre régions et disciplines, pour améliorer et agrandir la réserve de talents en leadership dans le secteur canadien de la santé? Cette réserve comprend tous les leaders à tous les niveaux du système, depuis les nouveaux jusqu'aux cadres supérieurs ou dirigeants.

Ce document de travail a été rédigé afin d'aider à aborder ce nouveau paradigme politique : travailler ensemble pour développer et renforcer la capacité de leadership en santé du Canada dans le cadre d'une stratégie intégrée relative aux ressources humaines en santé. Après de vastes consultations, comprenant un forum coparrainé sur le leadership en santé qui aura lieu à Montréal le 14 février 2014 ainsi qu'une séance de dialogue délibératif dont l'Université McMaster sera l'hôte le 4 mars 2014, on

¹ Statistique Canada, *La population canadienne en 2011 : âge et sexe*, 2012. Site Internet : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011001-fra.cfm>

préparera un *document d'orientation* exposant les grandes lignes d'une approche et d'un cadre stratégique pancanadiens pour développer et renforcer la capacité de leadership en santé dans l'ensemble du système. Notre but est de présenter ces constatations au Conseil des sous-ministres de la Santé pour examen.

Contexte

Diminution du rendement du système de santé canadien

Dans le passé, le Canada était le chef de file mondial en ce qui concerne la réflexion sur la santé, la mesure de la santé et, jusqu'à assez récemment, la prestation des soins de santé. Toutefois, des rapports récents provenant de diverses organisations indiquent que le rang que le Canada occupe dans les classements internationaux du rendement des systèmes de santé a progressivement baissé (voir les rapports du Commonwealth Fund, de l'OCDE, de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et du Conference Board du Canada).

On s'entend de plus en plus pour dire que les 14 systèmes de santé distincts du Canada doivent délaisser « l'innovation par accident » et passer à « l'innovation délibérée » et que le leadership est le principal catalyseur de l'innovation dans le système de santé. L'abandon, par le gouvernement fédéral, de son rôle traditionnel de leader ou de « convocateur » complique aussi le défi que présente l'accroissement de la capacité de leadership, quoiqu'on assiste à une restructuration des rôles et responsabilités respectifs dans le système².

On observe de vastes initiatives en matière de leadership, plusieurs provinces et territoires ayant adopté des stratégies extrêmement différentes pour améliorer leur système, comme l'approche LEAN de la Saskatchewan, les maillons santé et IDEAS en Ontario ou l'amélioration fondée sur la population au Québec. L'initiative *Triple Aim* (élément central de l'Institute for Healthcare Improvement des États-Unis axé sur les trois objectifs : *meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur*) est largement adaptée partout au Canada. Certaines provinces, comme la Saskatchewan, y apportent des modifications (en ajoutant le quatrième élément *meilleures équipes*), mais le but reste le même, c'est-à-dire favoriser l'innovation à plus grande échelle.

Toutefois, les données indiquent que 70 % de ces initiatives en vue d'améliorer les systèmes échoueront³, le leadership inadéquat étant la principale cause de ce manque de succès durable. Les leaders doivent être présents, capables de s'adapter et de répondre à chaque situation unique pour créer des « conditions gagnantes » pour la restructuration du système, ce qui comprend la création d'une vision claire et convaincante, le maintien d'une culture axée sur la sollicitude et le partage en vue d'encourager l'innovation et l'apprentissage, le mentorat délibéré et le renforcement de la confiance dans l'ensemble du système. Pourtant, ces éléments fondamentaux apparaissent rarement ou sont rarement soutenus dans le milieu actuel.

² B. Tholl et G. Bujold, *Functional Federalism and the Future of Medicare in Canada*, HEAL, 2011.

³ T. Ball, *So, Your Health Link Wants to Succeed: Measures to Overcome Five Learning Disabilities*, 2013. Site Internet : <http://quantumtransformationtechnologies.com/category/blog/>

Le leadership en santé est la capacité collective d'un individu ou d'un groupe d'influencer les gens pour qu'ils travaillent ensemble dans le but d'atteindre une fin constructive commune : la santé et le bien-être de la population que nous servons.

Dickson et Tholl, 2014.

Un appel au leadership fort

Aux fins de ce document de travail, nous définissons le leadership comme étant « la capacité d'un individu ou d'un groupe d'influencer les gens pour qu'ils travaillent ensemble dans le but d'atteindre une fin constructive »⁴. Rappelons-le, le leadership est de plus en plus considéré comme un facteur de succès essentiel pour améliorer le rendement des systèmes. Certains rapports ont cerné des domaines particuliers, comme la réforme des soins primaires, où le manque de leadership est particulièrement évident partout au Canada⁵. La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a mentionné le besoin d'un « leadership fort » (2002); le Conseil canadien de la santé a recommandé un « leadership solidaire » (2012); et le rapport des premiers ministres intitulé *De l'innovation à l'action* a identifié des « leaders présents » comme une des quatre conditions préalables essentielles pour améliorer la performance du système (2012). Le rapport de septembre 2013 du Conseil canadien de la santé, intitulé *Meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur pour tous : Recentrer la réforme des soins de santé au Canada*, considère le leadership solide comme un des cinq principaux catalyseurs de systèmes extrêmement performants⁶.

Nous considérons que le leadership est le fondement de tous les autres catalyseurs principaux, car il produit et appuie l'élan pour faire progresser les mesures d'action en vue d'atteindre les objectifs du système de santé.

Conseil canadien de la santé, septembre 2013.

⁴ G. Dickson et W. Tholl, *Bringing Leadership to Life in Health: LEADS in a Caring Environment*, Londres, Springer, 2014. Pour commander : www.springer.com/medicine/book/978-1-4471-4874-6.

⁵ M. Aggarwal et B. Hutchison, *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*, Groupe de travail canadien sur l'amélioration des services de santé de première ligne, 2012.

⁶ Conseil canadien de la santé, *Meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur pour tous : Recentrer la réforme des soins de santé au Canada*, septembre 2013.

On n'a pas encore fini de réunir les preuves, mais les études commencent à démontrer d'importants rendements de l'investissement (RDI) dans le leadership. D'autres pays, comme le Royaume-Uni (par l'entremise de son National Health Service) et l'Australie, augmentent leurs investissements dans le développement du leadership. Selon des renseignements anecdotiques, les leaders du système de santé canadien reconnaissent que l'investissement de fonds produit des résultats, mais il est difficile d'évaluer la cause et l'effet d'un impact du leadership. Le secteur privé a adopté depuis longtemps des mesures traditionnelles, comme les marges bénéficiaires, les dividendes ou l'accroissement de la valeur pour les actionnaires. On a besoin de meilleures mesures de l'efficacité du leadership pour le secteur sans but lucratif.

En ce qui concerne le secteur de la santé, il peut être difficile de mesurer l'impact du leadership, bien que d'autres mesures de la valeur des investissements dans le leadership puissent être utiles, comme l'absentéisme, l'engagement (des médecins et du personnel) ou la motivation du personnel. La recherche donne à entendre que l'amélioration de l'engagement des médecins et du personnel se traduit par une meilleure expérience pour les patients. Selon une étude récente de l'IHI, [Traduction] « une littérature fondée sur des données probantes solides appuie l'hypothèse voulant qu'il soit possible de développer efficacement les talents de leaders montants tout en progressant dans la mise en œuvre d'une stratégie, en augmentant le maintien en poste et l'engagement des employés et en offrant un rendement mesurable de l'investissement »⁷.

En 2009, la méta-analyse d'Avolio, Reichard et coll. a permis de relever 200 études sur des interventions visant le leadership dont l'effet global variait entre [Traduction] « une probabilité d'obtenir un résultat positif de 66 % comparativement à un effet aléatoire de 50/50 chez les participants »⁸. Une étude ultérieure d'Avolio (2010) a révélé que le rendement de l'investissement (RDI) prévu des interventions visant le développement du leadership variait entre 200 % et un bas RDI négatif⁹. Ellehus démontre que d'importantes organisations atteignent un accroissement de l'efficacité du leadership ou un RDI de 37 % par les moyens suivants¹⁰ :

[Traduction]

1. Mesure des comportements et résultats du leadership au lieu des activités des programmes de leadership.
2. Prise en compte du défi que présente le leadership à l'avenir.
3. Coordination des programmes de gestion des talents dans l'ensemble de l'organisation.

⁷ S. Swensen, M. Pugh, C. McMullan et A. Kabcenell, *High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs*, IHI White Paper, Cambridge (Massachusetts), Institute for Healthcare Improvement, 2013.

⁸ B. Avolio, R. Reichard, S. Hannah, S. et coll., « A Meta-Analytic Review of Leadership Impact Research: Experimental and Quasi-Experimental Studies », *The Leadership Quarterly*, 2009, vol. 20, n° 5, p. 764-784.

⁹ B. Avolio, J. Avey, J. et D. Quisenberry, « Estimating Return on Leadership Development Investment », *The Leadership Quarterly*, 2010, vol. 21, n° 4, p. 633 à 644.

¹⁰ C. Ellehus, « Improving Returns on Investment », *Strategic HR Review*, 2011, vol. 10, n° 6.

En somme, on reconnaît de plus en plus la nécessité d'accroître la capacité de leadership à fort impact dans l'ensemble du système de santé canadien, mais il n'y a pas de consensus sur une approche de conception canadienne pour répondre à ce besoin.

