

Publié par : Faculté des sciences de l'administration  
Published by: 2325, rue de la Terrasse  
Publicación de la: Pavillon Palasis-Prince, Université Laval  
Québec (Québec) Canada G1V 0A6  
Tél. Ph. Tel. : (418) 656-3644  
Télec. Fax : (418) 656-7047

Disponible sur Internet : <http://www4.fsa.ulaval.ca/la-recherche/publications/documents-de-travail/>  
Available on Internet  
Disponibile por Internet :

## **DOCUMENT DE TRAVAIL 2018-005**

Médecin et gestionnaire,  
« That is the question »

**André CÔTÉ**  
**Marie-Hélène GILBERT**  
**Julie DEXTRAS-GAUTHIER**  
**Isabelle AUCLAIR**  
**Pierre-Sébastien FOURNIER**  
**Martin LAMARRE**

**Janvier 2018**

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018  
Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN 978-2-89524-462-2 (PDF)

# Médecin et gestionnaire, « That is the question »

---

**André Côté<sup>1,2\*</sup>, Marie-Hélène Gilbert<sup>1,2</sup>, Julie Dextras-Gauthier<sup>1,2</sup>, Isabelle Auclair<sup>1,2</sup>,  
Pierre-Sébastien Fournier<sup>1,2</sup>, Martin Lamarre<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> Centre de recherche en gestion des services de santé FSA ULaval – CHU de Québec-Université Laval – IUCPQ-Université Laval

<sup>2</sup> Département de management de la FSA ULaval

<sup>3</sup> Direction des services professionnels, CHU de Québec-Université Laval

*\*Auteur correspondant : andre.cote@fsa.ulaval.ca*

---

## RÉSUMÉ

Plusieurs auteurs ont démontré que l'implication des médecins dans le processus de gestion des activités médicales constitue un des éléments clés au bon fonctionnement d'un établissement de santé. Cependant, les médecins demeurent réticents à assumer des postes de gestion au sein de leurs établissements.

Une démarche exploratoire, tenue en novembre 2013 auprès de neuf (9) chefs de départements médicaux et de trois (3) directeurs médicaux du CHU de Québec-Université Laval, a renforcé les *a priori* sur le travail de gestion en mettant en exergue : les difficultés des médecins gestionnaires liées à une méconnaissance du milieu organisationnel et institutionnel à l'intérieur duquel ils doivent intervenir et à l'absence de formation en gestion. Le présent rapport vise à accroître la compréhension de la réalité des médecins gestionnaires par une meilleure appréhension de leur vécu du travail de médecin gestionnaire (leur rôle, responsabilité ainsi que leurs attentes et besoins) dans un cadre organisationnel contraint, afin d'explorer des pistes pour mieux valoriser le rôle du chef médical comme levier dans l'organisation.

**Mots-clés :** médecin gestionnaire, chef médical, directeur médical, directrice clinique non-médicale co-gestionnaire, compétences interpersonnelles, activités cliniques, formation en gestion, travail de gestion.

## TABLE DES MATIÈRES

PROBLÉMATIQUE	4
OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE	5
UNE DÉMARCHE EXPLORATOIRE	6
RÉSULTATS OBTENUS	8
<b>1. Les attentes (rôle, travail et responsabilité) envers les chefs médicaux au sein d'un établissement de santé</b>	<b>8</b>
A – Les attentes des directeurs médicaux	8
B – Les attentes des directrices cliniques non-médicales	8
C - Les attentes des chefs médicaux	9
<b>2. Les CONTRAINTES liées au rôle de CHEF MÉDICAL</b>	<b>11</b>
A - La structure de rémunération	11
B – Le peu d'ascendant sur leurs collègues et la sous-traitance du contrôle des activités médicales	12
C – Le manque de compétences en gestion et le peu d'appui organisationnel	12
D – Le manque de temps, de ressources et la lourdeur des processus décisionnels	12
E – Le manque de complicité entre les chefs médicaux et les co-gestionnaires cliniques	13
F – Le roulement constant des directrices cliniques non médicales et la gestion sur plusieurs sites	13
G - Le peu d'opportunité accordé aux femmes et aux jeunes médecins à devenir chef médical	14
<b>3. Dans un tel contexte, pourquoi devient-on et demeure-t-on chef médical ?</b>	<b>15</b>
A - Cibler des candidats et candidates crédibles auprès de leurs pairs	15
B - Le processus de nomination	16
C - Les motivations	16
D – Les profils observés	17
E – Facteurs favorisant la continuité	17
<b>4. Les ATTRIBUTS (HABILETÉS et COMPÉTENCES) à acquérir ou à développer pour exercer leur rôle et assumer adéquatement les tâches et les responsabilités de chefs médicaux.</b>	<b>18</b>
A – La volonté de s'investir	18
B - Une légitimité clinique et administrative auprès des collègues	19
C – Le développement d'habiletés interpersonnelles particulières pour gérer ce genre de clientèle	19
D - Faire preuve de courage managérial	19

<b>5. Les BESOINS exprimés et les CORRECTIFS proposés pour assumer adéquatement la tâche de chef médical</b>	<b>21</b>
A - Une implication tangible dans les processus décisionnels	22
B - La nécessité de valoriser le poste de chef médical	22
C – Un programme de formation adaptée à la réalité des chefs médicaux	23
D – De l’aide et de l’assistance des pairs et de leur supérieur immédiat (Coaching)	24
E – Une complicité effective avec leur co-gestionnaire	25
F – Le besoin d’un soutien administratif, de temps et des ressources nécessaires pour agir	25
G- Le besoin de revoir le modèle existant afin de favoriser la présence des femmes (de tous âges) et des jeunes (des deux sexes) médecins dans les postes de CHEFS médicaux	26
<b>6. SYNTHÈSE des résultats obtenus</b>	<b>27</b>
DISCUSSION	29
<b>La culture organisationnelle</b>	<b>29</b>
<b>Les contraintes et les ressources organisationnelles</b>	<b>30</b>
<b>Le climat de travail</b>	<b>30</b>
<b>La capacité à adopter le double rôle de chef médical</b>	<b>31</b>
<b>Performance et bien-être (individuel et collectif)</b>	<b>31</b>
CONCLUSION	32
ANNEXE 1 : TABLEAU SYNTHESE DES RESULTATS OBTENUS	33
BIBLIOGRAPHIE	34

## PROBLÉMATIQUE

L'implication des médecins dans le processus de gestion des activités médicales constitue un des éléments clés au bon fonctionnement d'un établissement de santé (Dickinson & Ham, 2008; Klein et al., 2013; Snell, Briscoe, & Dickson, 2011). Cependant, ceux-ci demeurent réticents à assumer des postes de gestion au sein de leurs établissements respectifs. Parmi les raisons qui justifient ce peu d'attrait, on note que les médecins se sentent peu préparés et mal outillés à assumer une telle charge, laquelle implique notamment un retrait de la pratique clinique et une rémunération proportionnellement inférieure (Denis, Gibeau, Langley, Pomey, & Van Schende, 2012). De façon cynique, certains évoquent même que les volontaires à de tels postes deviennent suspects aux yeux de leurs collègues; ce qui ne facilite pas la tâche des chefs médicaux en place (Mohapel & Dickson, 2007).

Une démarche exploratoire, tenue en novembre 2013 auprès de neuf (9) chefs de départements médicaux et de trois (3) directeurs médicaux du CHU de Québec – Université Laval, renforce nos *a priori* sur le travail de gestion. D'une part, les médecins rencontrés évoquent des difficultés liées à une méconnaissance du milieu - organisationnel et institutionnel - à l'intérieur duquel ils doivent intervenir. D'autre part, ils mentionnent qu'ils n'ont aucune formation en gestion et, conséquemment, soulignent leur manque de connaissances et leur peu de compétences pour assumer ces fonctions. Ainsi, ils doivent apprendre au fur et à mesure en se basant sur les façons de faire de leurs prédécesseurs. Donc, faute de modèles et d'outils pour encadrer les pratiques de gestion et ainsi éviter de répéter les erreurs antérieures et, subséquemment, d'en subir les contrecoups, les médecins rencontrés ont clairement exprimé la réticence des pairs à accepter des responsabilités administratives. Ceux et celles qui acceptent d'être chefs d'un département ou d'un service le font par pression de leur entourage et leur degré d'engagement s'avère limité et demeure de courte durée.

Aussi, considérant le fait que les chefs médicaux constituent un atout important dans le bon fonctionnement de leur établissement de santé, et que le degré et la qualité de leur implication dans ce rôle souffrent d'un manque de connaissances et d'outils fonctionnels nécessaires pour évoluer dans le milieu managérial, il s'avère nécessaire d'établir un portrait de la situation actuelle pour comprendre la réalité vécue par ces professionnels de la santé au regard de la nature de leur fonction, du sens qu'ils lui donnent et des manques qu'ils identifient.