Enjeux et tendances du leadership

Le système de santé canadien ressent encore les effets d'un des ralentissements économiques les plus profonds et les plus longs de l'histoire canadienne. La reprise, quoique constante, est lente et inégale. Les résultats de recherches canadiennes récentes confirment qu'il y a eu de vastes changements au niveau des dirigeants politiques et responsables des politiques dans chaque province et territoire du Canada au cours des quelques dernières années. Certaines données laissent penser que ceci pourrait être attribuable à une « politisation » accrue du système de santé et à un manque connexe d'alignement entre les pouvoirs et les obligations de rendre compte dans le système. Chaque changement de leadership au niveau des dirigeants ou responsables des politiques entraîne la modification des politiques et des priorités, ce qui change le contexte des politiques et l'alignement des pouvoirs et obligations de rendre compte dans le système. Le moral est bas dans l'ensemble du système. La fatigue attribuable au changement est répandue.

Du côté positif, les données indiquent aussi que, bien que le leadership soit certainement fonction du temps, du lieu et des circonstances, il réunit certaines capacités communes que l'on retrouve chez les leaders ayant le plus d'impact. Au cours de la dernière décennie, le leadership lui-même est devenu la cible d'études et de nombreuses théories avant-gardistes ont été mises de l'avant pour expliquer comment le leadership fonctionne, comme le leadership situationnel, des traits caractéristiques ou même du comportement¹¹. Ces théories aident à mieux comprendre les connaissances et compétences particulières requises pour devenir un leader efficace ou à impact élevé dans le secteur de la santé. De nouveaux modèles de leadership, comme le leadership partagé, voient le jour, étant donné qu'une même personne ne peut pas avoir toutes les compétences requises pour effectuer d'importants changements dans un système aussi complexe que celui des soins de santé. On comprend aussi davantage l'importance d'établir un équilibre entre le leadership partagé et le leadership désigné¹².

Pour ce rapport, les preuves et pratiques exemplaires concernant le leadership seront principalement tirées de l'expérience canadienne, britannique et australienne, auxquelles s'ajouteront quelques exemples choisis provenant de l'expérience américaine. Les enjeux et tendances qui se dessinent en matière de leadership font l'objet d'un examen plus détaillé ci-dessous. Plusieurs proviennent des premiers résultats d'un projet de recherche canadien pluriannuel avant-gardiste portant sur l'importance du leadership dans le changement du système de santé (le projet PASS)¹³, mais aussi des premières éditions de l'ouvrage à paraître de Dickson et Tholl intitulé *Bringing Leadership in Health to*

¹¹ B. Avolio, F. Walumbwa et T. Weber, « Leadership: Current Theories, Research, and Future Directions », *Annual Review of Psychology*, 2009, vol. 60, p. 421-449.

¹² A. Best, T. Greenhalgh, S. Lewis et coll., « Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review », *The Milbank Quarterly*, 2012, vol. 90, n° 3, p. 421-456.

¹³ G. Dickson, B. Tholl et coll., *Draft Leadership and Design Health Insights*, projet des Partenariats pour l'amélioration du système de santé (PASS), 2013.

*Life: LEADS in a Caring Environment*¹⁴. La consultation auprès des partenaires du réseau RCLS à l'automne 2013 a fait ressortir d'autres questions à examiner, y compris la technologie en évolution constante, le manque de soutien politique, les changements dans l'économie et l'évolution démographique. Ce qui suit n'est absolument pas un examen systématique, mais plutôt un aperçu des preuves.

Émergence en tant que discipline

Comme nous l'avons indiqué plus tôt, il y a une somme grandissante de données probantes qui souligne l'importance du leadership pour le rendement organisationnel et d'un système de santé. D'autres données donnent à penser que dans un système aussi complexe que celui des soins de santé, les modèles de leadership « héroïque » sont, au mieux, limités. Une approche plus cohérente, concertée et partagée est requise pour développer la capacité de leadership et favoriser l'émergence de la prochaine génération de leaders à fort impact dans le secteur de la santé. Le leadership n'est plus considéré comme un savoir inné (c'est-à-dire, difficile à transférer à une autre personne), mais plutôt comme un ensemble de compétences qu'il est possible de développer au moyen de modèles de comportement, de mentorat ou de la gestion du rendement. Le développement du leadership consiste, entre autres, à soutenir une communauté de pratique de leaders en santé de tous les niveaux (macro, méso et micro), en accordant plus d'attention à la sphère d'influence qu'à la sphère de contrôle.

Étant donné les forces opposées en jeu dans le système, les leaders en santé doivent reconnaître et accepter ce qui les unit pour atteindre le but supérieur qui est d'améliorer la santé et le bien-être des citoyens et des patients. À mesure que les preuves s'accumulent, on voit apparaître une nouvelle discipline portant sur le leadership en santé et les exigences particulières de la direction du changement dans un système aussi décentralisé que celui de la planification, du financement et de la prestation des soins de santé.

Perçu comme un bien commun

Une prémisse fondamentale de notre système de santé, c'est que les soins de santé sont un bien commun à fournir en fonction de la capacité des gens d'en bénéficier plutôt que de la capacité de payer. De même, on considère de plus en plus le leadership en santé comme un « bien commun ». Le développement de la capacité de leadership en santé est l'affaire de tous. Toutes les provinces et tous les territoires bénéficient, directement ou indirectement, d'une augmentation de notre capacité de leadership collective. Il faut aussi en partager les frais. Si une organisation ne tient compte que des avantages directs à court terme des investissements dans le leadership, il y aura un sous-investissement systémique dans le leadership et un manque croissant de leadership¹⁵. Bien que l'on reconnaisse l'importance du leadership, il n'y a toujours pas d'effort pancanadien concerté pour veiller à ce que le leadership retienne l'attention des responsables des politiques et reçoive les investissements

¹⁴ G. Dickson et B. Tholl, *Bringing Leadership to Life in Health: LEADS in a Caring Environment*, Londres, Springer, 2014. Pour commander : www.springer.com/medicine/book/978-1-4471-4874-6.

¹⁵ Réseau canadien pour le leadership en santé, *A Report on Leadership Development Practices in the Health Sector*, 2007. Préparé par le Conference Board du Canada.

stratégiques nécessaires pour que le Canada se retrouve de nouveau dans le premier tercile des systèmes de santé les plus performants au monde.

Dans tous les secteurs, il y a des preuves non équivoques de l'existence d'un rapport solide entre la capacité de leadership et le rendement. Un bon leadership se traduit par un bon climat organisationnel, et les bons climats organisationnels créent, grâce à la satisfaction et à la loyauté accrues du personnel, des organisations viables extrêmement performantes.

NHS Leadership Academy, 2013

Les cadres supérieurs indiquent que l'aplatissement des structures hiérarchiques est nécessaire, mais comporte des avantages ainsi que des inconvénients. L'accroissement de la collaboration et du leadership partagé axés sur le travail en équipe est un réel facteur positif. L'inconvénient, c'est qu'au nom de la réduction des dépenses et de l'amélioration de l'efficacité, on a éliminé des postes de gestionnaires intermédiaires, ce qui a créé des sphères de contrôle peu maniables et non viables. En fait, certains prétendent qu'une génération de futurs cadres supérieurs a été perdue en raison de l'érosion du niveau de gestion intermédiaire dans le système.

Une conclusion globale découlant de cette discussion, c'est que les leaders actuels peuvent et doivent mieux encadrer et accompagner la prochaine génération de leaders en santé au Canada afin d'améliorer cette ressource commune et d'atteindre le but du pays, qui est d'améliorer la santé grâce à l'amélioration du leadership.

La montée du leadership partagé

On parle de plus en plus dans la littérature de l'importance du « leadership partagé », défini comme « un leadership dont certaines fonctions peuvent être déléguées ou confiées à d'autres personnes ou rôles dans une organisation »¹⁶. Le leadership collaboratif remplace les styles directifs, autocratiques ou descendants. Le leadership plus décentralisé apparaît comme le style de l'avenir, les pouvoirs et les responsabilités étant partagés entre des équipes et des individus à tous les niveaux de l'organisation.

Shamir indique que le leadership partagé prend du temps, et que pourtant, on prend rarement le temps nécessaire¹⁷. L'apprentissage avec les autres et des autres qui résulte de la participation à des comités ou à des équipes a une valeur considérable. La répartition du leadership sur plusieurs rôles, ayant tous la même vision, est de plus en plus considérée comme une mission essentielle pour assurer le rendement

¹⁶ F.W. English, *The Art of Educational Leadership: Balancing Performance and Accountability*, Thousand Oaks (CA), Sage, 2008.

¹⁷ B. Shamir, « Leadership Takes Time: Some Implications of (Not) Taking Time Seriously in Leadership Research », *The Leadership Quarterly*, 2011, vol. 22, n° 2, p. 307-315.

des organisations et des systèmes¹⁸. Aucune personne ne peut avoir toutes les capacités ou les compétences nécessaires pour régler les problèmes complexes que présentent les perpétuels changements dans le domaine de la santé. Le leadership est plutôt une responsabilité qui est partagée afin de produire des résultats pour l'ensemble de l'organisation.

Nous ne pouvons plus nous attendre à ce que les premiers dirigeants viennent, comme des héros, faire des choses merveilleuses, ni nous permettre de croire qu'il s'agit de la solution à la situation actuelle. Les soins de santé sont trop complexes pour que cela soit possible. Nous avons besoin d'un leadership beaucoup plus collectif.

Ham, 2013

Le roulement rapide se poursuit

Dans tout le système, on a besoin de mesures fiables et pertinentes de la capacité de leadership. La durée d'occupation moyenne des postes de cadres de direction et de responsables des politiques est une de ces mesures. Les cadres supérieurs dans le domaine de la santé ne restent plus en poste pendant de longues périodes. En fait, la durée d'occupation des hauts fonctionnaires est tombée de 4,5 ans au milieu des années 1970 à moins de deux ans en 2005¹⁹. L'empirisme donne à penser que cette baisse s'est poursuivie au cours des dernières années, même si la stabilité semble plus grande au niveau des PDG. Le roulement imprévu ou non coordonné des cadres supérieurs a un effet débilant sur le maintien des innovations dans le système. Par contre, on constate des taux de maintien en poste élevés au niveau des soins directs (par exemple, l'infirmière moyenne compte 18 ans d'expérience)²⁰.

Sur une note positive, certains efforts régionaux et provinciaux pour développer de façon plus systématique la capacité de leadership ont été entrepris directement (p. ex., l'initiative IDEAS de l'Ontario et la Quality Academy du BC Health Quality Council). Les universités partout au pays forment une nouvelle génération de leaders. À l'échelle nationale, le programme FORCES a produit plus de 300 leaders hautement qualifiés et qui pourraient avoir un impact élevé. En plus, une plate-forme commune d'apprentissage du leadership bénéficie d'une acceptation croissante partout au pays (on parle ici du *Cadre national des capacités de leadership en santé LEADS*). Les programmes de leadership offerts au Canada ne sont pas très nombreux, mais nous devons exploiter et mettre à profit l'activité dans le cadre de ces programmes, l'intérêt et les occasions afin de progresser vers nos buts en matière de leadership.

¹⁸ G. Currie et A. Lockett, « Distributing Leadership in Health and Social Care: Concertive, Conjoint or Collective? » *International Journal of Management Reviews*, 2011, vol. 13, p. 286-300.

¹⁹ W.G. Tholl et coll. « Passing the Baton », *Healthcare Management Forum*, 2006, vol. 19, n° 1, p. 14-40.

²⁰ Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers, *La main-d'œuvre infirmière*, document d'information de la FCSII, 2012. Site Internet : http://fcsii.ca/sites/default/files/2012.backgrounder.nursing_workforce.fr_0.pdf.

Une fonction du temps, du lieu et des circonstances

Le changement est toujours présent dans le système de santé et exige un leadership complexe, axé sur le patient et flexible. Le leadership doit s'adapter à chaque situation unique en fournissant le soutien requis pour assurer le succès. Il n'y a pas une seule approche de l'exercice du leadership. Dans une situation complexe, les leaders doivent plutôt se tourner vers la collaboration et la diversité, créer de l'optimisme et bâtir une vision pour l'avenir²¹.

Le leadership individuel est important. La connaissance de soi et la gestion et l'amélioration personnelles doivent être intégrées dans l'apprentissage en tant qu'éléments fondamentaux. Faire la bonne chose au bon moment pour obtenir le bon résultat, aussi bien pour les patients que pour les gens, est une chose difficile même dans un milieu stable. C'est là une différence fondamentale entre une bonne gestion (bien faire les choses) et un bon leadership (faire les bonnes choses).

Le succès en leadership est quelque chose auquel il faut travailler toute sa vie avec d'autres personnes. Pour bâtir des équipes efficaces, il faut accepter que les différences dans la formation des professionnels de la santé engendrent des habitudes, des tendances et des mœurs différentes. Peter Senge a appelé ces habitudes des « modèles mentaux »²² et les leaders doivent mieux comprendre leur effet sur leurs propres comportements et interactions. Nos futurs leaders en soins de santé ont besoin de compétences différentes de celles des générations précédentes²³.

Compétences acquises

Le leadership n'est pas forcément quelque chose d'inné, pas plus qu'il n'est fonction de votre poste. C'est plutôt une compétence qui doit être acquise. L'éducation, la formation et le développement du leadership améliorent la qualité des leaders et du leadership aux divers niveaux du système de santé. Dans le passé, le développement du leadership a eu tendance être axé sur un processus descendant fondé sur les compétences et réservé aux leaders les plus performants. En d'autres termes, on encourageait le « syndrome du leadership héroïque ».

L'apprentissage du leadership diffère de l'apprentissage de toute autre chose de deux façons importantes. En premier lieu, il y a les outils du métier. Un bâton et des patins sont les outils nécessaires pour jouer au hockey... mais en ce qui concerne le leadership, vos outils sont vos attributs, vos valeurs, vos croyances et vos talents fondamentaux.

Dickson et Tholl, 2014

²¹ B. Zimmerman, *A Complexity Science Primer*, 2009. Disponible à partir du site <http://napcrg.org>.

²² P. Senge avec Alain Gauthier, *La cinquième discipline*, Paris, First Éditions, Paris, 1991.

²³ R. Ford, « Complex Leadership Competency in Health Care: Towards Framing a Theory of Practice », *Health Services Management Research*, 2009, vol. 22, p. 101-114.

On voit apparaître une perspective nouvelle et plus longitudinale du leadership (du moins dans le secteur de la santé), selon laquelle l'apprentissage expérientiel, qui reflète les expériences d'une personne dans tout l'éventail des activités de leadership, est essentiel au développement du leadership et à l'amélioration des capacités. Des instruments de leadership et des outils d'évaluation, comme l'indicateur Myers-Briggs, l'outil Firo-B, la mesure du quotient intellectuel 2.0 et l'indice du leadership Campbell, peuvent aider les leaders à tous les niveaux des organisations à mieux comprendre leurs capacités innées et leurs forces personnelles (« vendez vos points forts et achetez vos points faibles »).

Principaux éléments d'un cadre stratégique

L'accroissement de la capacité, tant au niveau personnel qu'organisationnel et systémique, est une tâche difficile si elle n'est pas entreprise d'une manière planifiée ou orchestrée. De nombreux organismes se préoccupent du leadership, mais ce qu'il faut, c'est travailler ensemble pour réaliser une vision. Nous avons besoin d'une stratégie nationale concertée à plusieurs volets qui vise à bâtir et à renforcer la capacité de leadership individuel, mais aussi la capacité collective de la société. Les objectifs et priorités communs doivent devenir explicites. Selon les preuves recueillies jusqu'à présent, les principaux éléments pour progresser vers nos buts en matière de leadership au moyen d'un cadre stratégique semblent être les suivants :

1. Créer une vision et une stratégie collectives

Une vision claire, convaincante et commune comprenant des résultats pertinents et mesurables est essentielle pour s'attaquer à tout défi systémique grave, y compris celui qui consiste à accroître la capacité de leadership en santé. Entre autres, il faut chercher à savoir directement pourquoi nous devons nous concentrer sur l'accroissement du leadership à impact élevé et démontrer son lien avec l'amélioration de la santé, des soins de santé et du rendement. Nous avons besoin d'une vision collective qui inclut et mobilise les parties prenantes des niveaux les plus élevés aux plus bas du système de santé (c'est-à-dire aux niveaux individuel, organisationnel et systémique). Une vision ne doit pas seulement décrire un état futur meilleur, mais aussi établir des mesures concrètes et quantifiables.

Au cours des quelques dernières années, on a parlé un peu du concept d'une charte pour l'amélioration de la qualité des soins aux patients. Par exemple, on en a discuté lors du quatrième Forum annuel des PDG tenu en 2010 par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS, et anciennement la FCRSS), en collaboration avec l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU) et l'Association médicale canadienne (AMC). Les participants à la conférence étaient d'avis que pour être utile, une charte doit englober des mesures, la communication d'information au public, le développement et le soutien du leadership et le perfectionnement professionnel. [Traduction] « Une charte peut servir seulement à montrer la voie... ce sont les leaders qui doivent être le moteur de la transformation des soins »²⁴.

²⁴ J. Thornhill, « Charter on Improving Quality of Patient Care », *Healthcare Quarterly*, 2010, vol. 13, n° 3, p. 13.

Pour être utile, une charte doit faire partie d'un tout englobant des mesures normalisées, la présentation de rapports au public, le développement et le soutien du leadership, le perfectionnement professionnel et l'établissement de cibles claires.

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2010

Plus récemment, l'AMC et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) ont élaboré des principes pour la transformation du système de santé en se fondant sur les trois objectifs (*Triple Aim*) de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) qui pourraient être utiles pour établir cette vision²⁵. Ces principes sont les suivants :

- Améliorer l'expérience des soins de santé (axés sur les patients et la qualité).
- Améliorer la santé des populations (promotion de la santé, prévention des maladies et accès équitable).
- Optimiser les ressources (durabilité et imputabilité).

Les cadres ou stratégies peuvent aussi être utiles pour faire avancer le leadership en santé en tant que responsabilité collective. Plusieurs pays, dont le Royaume-Uni et l'Australie, l'ont fait et commencent à voir apparaître les avantages d'une approche fondée sur la coalition pour influencer l'action. Par exemple, le cadre de leadership du National Health Service (NHS) se fonde sur la prémisse que le leadership obtient le plus de succès [*Traduction*] « là où la responsabilité à l'égard du succès de l'organisation, des services ou des soins qui sont administrés est une responsabilité partagée »²⁶. Le NHS a consolidé ses efforts de développement du leadership pour passer d'un investissement individuel à une approche plus collective et systématique sous l'égide du NHS Leadership Academy. L'Academy a pour mission d'étendre et de changer l'éventail des comportements de leadership qu'utilisent les personnes actives dans le système de santé; de professionnaliser le leadership; et de former des leaders qui sont plus innovateurs. Un conseil d'administration et une petite équipe de base qui complètent des associés et des professeurs supervisent ses efforts et son budget de fonctionnement de 31,4 millions de livres (2012-2013)²⁷. Son nouveau modèle de leadership se fonde sur neuf dimensions (semblable au Cadre LEADS du Canada).

²⁵ Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada*, 2011. Site Internet : www.cma.ca/advocacy/hctprinciples.

²⁶ National Health Service, *Leadership Framework*, 2011. Site Internet : www.leadershipacademy.nhs.uk/discover/leadership-framework/.