À cet égard, la littérature procure peu d'indications en ce qui a trait au vécu des médecins en tant que gestionnaire d'un département ou d'un service clinique. Certes, les auteurs soulignent l'ambivalence des médecins par rapport à leur rôle de chef médical; ces derniers reconnaissent l'utilité (Mohapel & Dickson, 2007; Ranawat, Koenig, Thomas, Krna, & Shapiro, 2009) ainsi que les avantages valorisants et motivants associés à ce rôle (Collins-Nakai, 2006; Snell et al., 2011) et déplorent également de nombreuses lacunes allant d'une vision plus ou moins négative de leurs pairs (Mohapel & Dickson, 2007; Rundall, Davies, & Hodges, 2004) à des pressions d'ordre organisationnel de la part des établissements de santé (dont la demande de temps et la complexité bureaucratique) (Denis, Baker, Black, & Langley, 2013; Denis et al., 2012; Mohapel & Dickson, 2007; Rundall et al., 2004; Stoller, 2009), en passant par de grandes difficultés relationnelles avec les gestionnaires, ce qui altère la qualité de leur travail collaboratif (Kaissi, 2005; Mohapel & Dickson, 2007; Ranawat et al., 2009; Stoller, 2009). Les auteurs font également ressortir un sentiment de méfiance face à leurs compétences de gestion et un manque de reconnaissance de leur engagement (Dickinson & Ham, 2008; Kaissi, 2005; Mohapel & Dickson, 2007; Rundall et al., 2004; Snell et al., 2011; Stoller, 2009; Waters et al., 2001)

Pour ce qui est de la formation requise en elle-même, la littérature fait état d'un certain nombre de propositions quant aux outils à développer, notamment sous la forme du mentorat, d'expériences pratiques au quotidien et de formation plus formelle, mais devant être flexible et adaptable à chaque contexte de travail (Collins-Nakai, 2006). Les principales compétences que doivent acquérir ou développer les médecins afin de répondre au mieux aux besoins de leur fonction de gestion semblent relever de trois niveaux. Tout d'abord, un travail d'ordre personnel doit être mis en place pour les aider à développer une intelligence émotionnelle et des habiletés de leaders (Collins-Nakai, 2006; Mohapel & Dickson, 2007; Stoller, 2009). Ensuite, leurs compétences interpersonnelles doivent être

fortement accrues, notamment dans le domaine de la communication et de la négociation (Denis et al., 2012; Snell et al., 2011). Pour finir, il faut que les médecins acquièrent la capacité de jongler d'une vision individuelle dans leur pratique clinique (relation médecin-patient) à une vision systémique dans leur rôle de gestion, afin d'être en mesure de prendre les meilleures décisions stratégiques pour le bien de tous (Collins-Nakai, 2006; Denis et al., 2013; Mohapel & Dickson, 2007; Snell et al., 2011; Stoller, 2009)

Au final, les auteurs ci-haut mentionnés admettent que la situation actuelle des chefs médicaux connaît un certain nombre de lacunes et doit faire face à de nombreux obstacles pour atteindre son niveau d'efficacité optimal. Les outils pour encadrer les pratiques de gestion qu'ils proposent pour améliorer les compétences des médecins et pour augmenter leur nombre aussi bien que leur degré d'engagement sont multiples et découlent d'expériences étrangères. Or, les établissements de santé ont leurs propres particularités et complexités, notamment du fait que comme le souligne Rachlis (2004), le système de santé canadien n'en est pas réellement un dans la mesure où il n'est ni unique ni uniforme et que sa responsabilité ne relève pas d'un groupe de personnes commun à l'ensemble du territoire. De ce fait, il faut se demander quels sont les approches, les outils et les techniques de formation les mieux adaptés au contexte canadien, et plus particulièrement québécois.

### **OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE**

Le but du projet de recherche est donc de comprendre et de documenter la réalité des chefs médicaux, c'est-à-dire des chefs des départements et des services médicaux, au sein d'un établissement de santé. Une meilleure compréhension de cette réalité permettra d'atteindre les objectifs suivants :

- S'enquérir des attentes de l'organisation en ce qui a trait à l'implication des médecins dans les activités de gestion médicales.
- D'initier une réflexion sur le vécu du travail de médecin- gestionnaire.
- D'identifier les besoins des chefs médicaux pour assumer adéquatement leurs tâches de gestion.

De façon plus précise, ce projet vise à cibler les outils nécessaires à l'amélioration de la qualité de leur implication en partant de leur réalité actuelle et en considérant les besoins et attentes de ces médecins, mais aussi de l'établissement de santé.

Pour ce faire, il est nécessaire de trouver réponse aux cinq questions suivantes :

- Quelle est la nature concrète (rôle, travail et responsabilité) des chefs médicaux au sein d'un établissement de santé ?
- Quels sont les facteurs qui favorisent ou défavorisent les médecins à s'impliquer dans la gestion de leur département/service médical respectif?
- Quels sont les attentes et les besoins des directeurs médicaux et des directrices cliniques non médicaux vis-à-vis de cette fonction de chef médical?
- Quels sont les attentes et les besoins des chefs médicaux par rapport à cette fonction de gestion?
- Les correctifs qui sont suggérés pour rendre la tâche du chef médical encore plus efficace?

## UNE DÉMARCHE EXPLORATOIRE

Nous avons opté pour un devis de recherche de type qualitatif et inductif. Ce choix découle de l'objectif même de notre étude qui est de dépeindre avec réalisme un phénomène social peu exploré et encore moins décrit, en l'occurrence le vécu des médecins en tant que chefs d'un département ou d'un service médical dans un établissement de santé canadien/qubécois (Poupart et al., 1997).

Notre approche méthodologique s'inspire des préceptes de la théorisation ancrée développée par Barney Glaser et Anselm Strauss, au milieu des années 1960, puis reprise et enrichie par nombre d'auteurs. Cette approche permet à la fois de décrire avec justesse une réalité sociale et d'expliquer, voire de prédire, les phénomènes qui émergent et s'activent dans le processus de construction sociale par une opération d'induction analytique et de théorisation. C'est exactement ce que nous avons cherché à faire par un va-et-vient constant entre la collecte, la codification et l'analyse des données. De systématique et fortuite qu'elle était lors de l'enquête préliminaire, la collecte des données deviendra beaucoup plus ciblée en milieu d'enquête et très sélective en fin d'analyse : l'objectif des dernières collectes étant de s'assurer de la robustesse de certaines hypothèses qui ont émergé en cours d'analyse.

L'étude s'est déroulée de septembre 2014 à avril 2016 dans un grand centre hospitalier universitaire (CHU) canadien suite à une demande de la direction des services professionnels de l'établissement. Le CHU en question est le troisième en importance au Canada. Il regroupe près de 10 000 employés et plus de 1 600 médecins exerçant dans cinq pavillons différents. Dans le système de santé canadien, les médecins sont considérés comme des travailleurs autonomes - et non des employés de l'hôpital - libres d'offrir leurs services aux établissements de leurs choix. Leur adhésion à l'établissement s'effectue sur simple demande de leur part exempte de toute autre obligation contractuelle que celle d'observer les règlements et les politiques de l'établissement. Qui plus est, leur rémunération est globalement fonction du nombre d'actes médicaux et chirurgicaux effectués et assumés par l'assureur public et non par l'établissement de santé. Bref, la seule autorité à laquelle sont soumis les médecins est celle du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) en ce qui a trait à la qualité de l'acte clinique et de la DSP qui voit au respect des règlements, et, au besoin, à l'application des sanctions disciplinaires.

Le matériel empirique de l'étude est constitué de données qualitatives subjectives recueillies lors de six entrevues collectives (EC). Ces entrevues se sont déroulées en deux temps. Dans un premier temps, nous avons cherché à comprendre et à documenter la réalité des chefs médicaux en établissements de santé en abordant avec eux quatre grands thèmes généraux que nous avons précisés par le biais de questions ouvertes.

Tableau 1 : Thèmes abordés lors de la cueillette et la compilation des données

Les thèmes abordés lors des entrevues collectives	Les questions posées à l'intérieur de chacun des thèmes
Le rôle d'un chef d'un service ou de département médical.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En quoi consiste le rôle d'un médecin gestionnaire ?</li> <li>• Comment les médecins sont-ils choisis (nommés) pour occuper une fonction de gestion ?</li> <li>• Quelles sont les qualités et compétences recherchées pour s'acquitter de ce rôle ?</li> </ul>
Les besoins et attentes à l'égard des médecins gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont vos besoins et vos attentes à l'égard des médecins gestionnaires ?               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quel rôle, quelles tâches et quelle attitude attendez-vous de la part des médecins gestionnaires ?</li> <li>○ Quelle doit-être leur contribution dans la réalisation de votre mandat ?</li> </ul> </li> <li>• Quels sont les besoins et les attentes des médecins gestionnaires à votre égard?</li> </ul>
La compréhension du vécu des médecins gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les motivations à l'engagement des médecins dans un rôle de gestion ?</li> <li>• Qu'est-ce qui encourage/décourage les médecins gestionnaires à persévérer dans ce rôle?</li> <li>• Quelles sont les contraintes ou difficultés rencontrées dans votre relation avec les médecins gestionnaires ?</li> <li>• Quels sont les facteurs facilitants dans votre relation avec les médecins gestionnaires ?</li> </ul>

Leurs suggestions pour répondre aux besoins exprimés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles suggestions apporteriez-vous pour rendre plus efficace la relation médecin gestionnaire /administrateur ?</li> <li>• Qu'est-ce qui est présentement offert comme soutien aux médecins gestionnaires ?</li> <li>• Selon vous, qu'est-ce qui devrait être amélioré dans le soutien et comment ?</li> </ul>
---	---

Les thèmes retenus découlent de la recension des écrits ainsi que de l'analyse des résultats compilés lors de la rencontre exploratoire tenue en novembre 2013 ; Six (6) chefs de départements médicaux ainsi que quatre (4) directeurs médicaux de l'établissement étudié ont participé à cette rencontre de groupe d'une durée de 2h30.

La deuxième ronde d'entrevues visait à valider et à compléter les informations recueillies lors des entrevues précédentes notamment en revenant sur les questions principales, et en présentant les données colligées. Nous avons également profité de l'occasion qui nous était donnée pour explorer avec les participants et les participantes des moyens et des activités visant à répondre aux réalités particulières auxquelles les médecins gestionnaires sont confrontés.