²⁷ Site Web du parlement du Royaume-Uni, Parliamentary Business. Site Internet : www.publications.parliament.uk/pa/ld201213/ldhansrd/text/121122w0001.htm.

Le King's Fund a réalisé une revue de la littérature portant sur le leadership et le développement du leadership pour la NHS Leadership Academy. Comme suite à cette revue, il a proposé un nouveau modèle de leadership pour le NHS, composé de trois principales catégories et d'éléments correspondants (exposés ci-dessous avec certaines paraphrases)^{28,29} :

1. Créer le sentiment d'avoir un but bien précis et de faire une contribution et le justifier.

- Se concentrer sur les besoins et les expériences des utilisateurs des services
- Interpréter le contexte plus vaste

2. Motiver les équipes et les individus pour qu'ils travaillent efficacement.

- Définir des buts clairs et stimulants
- Renforcer l'engagement des équipes et créer un ton ou un climat émotionnel positif
- Encourager un degré de participation et d'engagement élevé du personnel
- Fournir et appliquer un modèle enrichissant pour les organisations, les sous-groupes et les postes individuels, comprenant des systèmes de gestion des ressources humaines qui offrent au personnel des occasions de perfectionnement et des récompenses pertinentes
- Gérer et améliorer le rendement en demeurant ouvert à diverses perspectives sur le rendement, y compris les compétences non techniques
- Écouter le personnel et réagir

3. Se concentrer sur l'amélioration du rendement du système.

- Pratiquer et encourager l'amélioration des services
- Régler les problèmes du système et continuer d'innover
- Se faire le modèle de l'apprentissage de nouveaux comportements

Le National Center for Healthcare Leadership (NCHL) des États-Unis offre un autre cadre à examiner, bien qu'il cible davantage le niveau organisationnel. Le but global du NCHL est d'améliorer le rendement du système de santé et l'état de santé de l'ensemble de la population au moyen d'un leadership efficace de la part des directeurs de services de santé. Son cadre contient cinq principes pour favoriser le changement (tel qu'illustré dans la figure 2)³⁰ :

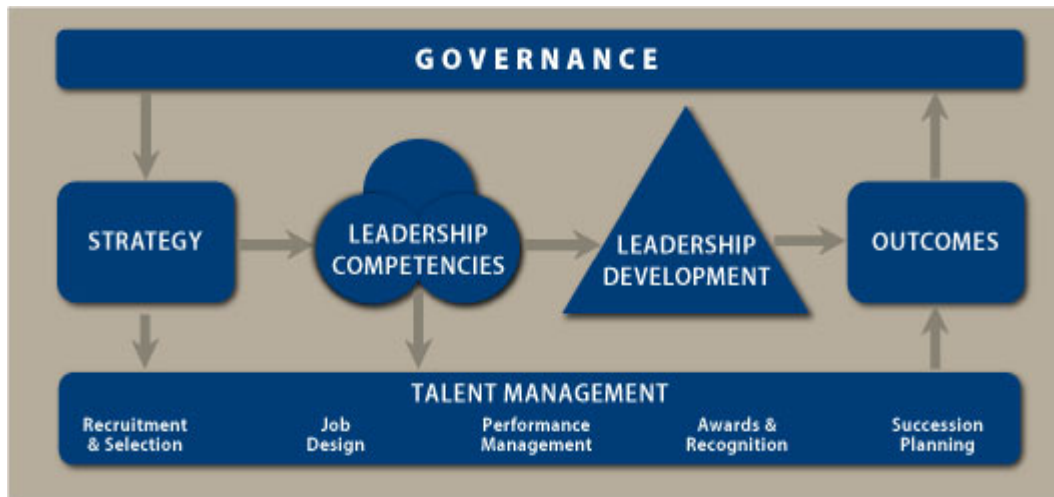
- le développement du leadership est aligné sur la stratégie commerciale de l'organisation;
- le conseil d'administration est responsable de la relève du leadership;
- l'apprentissage se fonde sur les compétences, est interdisciplinaire et axé sur l'action;
- les processus clés de gestion des talents et les processus stratégiques de ressources humaines sont intégrés et alignés;
- le tableau de bord du développement du leadership sert à surveiller les principaux résultats mesurables.

²⁸ NHS Leadership Academy, *Towards a New Model of Leadership for the NHS*, 2013. Site Internet : www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/Towards-a-New-Model-of-Leadership-2013.pdf.

²⁹ C. Ham, N. Edwards et B. Brooke, *Leading Health Care in London*, The King's Fund, 2013.

³⁰ National Center for Health Leadership, *NCHL Catalyst Framework*. Extrait du site Internet le 9 octobre 2013.

Figure 2 : Cadre catalyseur du National Centre for Health Leadership



Enfin, le meilleur exemple en ce moment se trouve probablement en Australie où Health Workforce Australia (HWA), une organisation qui coordonne la réforme du système dans ce pays, a entrepris des efforts de transformation. Le cadre d'action de 2010 de HWA prévoyait l'établissement d'un cadre du leadership qui définissait les capacités nécessaires aux leaders dans tous les domaines de la santé, mais énonçait clairement sa vision globale, à savoir « une population australienne en santé et un système de santé humain et durable »³¹. Son nouveau projet de document, qui a reçu l'aval du Council of Ministers of Health en juin 2013 et qui s'intitule *Health LEADS Australia*, établit un cadre pour réaliser sa vision, qui est d'améliorer la santé des Australiens : être son propre leader; engager les autres; atteindre des résultats; piloter l'innovation; et modeler les systèmes (figure 3). Nous discutons un peu plus loin de cette version modifiée du Cadre LEADS canadien. L'Australie a fait un investissement stratégique de 40 millions de dollars pour reconnaître officiellement le besoin de développer le leadership en santé³².

Figure 3 : Le cadre Health LEADS Australia



³¹ HealthWorkfoce Australia, *National Health Workforce Innovation and Reform Strategy Framework for Action, 2011-2015*, 2011.

³² Entretien avec Bill Tholl et HWA, été 2013.

Comme l'expérience récente de l'Australie le démontre, toute vision et toute stratégie doivent comprendre des moyens de communication et des stratégies d'engagement clairs, réguliers et efficaces. Il faut prévoir des processus pour veiller à ce que les groupes, dont les patients, les médecins, les infirmières et d'autres fournisseurs, puissent se faire entendre³³. Cela veut dire que ces groupes doivent participer à la prise de décisions pour devenir des agents de changement. Il faut qu'il y ait de l'écoute entre les groupes et entre les niveaux de l'organisation. Les leaders officiels ne sont plus les seuls à jouir du pouvoir et du privilège qui accompagnent un poste de cadre en soins de santé. Le pouvoir a été transmis aux personnes qui ont la capacité d'influencer les autres, souvent au moyen d'Internet et des médias sociaux³⁴. Les leaders doivent percevoir l'engagement de ces parties intéressées comme s'étalant sur un continuum (engagement plus ou moins grand) et dans un contexte particulier (par exemple, avec les patients, à l'égard des buts organisationnels, etc.).

Pour engager ses parties prenantes, le NHS (du Royaume-Uni) a proposé l'utilisation d'« ententes sur le leadership ». Il s'agit [Traduction] « d'un solide fondement philosophique pour la gestion du changement qui sert de moyen de mobiliser les gens, de gagner des appuis et de galvaniser les mouvements sociaux »³⁵. L'entente sur le leadership (appelée *the leadership compact* ou TLC) a pour but de soutenir l'approche de la gestion des talents du NHS et de montrer son intention de mettre en œuvre une nouvelle approche. La gestion des talents englobe plusieurs éléments : acquérir, engager et conserver; diriger et gérer le rendement; récompenser; et apprendre et se développer. Les ententes avec les médecins deviennent aussi un moyen courant d'énoncer les engagements dont ont convenu les parties concernées.

2. Établir une plate-forme commune du leadership

Le Cadre LEADS est un cadre des capacités de leadership établi pour les leaders en santé par des leaders en santé, qui peut constituer une composante de base utile pour cette entreprise. Il n'est qu'un cadre parmi bien d'autres. En se fondant sur cinq éléments clés (être son propre Leader, Engager les autres, Atteindre des résultats, Développer des coalitions et transformer les Systèmes), LEADS définit les comportements que les leaders doivent maîtriser pour réussir dans ce milieu en évolution constante du leadership en santé. Il y arrive au moyen de quatre capacités mesurables et observables dans chacun des cinq domaines. Il s'agit essentiellement des « choses » courantes à faire.

En 2006, le Cadre LEADS a été créé à partir d'une évaluation d'un ensemble complet de modèles existants du leadership. Les meilleurs éléments de chacun de ces modèles ont été retenus et ont été appliqués au contexte unique des soins de santé au Canada, caractérisé par la sollicitude ou le souci des autres. Le Cadre LEADS est devenu la plate-forme commune préférée d'apprentissage du leadership en santé du Canada pour favoriser le développement des nouveaux leaders, le changement et la capacité

³³ Metrics@Work, K. Grimes et J. Swettenham, *Compass for Transformation: Barriers and Facilitators to Physician Engagement*, Regina Qu'Appelle Health Region/CPNet, 2012.

³⁴ B. Kellerman, *The End of Leadership*, New York, HarperCollins, 2012.

³⁵ NHS Leadership Academy, *The Leadership Compact*, 2013.

de leadership individuel³⁶. Grâce à des tests en Colombie-Britannique et ailleurs au Canada, la validité apparente et conceptuelle du Cadre LEADS a été confirmée³⁷. Le Cadre fournit maintenant une orientation et un langage communs pour le leadership en santé.