Sur une possibilité de 91 personnes, 43 ont accepté de participer aux entretiens collectifs suite à une invitation générale qui leur a été adressée par la direction des soins professionnels via le courrier électronique, soit un taux de réponse de 47% ; sept d'entre eux ont d'ailleurs accepté de participer aux deux vagues d'entrevues. Les participants ont été affectés à l'un des trois groupes cibles en considération des fonctions qui leur ont été assignées à titre de gestionnaire, soit :

- Les directeurs médicaux, en l'occurrence la haute direction médicale des Centres hospitaliers.
- Les directrices cliniques non médicales dont notamment les directrices des programmes clientèles.
- Les chefs médicaux qui regroupent les chefs des départements et des services médicaux.

La durée moyenne des entrevues de groupe a été de 2h00. Chacune d'elle a été enregistrée et retranscrite en entier dans un fichier Microsoft Word.

Tableau 2 : Précisions quant au déroulement des entrevues de groupes

Période	No de l'entrevue	Date de l'entrevue	Groupe cible	Nombre de participants		
				Hommes	Femmes	Total
Première cueillette des données	Entrevue 1	Septembre 2014	Les directrices cliniques non médicales	2	9	11
	Entrevue 2	Décembre 2014	Les directeurs médicaux	6	3	9
	Entrevue 3	Juin 2015	les chefs médicaux	8	1	9
Seconde cueillette des données	Entrevue 4	Mars 2016	les chefs médicaux	3	0	3
	Entrevue 5	Mars 2016	Les directeurs médicaux	3	2	5
	Entrevue 6	Avril 2016	Les directrices cliniques non médicales	2	4	6
Total				24	19	43

## RÉSULTATS OBTENUS

La section qui suit présente les réponses recueillies suite à l'analyse des données colligées dans les différents entretiens collectifs « focus groups ». Ainsi, chaque question sera traitée comme suit :

1. La nature concrète (rôle, travail et responsabilité) des chefs médicaux au sein d'un établissement de santé.
2. Les contraintes liées au rôle de chef médical.
3. Comment et pourquoi devient-on chef médical?
4. Les attributs, habiletés et compétences que doivent posséder ou développer les chefs médicaux pour exercer leur rôle et assumer adéquatement leurs tâches et leurs responsabilités?
5. Les besoins exprimés et les correctifs proposés pour assumer adéquatement la tâche de chef médical?

### 1. Les attentes (rôle, travail et responsabilité) envers les chefs médicaux au sein d'un établissement de santé

Il est intéressant de noter que les rôles et les responsabilités que doivent assumer les chefs médicaux apparaissent relativement clairs tant pour les directeurs médicaux que cliniques. Ils perçoivent les chefs de départements et de services comme les mandataires des orientations et des directives de l'organisation auprès des professionnels médicaux en raison de la proximité relationnelle des chefs avec les médecins dont ils ont la charge de gérer les activités cliniques.

#### A – Les attentes des directeurs médicaux

Les directeurs médicaux accordent une importance particulière au rôle de médiateur que doivent jouer les chefs médicaux en cherchant à concilier à la fois les choix/directives organisationnels, les préoccupations professionnelles (médicales) et les motivations individuelles à l'intérieur d'un département et d'un service. Se référant aux articles 189 (aspect organisationnel) et 190 (respect de la qualité de l'acte médical) de la loi 83 (LSSS), ils attribuent aux chefs médicaux la responsabilité d'être garant de la qualité de l'acte médical. Ils leur accordent également le rôle de veiller à la bonne dynamique interne de leur département ou service notamment en gérant les conflits qui peuvent survenir et en disciplinant leurs troupes. Qui plus est, les directeurs médicaux considèrent que les chefs de départements médicaux se doivent de développer une vision stratégique et de la véhiculer - et non simplement de se restreindre à assurer les services de garde. Ils se doivent d'agir comme mobilisateur auprès de leurs collègues en ce qui a trait à l'initiation et à la concrétisation de projets à l'intérieur desquels les médecins sont interpellés. Ils leur incombent enfin le rôle de consultant auprès d'eux notamment en ce qui a trait à la préparation du budget.

Enfin, une des préoccupations exprimées par les directeurs médicaux est que l'on aborde peu ou pas l'une des prérogatives d'un centre hospitalier universitaire, soit celle de la représentativité externe des chefs au sein de différents comités nationaux et internationaux et du rayonnement de l'établissement.

#### B – Les attentes des directrices cliniques non médicales

Pour leur part, les directrices cliniques non-médicales mettent l'accent sur le rôle de mobilisateur que doit jouer le chef médical notamment en étant porteur d'une vision stratégique de leurs départements, elles indiquent toutefois que cette vision gagne à être co-construite dans une perspective collaborative et conséquente tant dans le discours que dans l'action. Ce rôle s'avère d'une très grande importance en ce qui a trait aux gros départements où le chef doit s'assurer à la fois d'une convergence entre la pluralité des pratiques professionnelles et l'orientation stratégique qu'il cherche à inculquer et/ou à maintenir. Son rôle est également politique, notamment à l'intérieur des gros départements, alors qu'il doit jouer un rôle de médiateur entre les chefs des différentes spécialités. Il arrive

qu'un chef de départements gère 10-15 services. Il doit donc adopter une vision globale. Bref, dans les grands départements, le chef médical se doit de déléguer les tâches opérationnelles, voire se dissocier du quotidien des activités, pour se concentrer sur les grands enjeux de son département dont notamment les orientations stratégiques, le recrutement, la gestion des ressources - bien qu'il ne possède pas de grands leviers en cette matière - et l'assurance d'une collaboration effective de tous et de toutes.

En accord avec les directeurs médicaux, les directrices cliniques non médicales s'attendent des chefs médicaux qu'ils veillent à la bonne dynamique interne de leur département ou service notamment en faisant office de préfets de discipline auprès de leurs collègues médicaux. Pour les directrices cliniques non médicales, il est de la responsabilité des chefs médicaux de voir à ce que leurs troupes adoptent et maintiennent un comportement approprié. Dans le cas contraire, il est de leur devoir d'intervenir en prenant toutefois soin de souligner qu'ultimement, il revient au Directeur des services professionnels (DSP) de veiller au maintien de la discipline auprès des professionnels médicaux. Elles considèrent également qu'il est de la responsabilité des chefs médicaux d'inciter ses collègues à respecter les consignes (directives, pratiques ou autres) qu'ils ont eux-mêmes convenu d'appliquer préalablement avec les autres membres de l'équipe.

Tout comme les directeurs médicaux, les directrices cliniques non médicales font la distinction entre les responsabilités du chef de département et celles du chef de service. Le chef de département a pour tâche principale la réorganisation et la conciliation du travail de son équipe alors que le chef de service se voit confier la tâche de coordonner le travail médical au quotidien. Les directrices cliniques non-médicales attribuent au chef de département un rôle de gouvernance à la fois administratif et politique pour assurer un équilibre certain dans la distribution des ressources et, au chef de service, un rôle beaucoup plus opérationnel et fonctionnel en leur incombant la responsabilité de mettre en place les procédures administratives, de gérer l'utilisation de l'équipement et de gérer l'équipe médicale. Par ailleurs, les deux rôles se rapprochent en ce qui a trait à la nécessité de sensibiliser les instances supérieures aux préoccupations des départements et des services médicaux.

Les directrices cliniques soulignent que les chefs médicaux sont parachutés à ce poste, qu'ils ne reçoivent aucun enseignement – sinon si peu – pour assumer leurs tâches de gestion. Bref, ne sachant pas trop quoi faire, ils se limitent à effectuer les tâches de base.

### C - Les attentes des chefs médicaux

Quant aux chefs médicaux, leur incompréhension des attentes à leur égard face au peu de ressources et de supports qu'on leur octroie les incite à limiter leurs interventions au sens premier des obligations prescrites par la loi, soit celles de voir au respect de la qualité des actes cliniques prodigués et à effectuer les tâches administratives de base. Ces derniers ne se sentent pas vraiment responsables de quoi que ce soit. Ils sont unanimes à revendiquer une clarification du niveau de responsabilité qui leur est attribué dans la gestion des activités cliniques. Ils évoquent le besoin de préciser la nature de leur travail, d'être tout aussi précis dans la définition des mandats à réaliser et des responsabilités qui leur sont confiées. Des outils aussi simples qu'un organigramme sont demandés. Ils sont conscients de l'importance de voir au respect de la qualité des actes médicaux pratiqués tel que prescrit par la loi, mais avoue leur incompréhension en ce qui a trait à la gestion des aspects organisationnels. Dans ce dernier cas, les chefs de service relient principalement leur rôle à l'organisation du travail clinique qu'ils associent à la gestion quotidienne des activités cliniques dont notamment la gestion des tâches administratives et la supervision et la validation des listes d'attentes.

Les chefs médicaux perçoivent le/la chef de département comme le responsable de l'encadrement. Ayant la charge d'un nombre significatif de services (10 à 15), répartis sur plusieurs sites (2 à 5), le chef se doit de proposer une vision globale de son département, voir à la fluidité des interactions entre les membres de différents services et prendre une part active dans la gestion des personnes et des ressources notamment en s'impliquant au niveau du

recrutement. Ils conçoivent également le rôle de chef de service de façon beaucoup plus opérationnelle (terrain) notamment en lui accolant les tâches d'organisation et de coordination des activités cliniques.

Leur rôle, les chefs de département l'attribuent essentiellement à celui de gestionnaire de conflits. Ils ont le sentiment d'être constamment dans l'obligation d'éteindre des feux, de gérer les conflits interpersonnels. Ils indiquent d'ailleurs que la gestion des conflits constitue la partie la plus importante et la plus difficile de leur travail. On parlera alors des égos difficiles, des conflits entre médecins et infirmières, etc. Quant au rôle de mobilisateur, il est peu abordé par les chefs bien que ces derniers soient conscients de l'importance de mobiliser les troupes. Toutefois, ces derniers soulèvent une multitude de difficultés à assumer un tel rôle.

Les tableaux 3 et 4 présentent une synthèse de la compréhension du rôle et des responsabilités des chefs médicaux évoqués par chacun des trois groupes d'intervenants rencontrés

Tableau 3. Synthèse de la compréhension des rôles et des responsabilités des chefs médicaux par chacun des trois groupes d'intervenants rencontrés

Responsabilités attribuées	Directeurs médicaux	Directrices cliniques non médicales	Chefs médicaux
Garantir la qualité de l'acte médical	Surveiller la qualité de la pratique médicale • Veiller à son amélioration • Réagir aux plaintes • Assurer le suivi des préoccupations de santé dans la gestion de l'établissement		
Veiller à la dynamique interne	Gérer les conflits interpersonnels • Assurer un rôle d'autorité auprès des équipes médicales (Maintenir la discipline et intervenir en cas de besoin)		• Gérer des conflits : éteindre les feux (essentiellement)
Porter une vision stratégique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer une vision stratégique</li> <li>• La véhiculer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrimer les pratiques médicales aux pratiques stratégiques</li> <li>• Être conséquent dans le discours et l'action</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne se sentent pas vraiment responsables de quoi que ce soit.</li> <li>• Revendiquent une clarification de leurs responsabilités en tant que gestionnaire</li> </ul>
Mobiliser les équipes de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concilier les choix organisationnels, les préoccupations professionnelles et les motivations individuelles</li> <li>• Initier et concrétiser des changements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médier entre les chefs des différentes spécialités.</li> <li>•</li> </ul>	Soulèvent une multitude de difficultés à assumer un tel rôle. <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
Organiser et coordonner les activités cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Chef de département</u> : Organiser le travail de l'équipe • Gérer une saine distribution des ressources</li> <li>• <u>Chef de service</u> : Coordonner le travail médical au quotidien</li> <li>• Sensibiliser les instances supérieures à leurs préoccupations</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se voient comme des responsables de l'encadrement</li> <li>• Associent à la gestion quotidienne des activités cliniques</li> </ul>
Agir comme consultant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notamment dans la préparation du budget</li> </ul>	Développement des protocoles cliniques	Demandent à préciser la nature de leur travail
Assurer un rayonnement externe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Représenter les collègues au sein de comités externes</li> <li>• Diffuser les travaux de recherche</li> <li>• Assurer l'enseignement</li> </ul>		Se limitent à effectuer les tâches de base.

## 2. Les CONTRAINTES liées au rôle de CHEF MÉDICAL

Tant les directeurs médicaux que les directrices cliniques non médicales considèrent que dans l'état actuel des choses, les chefs médicaux peuvent difficilement répondre à ces attentes. Il en va de même de la part des chefs médicaux qui s'expliquent difficilement le réalisme des attentes à leur égard face aux nombreuses contraintes qu'ils rencontrent.

Les principales contraintes mentionnées par les acteurs rencontrés concernent a) la structure de rémunération, b) le manque d'autorité sur les collègues médecins, qui implique que les chefs médicaux doivent être particulièrement stratégiques pour faire adhérer leurs collègues médecins qui sont dotés de fortes personnalités. À cet égard, plusieurs acteurs font valoir c) le manque de compétence des chefs médicaux dans la gestion du personnel. Les chefs médicaux mentionnent également d) le manque de ressource et la lourdeur du processus décisionnel ainsi que e) le manque de complicité entre les chefs médicaux et les co-gestionnaires cliniques occasionné notamment par f) le roulement élevé des directeurs cliniques (médicaux et non médicaux) ainsi que la gestion sur plusieurs sites. Enfin, g) des rapports de genre et générationnels ont été abordés lors des deux vagues d'entrevues collectives pour expliquer le peu d'opportunité accordé aux femmes et aux jeunes médecins à devenir chef médical. Chacun de ces thèmes est développé dans les paragraphes suivants.

### A - La structure de rémunération

La principale source de revenus des médecins provient de leur travail de clinicien. Les médecins sont payés à l'acte. Qui plus est, la rétribution pour leurs tâches cliniques provient d'un organisme tiers (la RAMQ) et non de l'établissement de la santé ce qui les conduit à un moindre alignement et faible obligation envers l'hôpital.

L'établissement compense financièrement les chefs de département pour leur apport dans la gestion des activités cliniques (prestation attendue équivalente à deux journées semaine). Toutefois, cette rétribution – considérée comme une compensation - est perçue marginale en considération des efforts investis. Ainsi, pour un travail comparable, le chef médical obtiendrait de bien meilleurs revenus en facturant des actes médicaux à la RAMQ. Donc plus grande est l'implication d'un chef médical dans l'exécution des tâches administratives, moindre sera sa rémunération.

À noter que certains chefs de service – et non tous - obtiennent une compensation monétaire pour l'exécution des tâches administratives. Par contre, cette « compensation » ne provient pas de l'Établissement, mais bien d'autres sources (ex. du POOL, de l'enseignement, des budgets de recherche, etc.). Il en va de même des services de secrétariat. Certains chefs médicaux bénéficient de tels services d'autres doivent assumer eux-mêmes ces tâches. Cette situation a pour effet de créer des iniquités entre les départements/services. Qui plus est, la qualité du travail administratif exécuté par les chefs médicaux et le personnel administratif qui les assistent – dans l'éventualité qu'un tel personnel soit disponible – s'avère être inégale.

Une rémunération à temps plein pour le poste de chef médical NE PEUT être considérée comme une alternative crédible. En effet, un médecin qui délaisserait totalement ses activités cliniques afin de s'investir totalement dans des activités de gestion risquerait fort bien de perdre sa crédibilité au sein de son groupe pratique. Qui plus est, les impératifs découlant de l'innovation obligent les chefs médicaux à maintenir à jour leur pratique médicale.

## B – Le peu d’ascendant sur leurs collègues et la sous-traitance du contrôle des activités médicales

Le peu d’ascendant à l’égard des membres d’un département ou d’un service médical constitue un problème réel aux yeux des chefs médicaux. Ces derniers ne disposent d’aucun pouvoir formel du fait que les médecins ne sont régis par aucun lien d’emploi direct avec l’hôpital. À cet égard, il est mentionné qu’il est beaucoup plus facile d’instaurer une telle discipline dans les services « POOLED » où les chefs sont généralement plus près de leurs collègues.

Les chefs médicaux allèguent que, comme la rémunération est externe à leur contrôle, ils n’ont que peu d’ascendant, voire aucun, sur leurs troupes. Les directeurs médicaux rétorquent que là n’est pas la question puisque dans un contexte tout à fait similaire, les chefs médicaux des hôpitaux anglophones ont une autorité démontrée même s’ils n’ont aucun ascendant sur la rémunération des médecins. D’ailleurs, il est évoqué que dans les établissements universitaires anglophones, le chef de département et de service a une plus grande autorité sur ses troupes et ne se fait pas «by-passé». Donc, faute d’une autorité hiérarchique clairement établie et du peu d’ascendant sur les ressources (notamment sur les salaires), ces derniers préconisent de se rabattre sur la symbolique du rôle de chef de département et de service.

Par contre, on souligne la difficulté de développer un tel pouvoir (moral) dans un contexte où la gestion de la plupart des activités médicales (contrôle des présences, de la rémunération, de l’acte, etc.) est sous-traitée par les secrétaires médicales, de la DSP ou autres. Dans une telle perspective, il est difficile d’asseoir un lien d’autorité. Faute d’un tel pouvoir de contrôle, les chefs médicaux se voient plus comme les représentants de leur groupe respectif que comme leur chef.

## C – Le manque de compétences en gestion et le peu d’appui organisationnel

Les différents intervenants soulignent clairement le manque de compétences des chefs médicaux en ce qui a trait à la gestion de personnel (p.ex. gestion des conflits interpersonnels). Le manque d’autorité, combiné au manque d’outils de gestion du personnel, de résolution des conflits, de stratégies pour gérer les agressions et les violences verbales rendent difficile cette dimension de leur travail. Cette réalité est corroborée par les directrices cliniques non médicales qui dénotent la très grande difficulté des chefs médicaux à gérer les ressources humaines.

Les chefs médicaux évoquent également le manque d’appui organisationnel dans l’exercice de leurs tâches de gestion. Ils associent ce manque à la culture latine et francophone (en opposition à la culture anglo-saxonne) où les chefs médicaux ne bénéficient d’aucun pouvoir décisionnel et manquent de soutien. Certains conflits interpersonnels pourraient se résorber s’ils possédaient l’autorité requise pour le faire. Souvent, leurs décisions sont « *by-passées* », ce qui diminue leur crédibilité et se solde par une perte d’autorité. Ils disent même avoir l’impression de travailler dans le vide.

## D – Le manque de temps, de ressources et la lourdeur des processus décisionnels

Une des contraintes majeures soulevée par l’ensemble des intervenants rencontrés demeure certes le temps consacré par les chefs des départements et des services médicaux aux activités de gestion. Les informations recueillies indiquent qu’un chef de département consacre en moyenne 2 jours/semaine (sur 5 jours) aux tâches de gestion alors qu’un chef de service ne s’y investit qu’une demi-journée par semaine. À cela se doit d’être ajouté le temps investi par les chefs de services à répondre aux courriels, à gérer les urgences et à participer aux réunions qui peuvent avoir lieu durant la semaine.