Des organisations pionnières ont largement adopté le Cadre LEADS. Ces organisations comprennent le RCLS, le Collège canadien des leaders en santé, Agrément Canada, l'Association médicale canadienne, Alberta Health Services et de nombreuses régions sanitaires et provinces de toutes les régions du pays. L'Australie l'a même adapté à son contexte particulier.

3. Recueillir davantage de données probantes sur l'innovation et les pratiques exemplaires

Au cours de la dernière décennie, une quantité considérable de recherche a été entreprise sur le leadership en santé³⁸. De façon particulière, le RCLS a établi un partenariat avec l'Université Royal Roads pour diriger une étude de quatre ans sur le leadership et son rôle dans la restructuration du système de santé. L'étude réalisée dans le cadre du programme des Partenariats pour l'amélioration du système de santé (PASS) est cofinancée par les Instituts de recherche en santé du Canada et la BC Michael Smith Health Research Foundation de la Colombie-Britannique. Cette étude de 850 000 \$ comprend six études de cas réelles de chaque région du Canada ainsi qu'un protocole unique de recherche-action participative auquel participent des décideurs-cadres et des chercheurs aguerris en services de santé de toutes les régions du pays. On met actuellement la dernière main au rapport final sur l'analyse transversale des études de cas (consultez le site chl.net.ca pour plus de détails), mais l'étude a permis de confirmer certaines informations générales clés tirées de la littérature, à savoir³⁹ :

- Le leadership est important pour le rendement des organisations et des systèmes. Le Canada n'a pas la capacité globale souhaitée de leadership qui est nécessaire pour diriger une importante réforme de la santé. Cette capacité existe, mais n'atteint pas la masse critique nécessaire pour transformer le système au fil du temps.
- Le Canada ne réalise pas son potentiel parce qu'il n'a pas adopté des modèles de leadership partagé et parce que des facteurs structureaux, culturels et politiques entravent sa capacité collective.
- La lassitude face au changement augmente parmi les cadres supérieurs et un engagement sérieux des leaders cliniciens est requis pour soutenir les efforts de réforme.

³⁶ Réseau canadien pour le leadership en santé, *Toward a Canadian Health Leadership Strategy: A Working Paper*, 2014. www.chl.net.ca

³⁷ G. Dickson, D. Briscoe, S. Fenwick, L. Romilly et Z. MacLeod, *Le projet de Cadre pancanadien des capacités de leadership pour le système de santé : Initiative de recherche concertée visant à élaborer un cadre des capacités de leadership pour les services de santé au Canada. Rapport final présenté à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, Ottawa (Ontario), 2007.

³⁸ B. Avolio, F. Walumbwa et T. Weber, « Leadership: Current Theories, Research, and Future Directions », *Annual Review of Psychology*, 2009, vol. 60, p. 421-449.

³⁹ G. Dickson et B. Tholl, *Leadership in Health Systems Design Research Project: Partnerships in Health System Improvement Cross-Case Analysis Final Report*, décembre 2013.

- Certaines capacités communes de leadership sont nécessaires à la réforme, y compris l'intelligence émotionnelle, un intérêt personnel éclairé, de la vision, la capacité de se faire le champion du changement, le renforcement de l'esprit d'équipe et le travail d'équipe, la capacité de servir de modèle ou de mentor et une communication bilatérale efficace.
- Le maintien, dans certaines parties du système de santé, d'une dépendance des modèles de leadership héroïque hiérarchisé. Il faut établir un juste équilibre entre les forces centralisatrices et décentralisatrices; le leadership désigné et partagé; les responsabilités et les pouvoirs; le rendement des organisations et des systèmes; et les stratégies consensuelles et d'engagement.
- Le Canada continue d'aborder le leadership et le développement du leadership d'une manière plutôt localisée, malgré les approches et le financement systémiques qui sont apparus au Royaume-Uni et en Australie.

Le projet des Partenariats pour l'amélioration du système de santé (PASS) démontre que le travail d'une équipe pancanadienne de chercheurs et de décideurs afin de créer des liens entre le monde de la recherche et celui des politiques continue de porter des fruits. Nous avons besoin de démarches nouvelles et plus novatrices pour établir une approche nationale plus solide du développement du leadership faisant fond sur les efforts exemplaires aux niveaux local et régional.

Il y a deux types de développement différents : le développement horizontal et le développement vertical. On a passé beaucoup de temps à parler du développement horizontal (des compétences), mais très peu sur le développement vertical (les étapes du développement). Les méthodes à utiliser pour le développement horizontal et vertical sont très différentes. Le développement horizontal peut être transmis (par un spécialiste), mais le développement vertical doit être gagné (pour soi).

Petrie, 2011

Aux États-Unis, le professeur Petrie de l'Université de Harvard a, pendant son année sabbatique, examiné les tendances du leadership et a conclu que « le défi ne se confine plus au leadership (à ce qu'est un bon leadership); il est devenu un défi au niveau du développement (le processus par lequel on développe les esprits) »⁴⁰. Sa recherche a fait ressortir quatre tendances :

1. Plus d'importance accordée au développement vertical (aux étapes du développement) plutôt qu'au développement horizontal (compétences).
2. Transfert d'une plus grande appropriation du développement à l'individu plutôt qu'à d'autres, par exemple, à un directeur ou au service des ressources humaines.
3. Importance plus grande accordée au développement collectif plutôt qu'individuel du leadership (c.-à-d., répartir la capacité de leadership sur un plus grand nombre de personnes).

⁴⁰ N. Petrie, *Future Trends in Leadership Development: A White Paper*, Centre for Creative Leadership, décembre 2011. Site Internet : www.ccl.org/leadership/pdf/research/futureTrends.pdf.

4. Plus d'importance accordée à l'innovation dans les méthodes de développement du leadership (c.-à-d. adoption d'approches nouvelles et rapides axées sur la technologie et Internet).

La prise de décisions fondée sur des données probantes est essentielle, mais les résultats de la recherche doivent être exprimés de manière à ce que les données puissent être comprises et appliquées dans les milieux de soins de santé ordinaires. Des pratiques de leadership éprouvées, comme le coaching et le mentorat, doivent servir de modèles pour l'établissement de comportements et de démarches de leadership efficaces. L'innovation dans les pratiques de leadership, comme les médecins-chefs et les infirmières praticiennes dans les équipes de santé familiale en Ontario et les groupes de médecine de famille au Québec, est essentielle au développement des organisations et des systèmes. De nouveaux modèles incluant des citoyens et des patients en tant que leaders voient le jour et les soins axés sur le patient ne peuvent que renforcer le rendement du système de santé. Les leaders doivent motiver les autres à explorer de nouveaux modèles et concepts.

4. Accroître la capacité et les aptitudes

L'accroissement de la capacité et des aptitudes en matière de leadership exige des approches collectives ainsi qu'individuelles aux niveaux macro, méso et micro. La planification et la coordination sont également requises dans le cadre d'une stratégie plus vaste de ressources humaines en santé, comme dans le cas du cadre pancanadien qui a obtenu des appuis dans toutes les régions du Canada en 2007⁴¹. Il existe certaines contradictions quant à l'ampleur du manque de leadership au Canada, notamment au niveau de la gestion intermédiaire⁴². Ce que l'on constate, c'est que le Canada n'a pas encore pleinement adopté une approche partagée du leadership, ce qui est pourtant considéré comme essentiel pour améliorer le rendement organisationnel et systémique⁴³. Les organisations de soins de santé peuvent aider à renforcer les capacités, mais les gouvernements doivent encourager et favoriser la capacité par le financement et d'autres moyens.

L'arbre le plus grand dans la forêt n'est pas le plus grand juste parce qu'il a germé à partir de la semence la plus saine; c'est aussi le plus grand parce qu'aucun autre arbre ne l'a privé de soleil, parce que le sol qui l'entourait était profond et riche, qu'aucun lièvre n'a mâchonné son écorce lorsqu'il était jeune et qu'aucun bûcheron ne l'a abattu avant qu'il arrive à maturité.

Gladwell, 2008

⁴¹ Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, 2007.

⁴² G. Dickson et B. Tholl, *Leadership in Health Systems Design Research Project: Partnerships in Health System Improvement Cross-Case Analysis Final Report*, décembre 2013.

⁴³ J.-L. Denis, L. Lamothe et A. Langley, « The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations », *Academy of Management Journal*, 2005, vol. 44, n° 4, p. 809-837.

Dans le passé, l'éducation, l'apprentissage et le développement du leadership se faisaient au niveau de l'organisation et de l'individu. Il s'agissait habituellement d'un processus descendant axé sur les compétences réservées aux personnes les plus performantes. On voit apparaître une perception plus populiste et étendue du leadership, selon laquelle l'apprentissage axé sur l'expérience (qui reflète les expériences d'une personne) dans un éventail de domaines est essentiel au développement du leadership. On accorde plus d'importance au leadership partagé et au rééquilibrage des efforts pour insister davantage sur le développement vertical (et non pas seulement horizontal). Le système doit veiller à ce qu'il y ait des moments pendant lesquels les nouveaux leaders peuvent faire l'expérience d'occasions de leadership, par exemple, au moyen d'affectations enrichies assorties au mentorat. Il faut offrir des occasions de développement officielles et officieuses afin que les médecins, les infirmières, les administrateurs et d'autres professionnels de la santé puissent cultiver et perfectionner leurs compétences en leadership, et lorsque cela est possible, il faut leur donner la possibilité de se prévaloir de ces occasions ensemble.

La littérature du NHS décrit des interventions réussies de développement du leadership qui sont requises dans le cadre d'une stratégie globale⁴⁴. Ces interventions comprennent l'identification des personnes possédant des qualités de leader; des centres de développement; des programmes de développement des capacités de gestion et de leadership; des programmes de perfectionnement des cadres; des programmes de gestion du changement; l'évaluation multisources; et le coaching.

On trouve des programmes d'études de cycles supérieurs en formation du leadership dans la plupart des universités. La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) offre le programme Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES), un programme de bourse d'une durée de 14 mois pendant lequel des équipes apprennent à mieux gérer et utiliser les données probantes pour améliorer la qualité et le rendement de leur organisme⁴⁵. Le programme FORCES fait appel à des professeurs et praticiens du Canada et de l'étranger pour donner aux participants la possibilité d'acquérir les compétences et les connaissances voulues pour devenir des agents de changement en matière d'amélioration des services de santé. La Société canadienne des médecins gestionnaires et l'Institut de gestion médicale de l'Association médicale canadienne offrent une formation en leadership aux médecins.

La mobilité accrue du personnel de la santé partout au Canada soulève aussi des questions liées à l'harmonisation des exigences en matière de formation (p. ex., le concept d'un « passeport du leadership »), à une entente sur le commerce intérieur, etc. Une planification de la relève est nécessaire pour veiller à ce que les lacunes du leadership soient comblées par les bonnes personnes au bon moment et au bon endroit. Le coaching et le mentorat aideront à cet égard. Le Canada a besoin d'un meilleur inventaire des ressources disponibles aux divers niveaux du système de santé et dans les provinces et territoires. Mais en fin de compte, de multiples solutions sont nécessaires pour accroître la capacité. Le développement et l'apprentissage du leadership doivent se poursuivre tout au long de la carrière parce que les leaders ont constamment besoin de nouvelles compétences.

⁴⁴ National Health Service, *Leadership Framework and Leadership Development*, 2012.

⁴⁵ Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Programme FORCES. Site Internet consulté le 24 septembre 2013. <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/EducationandTraining/EXTRA.aspx>

Les leaders reconnaissent et gèrent les changements, définissent les rôles, encouragent la collaboration, forment le consensus, offrent une vision, orientent les objectifs et les activités, et mesurent le rendement. Le leadership doit être continu, dynamique, et évoluer en fonction des besoins.

Conseil canadien de la santé, 2013.

5. Mesurer et évaluer le succès

Un énoncé de vision convaincant doit être étayé de mesures clés de succès qui encadrent toute initiative. Quels résultats attendus devraient être atteints et comment le système saura-t-il qu'il les a atteints? Si les résultats ne sont pas obtenus et que les faits confirment la nécessité d'opérer un changement, il faut prendre des mesures correctives. Il faut établir des cibles et des repères. En fait, le RCLS a entrepris une étude nationale d'étalonnage avec des partenaires clés et des chercheurs éminents (Graham Dickson, de l'Université Royal Roads, et Ivy Bourgeault, de l'Université d'Ottawa) pour évaluer les lacunes du leadership.

Cadre stratégique pancanadien proposé pour le leadership en santé

D'après les preuves recueillies jusqu'à présent, on propose un cadre stratégique comprenant cinq piliers qui reflètent cette approche collaborative, complète, progressive et fondée sur des données probantes (figure 4). Chaque pilier représente les éléments d'un cadre stratégique et serait appliqué aux niveaux macro, méso et micro du système de santé, dans le but global d'améliorer le rendement du système.

Figure 4 : Cadre stratégique canadien pour le leadership en santé



Comme nous l'avons déjà mentionné, les informations initiales provenant de l'analyse transversale des études de cas dans le cadre du projet des PASS seront bientôt disponibles, mais de façon générale, les résultats confirment que le leadership est un catalyseur clé pour l'amélioration du rendement organisationnel et du système. De façon particulière, les résultats soulignent le travail de Best et de ses collaborateurs et ce qu'ils décrivent comme les « cinq règles simples » des réformes de grande envergure du système de santé : 1) combiner le leadership désigné et le leadership partagé; 2) établir des boucles de rétroaction; 3) tenir compte de l'histoire; 4) engager les médecins; et 5) inclure les patients et les familles⁴⁶.

Pour les besoins de cette conversation seulement, les informations sommaires sur les politiques tirées du projet des PASS sont présentées ci-dessous sous forme de tableau indiquant les enjeux et les réponses, en vue d'un dialogue délibératif qui aura lieu le 4 mars 2014. Les réponses proposées seraient valables au niveau macro seulement. Veuillez consulter l'annexe A pour un projet et une description plus détaillés du tableau.

Tableau 1 : Enjeux et options pour le leadership au service de la santé, selon le projet des PASS

Enjeu	Réponse
L'approche ad hoc actuelle du développement de la capacité de leadership en santé n'est pas soutenable	Élaborer une stratégie pancanadienne pour le développement du leadership et l'innovation
Manque d'engagement des leaders dans la réforme du système de santé	Créer une charte canadienne du leadership en santé
Manque de preuves concernant le développement du leadership et le rendement de l'investissement	Maintenir le financement d'un réseau canadien de recherche sur le leadership en santé et la restructuration du système de santé
Investissement insuffisant dans le développement du leadership	Établir un fonds pour le leadership et l'innovation en santé
Absence d'un cadre stratégique coordonné pour le leadership en santé	Créer une académie canadienne du leadership en santé et progresser vers l'établissement d'un cadre commun pour le leadership en santé

⁴⁶ A. Best, T. Greenhalgh, S. Lewis et coll., « Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review », *The Milbank Quarterly*, 2012, vol. 90, n° 3, p. 421-456.

En résumé

Il y a une décennie, le leadership ne faisait pas partie du paysage des politiques. Toutefois, à cause de la baisse du rendement relatif du système de santé, le leadership est maintenant considéré comme un élément essentiel pour bâtir l'avenir que nous désirons. Un leadership en santé meilleur, plus fort et d'un plus grand soutien est nécessaire pour remettre le Canada en haut de la liste des systèmes de santé les plus performants au monde, mais cela nécessitera une action collective pancanadienne et pluridisciplinaire.

On s'accorde de plus en plus pour dire qu'une approche collaborative pancanadienne du développement de l'excellence en leadership dans le domaine de la santé est nécessaire pour réaliser la vision souhaitée d'**un meilleur leadership, une meilleure santé — ensemble**. Les coalitions qui réussissent doivent créer volontairement des partenariats pour parvenir à des résultats, mobiliser les connaissances, manifester un engagement à l'égard des clients et du service et naviguer dans les milieux sociopolitiques, mais nous devons aussi nous rappeler, pendant ce voyage dans le domaine du leadership, qu'individuellement :

Nous sommes des leaders pour la vie. Nous devons poursuivre la quête d'une meilleure compréhension des moyens de combiner les processus et les relations de manière à créer le leadership flexible complexe qu'exigeront les systèmes de soins de santé du XXI^e siècle. Nous devons tous nous efforcer d'être des agents de changement, faute de quoi nous allons sûrement devenir les objets du changement!

Dickson et Tholl, 2014

Et maintenant?

Ce document de travail est destiné à servir de point de départ d'une approche évolutionnaire visant à faire en sorte qu'on examine en profondeur les questions et éléments d'un cadre stratégique pour le leadership. Pendant l'automne, une consultation électronique avec 20 répondants représentant les 40 partenaires du RCLS a eu lieu. Cette consultation faisait fond sur les résultats d'un groupe de discussion qui s'est réuni en juin 2013 pendant la Conférence nationale sur le leadership en santé (CNLS). Lors de leur table ronde en décembre 2013, les partenaires du réseau ont discuté des résultats obtenus jusqu'à ce moment-là et des mesures futures possibles en vue de l'établissement d'une stratégie pancanadienne. Le document fera ensuite l'objet de discussions lors du forum des politiques sur le leadership en santé (sur invitation seulement) qui aura lieu le 14 février 2014 à Montréal. Il alimentera aussi le dialogue délibératif McMaster du 4 mars 2014 sur les moyens de favoriser le leadership dans le changement du système de santé au moyen d'un mémoire sur les enjeux et les réponses ressortant du projet des PASS (voir l'annexe A), et s'en enrichira.

Un document d'orientation découlant de ces initiatives sera élaboré et exigera l'approbation des partenaires du RCLS lors de sa table ronde de mai 2014. Lors du petit-déjeuner-causerie commandité par le RCLS qui aura lieu à la CNLS du 3 juin 2014, on procédera à la présentation de rapports et d'autres commentaires sur les suites à donner à la proposition. Ce que l'on souhaite, c'est de faire une présentation au Comité fédéral-provincial-territorial sur l'effectif en santé (qui doit se réunir en mars 2014), puis de présenter une demande officielle à la réunion du Conseil des sous-ministres de la Santé qui doit avoir lieu à l'automne.

Bibliographie

AGGARWAL, M. et B. HUTCHISON. *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*, Groupe de travail canadien sur l'amélioration des services de santé de première ligne, 2012.

ARCHER, S. « Leadership Development – Can There Be a Return on Investment », *Development and Learning in Organizations*, 2013, vol. 27, n° 3, p. 18-21.

AVOLIO, B., J. AVEY et D. QUISENBERRY. « Estimating Return on Leadership Development Investment », *The Leadership Quarterly*, 2010, vol. 21, n° 4, p. 633-644.

AVOLIO, B., R. REICHARD, S. HANNAH et coll. « A Meta-Analytic Review of Leadership Impact Research: Experimental and Quasi-Experimental Studies », *The Leadership Quarterly*, 2009, vol. 20, n° 5, p. 764-784.

AVOLIO, B., F. WALUMBWA et T. WEBER. « Leadership: Current Theories, Research, and Future Directions », *Annual Review of Psychology*, 2009, vol. 60, p. 421-449.