Conscients que les directeurs médicaux et cliniques leur imputent le rôle de « capitaine » notamment responsable du recrutement et responsable de véhiculer une vision à long terme, les chefs de département ne voient aucunement leur contribution au processus stratégique même s'ils jugent que leur apport serait judicieux et approprié dans la définition des orientations stratégiques de l'organisation. À cet égard, le peu de leviers pour la prise de décision et surtout le manque de ressources mises à leur disposition les irritent significativement. On leur demande d'être imputable de la bonne gestion de leur département sans les doter de l'autorité et des budgets nécessaires pour s'acquitter adéquatement de leurs responsabilités.

La lourdeur du processus décisionnel – dont notamment l'implication de plusieurs individus dans la prise de décision – constitue également un autre irritant. Cette lourdeur peut être réelle ou perceptuelle. Dans ce dernier cas, elle provient de faits anecdotiques véhiculées par les prédécesseurs et influence le désir des autres à s'impliquer. Devant une telle lourdeur, les directrices cliniques non médicales évoquent la tendance de certains chefs médicaux à « *by-passer* » les lignes d'autorité en place.

#### E – Le manque de complicité entre les chefs médicaux et les cogestionnaires cliniques

Les directeurs médicaux sont d'avis que la cogestion fonctionne certes aux grandes tables, mais certainement pas sur le terrain des opérations, là où justement la complicité médecin/infirmière est des plus nécessaire. Lorsque présente, cette complicité demeure très variable. La plupart du temps, elle s'établit sur une base personnelle et se limite à des événements ponctuels.

Ils expliquent ce manque de complicité par la complexité, voire la compétitivité professionnelle qui prend place notamment entre les infirmières bachelières et les autres professionnels qui ont une responsabilité envers les mêmes patients. Ils l'expliquent également par la difficulté d'identifier d'où découlent les initiatives de changement, qui en assume le leadership. Certains projets partent de la direction clientèle ou de la direction des services infirmiers alors que d'autres sont initiés par la Direction des services professionnels ou la DSM. Ils l'expliquent enfin par le non-respect de la hiérarchie médicale. La tendance est à l'effet que l'on sollicite un médecin particulier sans tenir compte de son chef de service. Bref, le mariage des influences, voire des pouvoirs, s'avère un élément complexe qui ne s'agence pas nécessairement bien avec les structures administratives.

#### F – Le roulement constant des directrices cliniques non médicales et la gestion sur plusieurs sites

Ils expliquent enfin ce manque de complicité par le roulement constant des directrices cliniques non médicales qui irrite passablement les chefs médicaux, surtout ceux qui sont déterminés à implanter des changements. Le taux de roulement est significatif (promotion, nouveau complexe, départ à la retraite, fusion) et occasionne beaucoup d'intérimis. Dès lors, la cogestion devient difficile en raison de la grande mobilité des gestionnaires. De plus, le taux élevé de roulement rend difficile la réalisation de projets considérant que les étapes nécessaires à sa réalisation doivent être répétées avec différents interlocuteurs.

Le fait de ne pas pouvoir assurer une présence constante auprès de son équipe de gestion sur plusieurs sites accroît davantage la complexité du travail des chefs de département. Une des difficultés réside dans la gestion des conflits et des tensions qui émergent justement d'une gestion multisites alors que certains médecins vont développer un attachement (voire une identification) à un site spécifique, à sa façon de fonctionner. La stratégie qui est la plus employée a été de créer une équipe de sous-gestionnaires responsables chacun de l'un des sites supervisés par le médecin-chef.

## G - Le peu d'opportunité accordé aux femmes et aux jeunes médecins à devenir chef médical

Bien que l'on dénote, depuis quelques décennies, des changements démographiques dans le secteur de la santé avec la présence de plus en plus accrue de femmes et de jeunes médecins, ces deux groupes demeurent largement sous-représentés dans les postes de gestion. Les structures sociales et organisationnelles à la source de cette sous-représentation sont diverses et observables dans le modèle dominant en médecine interne et en médecine familiale. Le profil de chefs médicaux demeure généralement masculin. Les inégalités systémiques se reproduisent dans les discriminations genrées et générationnelles ce qui résulte en une faible présence des membres de ces groupes dans les postes de gestion. Il importe de reconnaître les deux dimensions (les rapports de genre et les rapports générationnels) de façon individuelle, mais également dans leurs effets combinés, particulièrement chez les jeunes femmes médecins.

Le manque de représentativité des jeunes médecins est notamment expliqué par le besoin d'expérience pour assumer adéquatement les tâches liées au poste de chef de département et de services médicaux. Percevant le rôle du médecin-chef comme une courroie de transmission entre les différents paliers de l'organisation, les chefs médicaux indiquent qu'il est souhaitable de posséder une compréhension de l'organisation et du système pour assumer leurs tâches de gestion. Et cette compréhension s'acquiert avec l'expérience. Ceci tend à expliquer pourquoi des membres de plusieurs équipes voient d'un très mauvais œil la nomination d'un ou d'une jeune chef. Cependant, l'argument du manque d'expérience ne peut être évoqué pour expliquer la faible représentation de femmes de tous les âges dans les postes de gestion. Ici, la dimension symbolique et androcentrée<sup>1</sup> du rôle de chef est à prendre en considération.

Les données recueillies permettent de suggérer que les jeunes médecins des deux sexes, en début de carrière, préfèrent se concentrer sur leurs pratiques médicales et académiques plutôt que de s'impliquer dans la gestion. Bien que le désir y soit, ils et elles ne veulent pas hypothéquer leur carrière. Le besoin de se concentrer sur l'acquisition d'expérience est ici un enjeu, mais il s'arrime également avec la lourdeur de la tâche et les impacts de la double tâche sur la conciliation travail-vie personnelle. Ces derniers considèrent également l'impact de la perte de revenus liée à l'exercice des tâches administratives. Les jeunes médecins font généralement face à des obligations financières plus importantes (dettes d'études, achat d'une maison, charges familiales, etc.) plus importantes que celles que doivent assumer leurs collègues plus âgés qui sont habituellement indépendants de fortune.

Tableau 4 : Synthèse des contraintes organisationnelles évoquées face aux attentes émises par les directeurs cliniques (médicaux et non médicaux) à l'égard du rôle et des responsabilités du chef médical

<b>Responsabilités attribuées</b>	<b>Contraintes organisationnelles invoquées</b>
Garantir la qualité de l'acte médical	Laxisme dans l'application des règles et en raison de la lourdeur des processus d'intervention lors de l'inobservance des consignes par un médecin
Veiller à la dynamique interne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins ne sont régis par aucun lien d'emploi direct avec l'hôpital</li> <li>• Peu ou pas d'ascendant sur les ressources (notamment sur les salaires)</li> <li>• La rétribution pour les activités de gestion est considérée comme marginal</li> <li>• Sous-traitance du contrôle des activités médicales</li> <li>• Manque de formation (compétences organisationnelles)</li> <li>• Manque de soutien (manque d'appui et de temps)</li> <li>• Laxisme dans l'application des règles et lourdeur dans la gestion des plaintes</li> </ul>

<sup>1</sup> L'androcentrisme est un concept faisant référence à une vision (du monde, de la société, de l'organisation, etc.) basée sur le référent masculin comme référent universel.

Porter une vision stratégique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence dans les décisions stratégiques</li> <li>• Manque de soutien (manque d'appui et de temps)</li> <li>• Manque d'outils de gestion (budget)</li> <li>• Lourdeur et complexité bureaucratiques</li> <li>• Taux de roulement élevé des gestionnaires</li> <li>• Manque de formation pour la sphère gestion</li> <li>• Changements organisationnels fréquents</li> </ul>
Mobiliser les équipes de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de soutien (gestion des affaires courantes)</li> <li>• Manque d'autorité</li> <li>• Manque d'outils de gestion (budget)</li> </ul>
Organiser et coordonner les activités cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sous-estimation du temps requis et de la complexité du rôle de gestion</li> <li>• Compétitivité professionnelle</li> <li>• Peu de leviers pour la prise de décision</li> <li>• Manque de ressources et d'outils de gestion (budget)</li> </ul>
Agir comme consultant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de soutien (gestion des affaires courantes)</li> <li>• Manque de formation pour la sphère gestion</li> <li>• Lourdeur du processus décisionnel et complexité bureaucratique</li> <li>• Gestion multisite</li> </ul>
Assurer un rayonnement externe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'usage qui perpétue l'embauche des candidats à l'interne</li> <li>• Le règlement à l'embauche</li> </ul>

### 3. Dans un tel contexte, pourquoi devient-on et demeure-t-on chef médical ?

Face aux attentes énumérées précédemment et surtout devant la difficulté à répondre à ces attentes due notamment à la présence de nombreuses contraintes, nous avons cherché à comprendre les motivations des médecins à devenir et à demeurer chef d'un service ou département médical. À cette question, les informations obtenues des différents acteurs vont dans le même sens et, conséquemment, les éléments de réponses à cette question sont regroupés et présentés en regard des thèmes suivants : Le ciblage des candidats, le processus de nomination, les motivations à devenir chef médical, les profils observés, les facteurs favorisant la continuité ainsi que la difficulté à intéresser les jeunes médecins et les femmes médecins.

#### A - Cibler des candidats et candidates crédibles auprès de leurs pairs

Bien que des spécificités laissent croire que les processus diffèrent selon le cas, certains éléments semblent être partagés. Par exemple, l'informalité du processus de nomination, qui repose beaucoup sur la reconnaissance, mais aussi sur la pression des pairs semble commune. Ainsi, d'entrée de jeu, le recrutement se fait par lobbying ou pressions exercées sur les personnes envisagées pour exercer ce rôle. Le fait qu'un médecin ait déjà réglé certains conflits, qu'il soit vu comme une personne suffisamment expérimentée pour bien représenter son groupe ou qu'il soit considéré comme un innovateur suffit pour qu'il soit approché.

Le consensus des pairs est également prisé lors du recrutement d'un candidat. Les directeurs médicaux indiquent d'ailleurs clairement que la démarche ne vise pas tant à cibler le candidat qu'ils jugent le plus apte à assumer la responsabilité de gestionnaires, mais bien celui qui est jugé par les pairs comme le plus crédible pour assumer cette fonction ; la légitimité de ses actions/position en sera d'autant facilitée. Les chefs médicaux ainsi que les directrices cliniques non médicales sont également d'avis que le soutien des pairs est essentiel.

Ainsi, la plupart du temps, les chefs médicaux sont nommés par les pairs en considération de leur reconnaissance au plan clinique et beaucoup moins en fonction de leurs habiletés de gestionnaires ou de leur intérêt pour le poste. La coutume est alors d'assumer le poste à tour de rôle. Toutefois, en s'appuyant sur l'expérience et sur la

reconnaissance des pairs, on crée un environnement qui tend à favoriser la mise en candidature de personnes (hommes et expérimentés) qui répondent à certains stéréotypes. Limitant ainsi la représentation de femmes (de tous âges) et de jeunes (des deux sexes).

### B - Le processus de nomination

Une fois qu'un candidat est ciblé et accepté par les membres de son département, un comité est formé, une entrevue s'ensuit et une décision est prise. Dans l'éventualité où deux candidats ou plus se présentent, il revient au Comité d'en sélectionner un et de le recommander au CMDP. Le Conseil d'administration entérine alors le choix effectué via une proposition du CMDP. La procédure pour la nomination d'un chef de département est normée par la loi – et par règlement interne du conseil d'administration - qui oblige la direction de l'établissement à mettre en place un comité de sélection même si un seul candidat est pressenti. Le comité est constitué uniquement de médecins à l'interne représentant la direction générale, la direction des services professionnels, le cabinet du doyen, le département médical, le programme universitaire et le CMDP. En ce qui a trait à la nomination du chef de service, la procédure est beaucoup moins claire.

Le règlement du CMDP prévoit que seul un membre actif peut devenir chef de département, ce qui limite l'affichage externe. Il est donc d'usage d'afficher le poste à l'interne et de rencontrer les personnes intéressées. Mentionnons toutefois que cette démarche n'est pas exempte de failles. Certains ont dû entreprendre des démarches pour s'enquérir de leur nomination. D'autres occupent un poste de chef intérimaire depuis plusieurs années déjà et n'ont jamais été nommés formellement.

### C - Les motivations

D'emblée, il y a peu de médecins qui démontrent un grand intérêt à se présenter à un poste de gestionnaire, particulièrement pour celui de chef de service. L'élément le plus incitatif est certainement la pression exercée tant par les pairs que par les directeurs médicaux.

Cette façon de procéder comporte toutefois quelques contraintes. Les médecins qui acceptent après qu'on leur ait « *tordu un bras* » sont généralement mal préparés à assumer ce poste. La pression des pairs semble également avoir un effet de courte durée puisque nombreux sont les chefs médicaux qui ne renouvèlent pas leur mandat de 2 ou 4 ans. Cette défection s'explique notamment par la déception de ces derniers à ne pas pouvoir réaliser les objectifs qu'ils s'étaient fixés et/ou par la lassitude à toujours devoir confronter – autant à l'interne qu'à l'externe de leur unité – pour faire avancer leurs idées/dossiers.

Certains acceptent le poste par conviction ou par devoir à l'égard de leurs collègues en se convainquant que c'est à leur tour d'y aller. D'autres se présentent à un poste de chef par opportunisme (dans le sens de se donner l'opportunité de se doter du pouvoir nécessaire pour atteindre un objectif personnel) notamment pour faire avancer ou faire accepter un dossier (ex. un projet clinique), pour faciliter l'intégration d'une innovation, pour s'assurer de l'octroi d'un nouvel équipement. À cet égard, il est intéressant de mentionner que ceux et celles qui acceptent le poste de chef médical par conviction désirent vraiment s'impliquer dans la gestion de leur service ou département et font généralement preuve de courage et de détermination devant l'ampleur de la tâche. Les directrices cliniques non médicales mentionnent que c'est justement avec ce profil idéaliste que la collaboration s'établit le mieux. Les directrices doivent même parfois les ralentir devant le nombre et l'ampleur des projets qu'ils/qu'elles désirent piloter. On précise d'ailleurs que l'idéalisme s'arrime à la proactivité, ce qui a un effet positif sur l'organisation du travail.

La crainte de se faire organiser est également évoquée comme motif pour s'impliquer dans la gestion de leur département ou de leur service. Cette motivation a pour objet de préserver certains acquis vis-à-vis de l'établissement. Cette dernière motivation fut particulièrement importante suite à la fusion de 2013 où les médecins d'un établissement favorisaient leur candidat au détriment d'un autre provenant de l'autre établissement. Mentionnons enfin que ces motivations ne sont pas exemptes d'un intérêt à l'égard du métier de gestionnaire. Certains chefs évoquent le désir de progresser au sein de la hiérarchie. D'autres soulignent la fierté découlant de réussites pour des projets qui ne sont pas uniquement cliniques.

#### D – Les profils observés

Les directeurs médicaux établissent trois types de profils de candidats intéressés à devenir chef médical. Le premier correspond au médecin ayant acquis une certaine expérience des rouages du système. Ce dernier désire s'impliquer pour assurer le bon fonctionnement interne de son département/service et se faire le porteur des préoccupations de ses collègues auprès de la direction. Il ressent l'obligation morale d'assumer le poste et fait part du désir d'apporter une valeur ajoutée au département. Il considère posséder les atouts nécessaires pour le faire et souhaite que les choses se déroulent en fonction de leur vision. Les motivations sont donc directement liées au sens du devoir, au sens des responsabilités, au courage et à la détermination.

L'autre profil correspond aux médecins qui désirent changer les choses, amener une nouvelle dynamique au sein de leur unité administrative, voire de l'organisation.

Se dessine également une trajectoire pour les médecins qui désirent orienter leur carrière vers des activités de gestion. De fait, il n'est pas rare que des chefs de service se présentent comme chefs de département et, par la suite, comme membre de la direction des services professionnelle après quelques années. Les directeurs médicaux attribuent ce phénomène au fait que les chefs de service sont déjà davantage "formés" aux opérations et à l'organisation du travail. Soulignons toutefois que la loi 1 affecte cette projection hiérarchique en imposant l'exclusivité de fonction chez les cadres supérieurs. Qui plus est, pour la plupart des chefs médicaux, la gestion demeure une expérience ponctuelle et temporaire. Peu se sentent interpellés par cette vocation. Il est également à noter que les profils mis de l'avant, valorisés et reproduits résultent en une faible représentation des femmes (de tous âges) et des jeunes (des deux sexes) dans les postes de gestion.

#### E – Facteurs favorisant la continuité

Outre les facteurs motivationnels soulevés plus haut, quatre éléments ont été mentionnés pour favoriser la rétention des médecins à des postes de gestion. L'élément clé réitéré tant par les directeurs médicaux que par les chefs médicaux est le besoin des individus de se réaliser personnellement dans l'accomplissement des tâches de gestion. Le deuxième vise à favoriser la réalisation de réussites (l'obtention de petites victoires) et de les publiciser. Le réflexe premier de tout individu est de quitter le navire s'il s'aperçoit qu'il rame à sens contraire du courant organisationnel. Les chefs médicaux apparaissent unanimes à l'effet qu'ils ont besoin de voir qu'ils atteignent certains de leurs objectifs et qu'ils ont des réussites. Ils ont besoin de percevoir qu'ils sont utiles et qu'ils peuvent améliorer les choses. Finalement, la clarification du mandat, de leurs responsabilités, de leurs objectifs ainsi que la ligne de gouvernance consistent en d'autres besoins qui, une fois clarifiés, pourraient être des facteurs facilitants.

Deuxièmement, ils veulent être considérés comme des alliés et non simplement comme des générateurs de coûts. Leur désir de quitter sera d'autant plus grand s'ils s'aperçoivent que leurs interventions s'avèrent inutiles. Le troisième élément mentionné est la nécessité d'obtenir et de maintenir le soutien des troupes. Tout aussi importants sont le soutien et l'appui dont bénéficie le chef médical de la part de son supérieur immédiat. Le chef de service qui a le soutien de son chef de département et que ce dernier se sent appuyé par le Directeur adjoint

des services professionnels (DASP) a tendance à prendre une part beaucoup plus active dans la gestion de son service ou de son département pour la simple raison qu'il se sent appuyé par la direction et par conséquent, n'a pas le sentiment de se retrouver seul, laissé à lui-même, dans une situation de controverse. Enfin, la capacité des chefs médicaux à se résigner et à accepter qu'il soit impossible de plaire à tous et toutes constitue le quatrième élément souligné pour favoriser la continuité.

Tableau 5 : Synthèse sur le pourquoi et le comment devient-on et demeure-t-on chef médical

Les principaux thèmes abordés	Les points saillants
Motivations invoquées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pression des pairs</li> <li>• Par conviction ou par devoir à l'égard de leurs collègues</li> <li>• Par opportuniste</li> <li>• La crainte de se faire organiser</li> <li>• Un intérêt à l'égard du métier de gestionnaire</li> </ul>
Les profils observés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins ayant acquis une certaine expérience</li> <li>• Les médecins qui désirent changer des choses</li> <li>• Orientation de carrière vers la gestion</li> <li>• Profil qui ne favorise pas la présence des femmes et des jeunes médecins</li> </ul>
Facteurs favorisant la continuité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment d'accomplissement personnel</li> <li>• Sentiment d'utilité et de faire une différence</li> <li>• Soutien et reconnaissance des équipes</li> <li>• Accepter de ne pas faire l'unanimité</li> </ul>

#### 4. Les ATTRIBUTS (HABILITÉS et COMPÉTENCES) à acquérir ou à développer pour exercer leur rôle et assumer adéquatement les tâches et les responsabilités de chefs médicaux.