BALL, T., *So, Your Health Link Wants to Succeed: Measures to Overcome Five Learning Disabilities*, 2013. Site Internet : <http://quantumtransformationtechnologies.com/category/blog/>

BEST, A., T. GREENHALGH, S. LEWIS et coll. « Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review », *The Milbank Quarterly*, 2012, vol. 90, n° 3, p. 421-456.

FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES/INFIRMIERS. *La main-d'œuvre infirmière : Fiche d'information*, 2012. Site Internet : http://fcsii.ca/sites/default/files/2012.backgrounder.nursing_workforce.fr_0.pdf.

FONDATION CANADIENNE POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ. *Programme FORCES*, consulté le 24 septembre 2013. Site Internet : <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/EducationandTraining/EXTRA.aspx>.

RÉSEAU CANADIEN POUR LE LEADERSHIP EN SANTÉ. *Toward a Canadian Health Leadership Strategy: A Working Paper*, 2014. Site Internet : www.chlnet.ca.

RÉSEAU CANADIEN POUR LE LEADERSHIP EN SANTÉ. *A Report on Leadership Development Practices in the Health Sector*, 2007. Préparé par le Conference Board du Canada.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE et ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. (2011). *Principles to Guide Healthcare Transformation in Canada*, 2011. Site Internet : <http://www.cma.ca/representationamc/principiestss>

CORRIGAN, J. « Distributed Leadership: Rhetoric or Reality », *Journal of Higher Education Policy and Management*, 2013, vol. 35, n° 1, p. 66-71.

CURRIE, G. et A. LOCKETT. « Distributing Leadership in Health and Social Care: Concertive, Conjoint or Collective? », *International Journal of Management Reviews*, 2011, vol. 13, p. 286-300.

DENIS, J.-L., L. LAMOTHE et A. LANGLEY. « The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations », *Academy of Management Journal*, 2005, vol. 44, n° 4, p. 809-837.

DICKSON, G. *Anchoring Physician Engagement in Vision and Values*, Regina Qu'Appelle Health Region/CPNet, 2012.

DICKSON, G., D. BRISCOE, S. FENWICK, L. ROMILLY et Z. MacLEOD. *Le projet de Cadre pancanadien des capacités de leadership pour le système de santé : Initiative de recherche concertée visant à élaborer un cadre des capacités de leadership pour les services de santé au Canada*, rapport final présenté à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa (Ontario), 2007.

DICKSON, G. et B. THOLL. *Bringing Leadership to Life in Health: LEADS in a Caring Environment*, Londres, Springer, 2014. Pour commander : www.springer.com/medicine/book/978-1-4471-4874-6.

DICKSON, G. et B. THOLL. *Leadership in Health Systems Design Research Project: Partnerships in Health System Improvement Cross-Case Analysis Final Report*, décembre 2013. Site Internet : www.chlnet.ca.

DICKSON, G., B. THOLL et coll. *Draft Leadership and Design Health Insights*, projet des Partenariats pour l'amélioration du système de santé (PASS), 2013.

EDMONSTONE, J. « Developing Leaders and Leadership in Healthcare: A Case for Rebalancing? », *Leadership in Health Services*, 2011, vol. 24, n° 1, p. 9.

ELLEHUUS, C. « Improving Returns on Investment », *Strategic HR Review*, 2011, vol. 10, n° 6.

ENGLISH, F.W. *The Art of Educational Leadership: Balancing Performance and Accountability*, Thousand Oaks (CA), Sage, 2008.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ ET LES RESSOURCES HUMAINES. *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, 2007.

FORD, R. « Complex Leadership Competency in Health Care: Towards Framing a Theory of Practice », *Health Services Management Research*, 2009, vol. 22, p. 101-114.

HAM, C. « Reforming the NHS in England: Opportunities and Challenges », *Medio-Legal Journal*, 2013, vol. 91 (partie 1), p. 2-17.

HAM, C., N. EDWARDS et B. BROOKE. *Leading Health Care in London*, The King's Fund, 2013.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur pour tous : Recentrer la réforme des soins de santé au Canada*, septembre 2013.

GLADWELL, M. *Outliers: The Story of Success*, Little, Brown and Company, 2008.

GRIMES, K. *The Decade of the High-Performing Health Care Workforce: A Talent Management Perspective for Health Human Resources in Canada*, Conference Board du Canada, 2007.

HEALTHWORKFORCE AUSTRALIA. *National Health Workforce Innovation and Reform Strategy Framework for Action, 2011-2015*, 2001. Site Internet : www.hwa.gov.au/publications

KELLERMAN, B. *The End of Leadership*, New York, HarperCollins, 2012.

MADDOCK, S. « Transformational Public Leadership Is Collaborative », *Human Resources Management International Digest*, 2011, vol. 19, n° 7, p. 40-41.

METRICS@WORK, K. GRIMES et J. SWETTENHAM. *Compass for Transformation: Barriers and Facilitators to Physician Engagement*, Regina Qu'Appelle Health Region/CPNet, 2012.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH LEADERSHIP, *NCHL Catalyst Framework*. Consulté sur le site Web le 9 octobre 2013.

NATIONAL HEALTH SERVICE. *Leadership Framework and Leadership Development*, 2012. Site Internet : www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-LeadershipFramework-OrganisationalToolkit-LeadershipDevelopment.pdf

NATIONAL HEALTH SERVICE. *Leadership Framework*, 2011. Site Internet : www.leadershipacademy.nhs.uk/discover/leadership-framework/

NHS LEADERSHIP ACADEMY. *Approaches to Talent Management*, 2013. Site Internet : www.leadershipacademy.nhs.uk/discover/talent-management-approaches/approaches-to-talent-management-now-and-in-the-future/

NHS LEADERSHIP ACADEMY. *The Leadership Compact*, 2013. Site Internet : www.leadershipacademy.nhs.uk/discover/talent-management-approaches/leadership-compact/

NHS LEADERSHIP ACADEMY. *Towards a New Model of Leadership for the NHS*, 2013. Site Internet : www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/Towards-a-New-Model-of-Leadership-2013.pdf

PARLIAMENTARY BUSINESS. Site Internet : www.publications.parliament.uk/pa/ld201213/ldhansrd/text/121122w0001.htm

PETRIE, N. *Future Trends in Leadership Development: A White Paper*, Centre for Creative Leadership, décembre 2011. Site Internet : www.ccl.org/leadership/pdf/research/futureTrends.pdf

SAUL, J.E., A. BEST et K. NOEL. *Implementing Leadership in Healthcare: Guiding Principles and a New Mindset*, janvier 2014. Site Internet : www.longwoods.com

SHAMIR, B. « Leadership Takes Time: Some Implications of (Not) Taking Time Seriously in Leadership Research », *The Leadership Quarterly*, 2011, vol. 22, n° 2, p. 307-315.

SENGE, P. *La cinquième discipline*, avec Alain Gauthier. *La cinquième discipline*, First Éditions, Paris, 1991.

SPURGEON, P., P. MAZALAN et F. BARWELL. « Medical Engagement: A Crucial Underpinning to Organizational Performance », *Health Serv Manage Res*, 2011, vol. 24, n° 3, p. 114-120.

STATISTIQUE CANADA. *La population canadienne en 2011 : âge et sexe*, 2012. Site Internet : www12.statcan.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311-x2011001-eng.cfm

SWENSEN, S., M. PUGH, C. McMULLAN et A. KABCENELL. *High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs*, IHI White Paper, Cambridge (Massachusetts), Institute for Healthcare Improvement, 2013. Site Internet : www.ihl.org.

THOLL, B. et G. BUJOLD. *Functional Federalism and the Future of Medicare in Canada*, HEAL, 2011.

THOLL, B. et K. GRIMES. *Strengthening Primary Health Care in Alberta through Family Care Clinics: From Concept to Reality*, Alberta Health, 2012.

THOLL, W.G. et coll. « Passing the Baton », *FORUM Gestion des soins de santé*, 2006, vol. 19, n° 1, p. 14-40.

THORNHILL, J. « Charter on Improving Quality of Patient Care », *Healthcare Quarterly*, 2010, vol. 13, n° 3, p. 13.

THORPE, R., J. GOLD et J. LAWLER. « Locating Distributed Leadership », *International Journal of Management Reviews*, 2011, vol. 13, p. 239-250.

TOWERS WATSON. *Global Workforce Study*, 2012. Site Internet : <http://towerswatson.com/assets/pdf/2012-Towers-Watson-Global-Workforce-Study.pdf>

WEST, M. et J. DAWSON. *Employee Engagement and NHS Performance*, Londres, The King's Fund, 2012.

ZIMMERMAN, B. *A Complexity Science Primer*, 2009. Site Internet : <http://napcrg.org>

Annexe A: Enjeux et options pour le leadership au service de la santé, selon le projet des PASS

1. **Enjeu : L'approche ad hoc actuelle du développement de la capacité de leadership en santé n'est pas soutenable.** Il y a une convergence de preuves et d'avis éclairés permettant de croire que le leadership est essentiel au rendement global des organisations et du système de santé. La poursuite des efforts individuels en vue de régler les problèmes collectifs mènera inévitablement au mauvais rendement continu du système. Le Canada offre de nombreux programmes sur le leadership, mais nous devons exploiter et mettre à profit l'activité dans le cadre de ces programmes, l'intérêt et les occasions pour faire progresser la question du leadership. En l'absence d'un leadership efficace et présent, les forces de la fragmentation continueront d'annuler les efforts de leadership, ce qui soulève un degré de préoccupation élevé concernant l'épuisement des leaders des niveaux supérieur et intermédiaire. En outre, on se demande où l'on trouvera les futurs leaders en santé. Les faits démontrent que lorsqu'il existe une masse critique d'efforts collectifs en vue de l'atteinte d'un but commun, on constate des progrès marqués. Le Canada peut et doit faire mieux pour travailler collectivement afin de produire des innovations dans le leadership en santé en créant et en soutenant la capacité de leadership dont on aura besoin pour relever les défis du leadership au XXI^e siècle.