Les résultats obtenus à cette question mettent en lumière l'importance accordée, tant pour les directeurs médicaux que cliniques, aux caractéristiques que les chefs médicaux doivent posséder ou développer pour exercer adéquatement leur rôle, à savoir : a) une volonté à s'investir, b) une légitimité clinique et administrative auprès des collègues, c) avoir des habiletés interpersonnelles notamment en démontrant la capacité de travailler en équipe, être un bon communicateur, médiateur et animateur et d) faire preuve de courage managérial. Nous reprenons chacun de ces thèmes dans les paragraphes qui suivent.

##### A – La volonté de s'investir

Ainsi, aux dires des directeurs médicaux, les chefs médicaux doivent démontrer une volonté de s'investir, à faire avancer les choses et à améliorer les soins aux patients. Les directeurs médicaux rappellent l'importance de posséder un esprit critique, de faire preuve de discernement et surtout de développer un sens de l'organisation pour assumer adéquatement les différentes tâches reliées au rôle de chef médical. Ayant un sens des responsabilités élevé et étant engagée, l'implication personnelle des chefs médicaux apparaît très importante dans l'exercice de leur rôle. Il est certain que le soutien et l'implication des collègues médecins sont des facteurs facilitants pour les chefs médicaux.

## B - Une légitimité clinique et administrative auprès des collègues

Les chefs médicaux doivent également posséder une légitimité clinique et administrative auprès des collègues. L'expertise clinique reconnue n'est qu'un élément contribuant à leur légitimité. L'autre, mentionné par les directrices cliniques non médicales, est l'assiduité de la présence physique et psychologique des chefs médicaux sur le terrain et leur habileté à interagir en continu avec les différents acteurs cliniques ; l'objectif est ici de maintenir une sensibilité à la réalité terrain. Pour les directeurs médicaux, l'expertise clinique ne peut suffire à assumer adéquatement les tâches de gestion. Les chefs médicaux doivent également posséder des compétences minimales en gestion. Il est donc préférable que les chefs médicaux puissent comprendre les paramètres budgétaires, être sensibilisés à la complexité des relations de travail et familiales avec les règles de gestion. Les directeurs médicaux et cliniciens non médicaux s'entendent en soulignant l'importance, pour les chefs médicaux, de bien saisir les enjeux organisationnels tout en ayant une compréhension fine des enjeux liés à leur département/service. Dans ce sens, les directrices cliniques non médicales stipulent que l'organisation aurait avantage à mieux les impliquer notamment dans la gestion des budgets.

## C – Le développement d'habiletés interpersonnelles particulières pour gérer ce genre de clientèle

Toujours selon les directrices cliniques non médicales, les chefs médicaux auraient avantage à développer leurs habiletés interpersonnelles dans un dessein d'acquérir une connaissance assez fine des structures sociales formelles (règles, hiérarchie, etc..) et informelles (réseaux sociaux, informateurs clés, etc.). En développant un bon réseau informel, ces derniers pourront avoir accès aux informations dont ils auront besoin tôt ou tard.

Les directeurs médicaux admettent volontiers que les chefs médicaux ne disposent pas des éléments d'autorité requis pour discipliner ses troupes. Par conséquent, ils doivent développer des habiletés particulières pour gérer ce type de clientèle, notamment en faisant preuve d'empathie, d'écoute et de respect. Pour leur part, les directrices cliniques non médicales mentionnent le besoin de travailler en équipe et d'entretenir une relation mutuellement respectueuse. Elles mentionnent également la nécessité pour les chefs médicaux de se rendre disponible tant au plan physique que psychologique, accessibles lorsque la situation le demande. Pour ce faire, tant elles que les chefs médicaux se doivent de développer certaines habiletés et compétences telles qu'un leadership relationnel et surtout faire preuve de diplomatie et d'ouverture d'esprit.

Les gestionnaires, tant cadres que cliniques, s'entendent également sur l'importance des qualités de communication des chefs médicaux. Comme leur rôle est essentiellement relationnel, ceux-ci doivent privilégier le dialogue à titre de médiateurs entre les préoccupations de la Direction générale et les enjeux de leurs départements en plus d'agir comme animateurs de la dynamique sociale au sein de leurs départements/services et du programme clientèle.

## D - Faire preuve de courage managérial

Mentionnons enfin que les trois groupes d'intervenants rencontrés s'entendent sur le fait que les chefs médicaux se doivent de démontrer du courage managérial pour assumer efficacement leur rôle.

Pour les directrices cliniques non médicales, ce courage est nécessaire pour comprendre le langage et la réalité managériale à l'intérieur d'un établissement hospitalier. Il exige de voir les problèmes, de reconnaître les différends, d'établir les divergences, de chercher à les clarifier, d'acquérir une compréhension fine des causes de la problématique et de chercher à mettre en place les mécanismes pour les résoudre. Le courage managérial se retrouve dans les actions prises par les chefs médicaux pour convaincre ses collègues d'uniformiser les pratiques

cliniques, d'adhérer à un nouveau protocole ou simplement pour se plier à une nouvelle directive, à respecter une décision prise quelquefois par eux-mêmes ; ce qui nous ramène à la notion de discipline.

Quant aux directeurs médicaux, ils attribuent le courage managérial au désir et à la volonté des chefs médicaux de régler des problèmes et de gérer les difficultés/conséquences qui en découlent et de prendre position même si cela exige de confronter un/des membres. Un chef de département n'est pas un chef syndical. Bien au contraire, il n'est pas là pour défendre les intérêts de ses membres individuellement, mais bien d'établir une cohésion à l'intérieur de son département quitte à devoir le confronter.

Le courage managérial, c'est également d'être capable de consulter, de référer à une instance supérieure en autorité dans la perspective où le chef n'est pas en mesure d'affronter seul un problème, une situation ou un groupe d'individus. À cet égard, les directrices cliniques non médicales constatent que les chefs médicaux auraient avantage à les consulter plus souvent. C'est une facette que l'organisation gagnerait à valoriser. Les médecins croient trop souvent qu'ils s'en vont seuls à l'abattoir alors que ce n'est pas le cas. Ils doivent savoir dès le départ qu'ils ne sont pas seuls.

Le courage managérial se traduit par la ferme intention d'assumer ses convictions, quelles que soient les conséquences/réprimandes qui s'ensuivent. Enfin, le courage managérial exige de faire preuve de transparence dans une optique d'obtenir la confiance des collègues. Il exige en plus de dire les vraies choses même si cela bouscule quelques certitudes ou froisse certains individus. À l'opposé, le manque de courage se manifeste dans l'indécision, par l'inaction et engendre des effets graves, voire néfastes. Les chefs médicaux mentionnent également qu'il n'est pas tout de faire preuve de courage. Encore faut-il être appuyé et posséder les moyens de prendre des décisions et de les rendre effectives. Appui que les directeurs médicaux considèrent consentir aux chefs pour ne pas qu'ils s'empêtrent dans un problème.

De façon générale, les directeurs médicaux considèrent que les chefs médicaux font preuve d'un tel courage. Unaniment, la réponse est OUI ! Le discours tenu par les directrices cliniques non médicales est par contre plus nuancé où celles-ci mentionnent que certains font preuve de courage alors que d'autres non. Les chefs médicaux ne sont effectivement pas toujours à l'aise d'intervenir auprès de leurs collègues médecins considérant qu'ils n'ont pas de pouvoir d'autorité. En fait, elles aimeraient que ces derniers fassent preuve d'un peu plus de courage.

Une inférence intéressante est ici proposée entre la clarté des attentes à l'égard des chefs médicaux et le courage managérial. Aux dires des directrices non médicales, il est difficile de faire preuve de courage à l'égard des chefs médicaux notamment en exigeant d'eux qu'ils assument adéquatement leur mandat dans une perspective où les attentes ne sont pas clairement établies. Il en va de même entre les chefs et leurs collègues. Les premiers peuvent difficilement exiger des seconds le respect des règles dans une perspective où ces règles demeurent floues et qui plus est, dans une perspective où le lien hiérarchique est loin d'être établi. Bref, il est important de clarifier les rôles, les tâches et les responsabilités de chacun même si cela exige la mise en place de structures formelles (savoir à qui se référer) et un encadrement plus strict (ligne de commandement en partance de la DG (et/ou du CMDP), de la DSP, des directions départementales et de services.

Le tableau qui suit propose une synthèse des attributs, habiletés et compétences que doivent posséder ou développer les chefs médicaux pour exercer leur rôle et assumer adéquatement leurs tâches et leurs responsabilités.