Réponse : Élaborer une stratégie pancanadienne pour le développement du leadership et l'innovation. On attend depuis trop longtemps une stratégie pancanadienne de développement du leadership, élaborée au Canada, dans le cadre des efforts pour respecter l'engagement de longue date d'adopter une stratégie intégrée et axée sur les besoins pour les ressources humaines dans le domaine de la santé. La vision de cette stratégie pour le leadership doit soutenir un programme de réforme canadien (qui reste à préciser) correspondant aux trois objectifs que sont *une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur*. Il existe un consensus quant au besoin de faire plus, qui remonte au consensus fédéral-provincial-territorial atteint relativement au Cadre de planification des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne (2007). Le Canada peut faire pour notre système ce que Health Workforce Australia fait pour l'Australie et ce que la NHS Leadership Academy fait pour le Royaume-Uni : aider les leaders à répondre, aujourd'hui et demain, aux exigences complexes en perpétuel changement du leadership en santé, au moyen de stratégies intégrées et financées reliées à la réalisation de réformes. Ces efforts à l'étranger peuvent aider à guider nos efforts pour créer une vision pour le Canada.

2. **Enjeu : Manque d'engagement des leaders dans la réforme.** La preuve est faite et elle n'est pas bonne. L'engagement initial, continu et fructueux du milieu clinique, et notamment des médecins, aux différents niveaux du leadership officiel (c.-à-d., conseils d'administration, gestion intermédiaire et superviseurs de première ligne) à l'égard du travail de réforme est généralement inexistant dans le système. Il est essentiel d'obtenir l'engagement de tous les

leaders pour créer et soutenir l'élan nécessaire pour relever les difficiles défis qui nous attendent. Partout au pays, il y a des exemples de cas où l'engagement des médecins et des leaders a été pris beaucoup plus au sérieux qu'ailleurs et où les trois objectifs sont en voie d'être atteints.

Réponse : Créer une charte canadienne du leadership en santé. Il faut préciser les rôles et responsabilités respectifs dans le système puisqu'ils sont nécessaires pour opérer la réforme. Les données soulignent la nécessité de modifier les obligations de rendre compte et les pouvoirs dans le système de manière à refléter les priorités de la réforme et les façons de travailler ensemble pour les atteindre. On peut effectivement affirmer que la disjonction (croissante) entre les deux (où les responsabilités désignées ne sont pas alignées sur les responsabilités à l'égard du changement) est le principal facteur qui dissuade les gens d'assumer un rôle de leadership plus important dans la réforme du système. Une *charte pour le leadership en santé* soutiendrait une « transformation à grande échelle » en précisant les attentes à l'égard des leaders de tous les segments, c'est-à-dire les leaders officiels et les leaders officieux que l'on trouve dans les milieux des payeurs, des fournisseurs et des patients. Une réforme efficace part de la prémisse selon laquelle les gens soutiennent ce qu'ils aident à créer (ne faites rien pour nous sans nous). Une telle charte établirait les principes de base où les « règles simples » à suivre pour réaliser une transformation à grande échelle et pour travailler ensemble afin de mieux réussir à créer la réforme, à identifier et développer les leaders et à soutenir l'amélioration du leadership. La *charte* pourrait s'articuler autour de quatre grands axes : combiner le leadership désigné et le leadership partagé; établir des boucles de rétroaction axées sur les buts; aligner les obligations de rendre compte et les responsabilités des leaders; et répondre aux attentes en matière de leadership des patients et des familles. Ces principes de base s'appliqueraient différemment dans différents contextes.

3. **Enjeu : Manque de preuves concernant le développement du leadership et le rendement de l'investissement.** Les recherches récentes nous aident à mieux comprendre l'importance du leadership dans la réforme du système et certains facteurs expliquant notre mauvais rendement par rapport à notre potentiel de leadership. La capacité existe dans le système, mais on manque de données sur les moyens de créer les conditions gagnantes pour réaliser ce potentiel. Les efforts en matière de leadership ont tendance à être inconstants et localisés plutôt que coordonnés et harmonisés aux niveaux macro et méso du système. Il existe un manque global de données sur la capacité de leadership et un manque de capacité d'analyse pour comprendre l'information qualitative que nous commençons tout juste à réunir.

Réponse : Maintenir le financement d'un réseau canadien de recherche sur le leadership en santé et la restructuration du système de santé. La bonne nouvelle, c'est qu'il semble que l'on ait réussi à prouver la validité du concept qui consiste à réunir des décideurs et des chercheurs éminents en services de santé pour accroître nos connaissances concernant le type de leadership qui est nécessaire pour restructurer le système de santé. Il

existe un degré d'engagement élevé à l'égard de la réalisation d'études de cas réelles du leadership en santé, et un degré élevé et inattendu de divulgation d'information, de réflexion personnelle et d'autocorrection. Dans certains cas, le transfert ou la mobilisation des connaissances demeure difficile en raison de l'absence d'un centre de distribution des nouvelles informations. Un petit secrétariat permanent de recherche sur le leadership en santé, qui rejoindrait toutes les provinces et tous les territoires et qui fonctionnerait à l'intérieur d'un organisme canadien existant ou au mandat modifié (p. ex., l'ICIS, le RCLS, ACS-ACISU), devrait guider les efforts en ce sens.

- 4. Enjeu : Investissement insuffisant dans le développement du leadership.** Bien qu'il n'y ait pas de données fiables et d'accès facile sur les dépenses globales du Canada pour le leadership en santé, on s'entend généralement pour dire que le développement du leadership n'est pas une priorité, surtout en période de restriction financière. Le développement du leadership est souvent considéré comme étant discrétionnaire et localisé, le perfectionnement professionnel et les budgets pour les déplacements figurant parmi les premiers éléments à être sacrifiés dans le but d'acheminer le maximum d'argent vers les services de première ligne. Les arguments en faveur du développement du leadership en santé ne convainquent habituellement pas en raison des difficultés inhérentes à la démonstration de l'existence d'un rendement de l'investissement. Une de ces difficultés consiste à étendre notre engagement à l'égard du « bien commun » que représente le leadership en santé (et qui en est un caractère fondamental) au moyen d'une coordination et d'un investissement plus grands.

Réponse : Établir un fonds pour le leadership et l'innovation en santé. On créerait un fonds de 50 millions de dollars sur cinq ans pour le développement du leadership en santé en vue de la restructuration des systèmes de santé. Ce fonds serait administré par le même organisme de santé sans lien de dépendance qui serait chargé de réaliser le programme de recherche. Le programme de développement du leadership refléterait et soulignerait la nécessité d'adopter une approche concertée de la gestion des talents, en créant des équipes et stratégies régionales, provinciales et nationales de gestion des talents en leadership qui répondraient aux besoins des provinces et des territoires petits et grands. Le plan de recherche exploiterait les programmes d'études en leadership déjà en place au niveau local et en tirerait parti. Le processus de développement amènerait les leaders participants à s'attaquer à des questions réelles liées à la restructuration et à utiliser leurs connaissances collectives pour appuyer le programme de réforme.

- 5. Enjeu : Absence d'un cadre coordonné pour le leadership en santé.** Jusqu'à assez récemment, il n'y avait pas de consensus sur l'importance du leadership (que l'on supposait ou tenait pour acquise) et d'un cadre rigoureux et accessible pour le leadership. Plus récemment, des programmes de développement du leadership, comme le programme FORCES, ont favorisé la sensibilisation accrue à l'importance du leadership et augmenté la crédibilité de la communauté de pratique croissante dans le domaine du leadership en santé. Les efforts collaboratifs du RCLS et du Collège canadien des leaders en santé ont joué un rôle important en

préparant la voie à l'établissement d'une philosophie du développement de la capacité de leadership axée sur une approche collective partout au pays

Réponse : Créer une académie canadienne du leadership en santé et progresser vers l'établissement d'un cadre commun pour le leadership en santé. Bien qu'il existe un large éventail de moyens efficaces de mettre en œuvre des programmes de leadership, on reconnaît de plus en plus la nécessité de créer une plate-forme ou un cadre d'apprentissage commun du leadership pour faciliter l'établissement d'un langage commun, surtout pour le travail conjoint en vue d'opérer la réforme du système de santé. D'autres systèmes (p. ex., ceux du Royaume-Uni et de l'Australie) ont adopté des cadres communs, tout comme des organisations très performantes (p. ex., la Cleveland Clinic). En effet, dans le cas de l'Australie, un cadre mis au point au Canada a été adapté et adopté dans l'ensemble du pays. Il s'agit du *Cadre national des capacités de leadership en santé LEADS*, qui a déjà démontré sa capacité d'aider les organisations et les individus à atteindre leur potentiel. Le Cadre LEADS s'est rapidement répandu dans l'ensemble du Canada, non pas comme programme exclusif de formation, mais plutôt comme langage et plate-forme commune attrayante pour évaluer ou suivre les progrès en matière de leadership. Ce qu'il nous faut maintenant, c'est que les hauts responsables des politiques sanctionnent un cadre commun pour aider à faire en sorte qu'on retire le maximum de chaque dollar investi dans le leadership et pour atténuer l'emprise de l'ancienne approche hiérarchique, cloisonnée et spécifique à chaque profession. Une académie canadienne du leadership en santé, travaillant sous l'égide d'un organisme canadien existant de la santé et de concert avec lui et des entités locales, soutiendrait le cadre et faciliterait l'élaboration d'un programme interdisciplinaire commun pour le leadership.