**Tableau 6 : Synthèse des habiletés et des compétences que doivent développer les chefs médicaux pour exercer adéquatement leur rôle**

Habiletés et des compétences requises	De façon à :
Volonté de s'investir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire avancer les choses</li> <li>• Améliorer les soins aux patients</li> <li>• Développer un esprit critique</li> <li>• Faire preuve de discernement</li> <li>• Développer un sens de l'organisation</li> <li>• Faire preuve sens des responsabilités élevé</li> </ul>
Une légitimité clinique et administrative auprès des collègues	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être reconnue pour son expertise clinique</li> <li>• Pouvoir interagir en continu avec les différents acteurs cliniques</li> <li>• Comprendre les paramètres budgétaires</li> <li>• D'être sensibilisés à la complexité des relations de travail et familiales avec les règles de gestion</li> <li>• Saisir les enjeux organisationnels tout en ayant une compréhension fine des enjeux liés à leur département/service</li> </ul>
Développer des habiletés pour gérer les médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvoir travailler en équipe</li> <li>• D'entretenir une relation mutuellement respectueuse</li> <li>• Se rendre disponible et accessible lorsque la situation le demande</li> <li>• Proposer leadership relationnel</li> <li>• Faire preuve de diplomatie et d'ouverture d'esprit</li> <li>• Privilégier le dialogue</li> <li>• Développer ses talents de médiateur et d'animateur de la dynamique sociale</li> </ul>
Faire preuve de courage managérial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire face aux problèmes qui perdurent</li> <li>• Ne pas craindre de confronter si la situation l'exige Le besoin de confronter</li> <li>• Se doit de consulte</li> <li>• Défendre fermement ses convictions La défense de ces convictions</li> <li>• Faire preuve de transparence</li> <li>• Agir : Éviter l'inaction</li> </ul>

## **5. Les BESOINS exprimés et les CORRECTIFS proposés pour assumer adéquatement la tâche de chef médical**

Nous avons regroupé à l'intérieur de sept grands thèmes les besoins exprimés – par les différents groupes d'acteurs interrogés - pour assumer adéquatement la tâche de chef médical. Ces thèmes sont :

- Une implication tangible des chefs médicaux dans les processus décisionnels.
- La nécessité de valoriser le poste de chef médical.
- Un programme de formation adaptée à la réalité des chefs médicaux.
- De l'aide et de l'assistance des pairs et de leur supérieur immédiat (Coaching).
- Une complicité effective avec leur cogestionnaire.
- Le besoin d'un soutien administratif, de temps et des ressources nécessaires pour agir.
- Le besoin de revoir le modèle existant afin de favoriser la présence des femmes et des jeunes médecins dans les postes de chefs médicaux.

Puis à l'intérieur de chacun de ces thèmes, nous avons condensé les différentes solutions préconisées par les participants pour tenter de répondre aux attentes, voire de combler les besoins exprimés.

### A - Une implication tangible dans les processus décisionnels

Les chefs médicaux, demandent en premier lieu d'être impliqués, de façon tangible, dans le processus décisionnel et non simplement d'être consultés sur un dossier spécifique. Ils indiquent également la nécessité de partager l'information ; celle-ci doit être disponible sur une plateforme facilement accessible. Ces derniers adhèrent à l'idée d'être porteur d'une vision stratégique de l'établissement, mais encore faut-il la connaître et la maîtriser. Il devient dès lors difficile pour ces derniers de faire adhérer leurs collègues aux projets de changements véhiculés par la direction sans être trop précis sur la légitimité à moyen et à long terme de ces changements. Ils demandent également de la transparence tant de la part des directeurs médicaux que des directrices cliniques non médicales.

Cette requête est partagée par les directrices cliniques non médicales qui considèrent que les chefs médicaux devraient être présents au comité de direction pour être impliqués dans les décisions stratégiques. D'emblée, elles reconnaissent l'importance d'expliquer clairement et sans détour, aux chefs médicaux, les changements de pratiques envisagées, les budgets et toutes les transformations organisationnelles à venir. Elles considèrent légitime que les chefs des départements et services médicaux aient accès aux données et à la documentation qui les concernent ainsi que d'être mis en relation avec les personnes impliquées dans les projets qu'ils pilotent. Somme toute, aux dires des directrices non médicales, les chefs médicaux ont besoin d'information leur permettant de bien comprendre ce qu'il en est afin d'être en mesure d'effectuer les ajustements nécessaires.

Quant aux directeurs médicaux, ils suggèrent de repenser l'organisation en décrivant mieux les responsabilités types d'un chef de département et de service. Encore plus important, est la nécessité d'inverser la responsabilité du travail à effectuer (haut vers le bas) de façon à ce que ce soit la personne en autorité qui dicte le travail et la personne subordonnée qui l'exécute et non l'inverse. Tout aussi important est le besoin de clarifier les attentes à l'égard des chefs et d'établir clairement les règles.

À cet égard, les directeurs médicaux invitent la direction générale à diminuer le nombre de départements, notamment en faisant disparaître les anomalies au sein de la structure organisationnelle (illogisme) tels qu'un département d'orthopédie et d'ORL indépendants du département de chirurgie. L'établissement ne propose pas une vision uniforme de la représentation d'un département ou d'un service. Autre anomalie, certains chefs de service sont en fait des représentants de sites. L'exemple intéressant est l'anesthésie. D'autres services opèrent dans des environnements qui leur sont propres. Il devient dès lors difficile de les rattacher à des départements. Également, certains chefs de service se comportent comme de véritables chefs de département. Bref, diminuer le nombre de départements pour mieux les organiser, les outiller et leur fournir les ressources nécessaires pour fonctionner adéquatement.

### B - La nécessité de valoriser le poste de chef médical

Les participants soulignent qu'il s'avère nécessaire de valoriser les postes de gestion (tant au niveau de la perception que de la reconnaissance du travail). Il est d'abord proposé de travailler sur des éléments tangibles qui visent à la fois à accroître l'efficacité des interventions des chefs médicaux et de valoriser la fonction de chef par la symbolique que ces éléments procurent. Il est ainsi proposé de mettre à la disposition de chacun des chefs médicaux un « kit de base » qui pourrait notamment être constitué :

- D'un local (bureau) avec leur nom sur une plaque.
- D'un secrétariat attitré au poste.
- D'une carte de stationnement interdite. À noter que chaque fois qu'un chef médical se rend dans un autre pavillon, il doit payer le stationnement.

Et d'une boîte à outils pour compenser le manque de formation et d'accompagnement.

Tout aussi tangible est de proposer aux chefs médicaux une formule de rémunération/compensation financière incitative. L'objectif premier est d'assurer aux médecins gestionnaires un revenu de substitution comparable lorsqu'ils exécutent un travail administratif. La rémunération et des crédits universitaires sont également vus comme une façon de valoriser la fonction de chef médical. Par contre, si c'était les pairs qui assumaient cette rémunération, cette dernière deviendrait beaucoup plus significative.

Des éléments intangibles tels qu'une plus grande représentation des chefs médicaux à l'externe sont également soulignés. Cette représentation doit provenir de l'extérieur (ex. de l'Université, du Ministère) ou de l'intérieur de l'organisation, lire ici les instances supérieures. L'objectif est ici de doter le rôle de chef médical d'une importance certaine, d'une notoriété effective en consultant ces derniers sur des questions d'ordre stratégique, notamment. Ceci exige la mise en place de mécanismes pour faciliter la libération des chefs afin qu'ils puissent participer aux rencontres à l'extérieur. Par contre, il est important de trouver une façon de les libérer sans pour autant hypothéquer leur temps clinique.

Enfin, une politique d'embauche favorisant les candidatures externes est évoquée pour rehausser le prestige du rôle de chef médical. Le phénomène « *inbreeding* » ferait en sorte que l'on perpétue la culture ambiante. Alors qu'un recrutement externe pour exercer le poste de chefs médicaux permettrait d'apporter une certaine fraîcheur, des idées nouvelles, de nouvelles pratiques, etc. Le recrutement d'un chef crédible au niveau clinique possédant un rayonnement international provenant de l'extérieur du CHU de Québec pourrait favoriser l'embauche de leaders possédant une vision stratégique.

L'ajout d'un évaluateur externe au sein du comité de sélection pour le choix d'un chef médical donnerait beaucoup plus de crédibilité au processus en proposant un éclairage externe – et possiblement plus objectif – sur la valeur des candidats. L'évaluation serait prise plus au sérieux de la part des candidats et permettrait aux candidats de plus grandes prestances de se présenter à ce poste. Également, il permettrait d'enrichir les discussions au sein du comité de sélection du chef médical qui est constitué uniquement d'une représentation médicale à l'interne et, par conséquent, orienté sur des besoins de la population médicale (lire ici les obligations exprimées dans la loi à l'article 89) et non nécessairement vers les préoccupations organisationnelles et académiques.

Les chefs médicaux qui cumuleraient également le poste de directeur programme d'enseignement médical (Chef-chef) auraient beaucoup plus de crédibilité auprès de ses collègues dus notamment à l'auréole universitaire qui flotterait sur sa tête. Pour l'instant, il y en a quelques-uns, dont la pédiatrie, l'obstétrique-gynécologie et la psychiatrie.

### C – Un programme de formation adaptée à la réalité des chefs médicaux

Les directeurs médicaux souhaitent une formation sur mesure et intégrée dans un plan de carrière personnalisée. Bref, une formation mettant l'accent sur le développement des profils de compétences individualisés pour chaque chef médical. De plus, ces derniers voient d'un très bon œil le développement d'un cursus adapté spécifiquement à la réalité et aux besoins des chefs de départements et de services. Par contre, il sera nécessaire de trouver les bons moyens pour identifier correctement leurs besoins.

Cette formation devrait présenter des convergences avec celles existantes et offrir des cas pratiques aux chefs médicaux. Elle gagnerait également à inclure des éléments se référant à la vision organisationnelle d'ensemble (p.ex. fonctionnement d'un hôpital, la cogestion). Il est également mentionné le besoin des chefs médicaux d'acquérir des connaissances de base en gestion avant d'entrer en poste ou en début de mandat.

Les formations doivent être courtes, condensées, intenses et être dispensées à l'extérieur des lieux de travail et programmées de façon à favoriser la réflexion et les échanges.

Les directrices cliniques non médicales élaborent davantage sur les types de formation à envisager pour les chefs médicaux. Elles mettent notamment l'accent sur la gestion des ressources humaines (p.ex. gestion de conflits, gestion de l'interdisciplinarité, la communication, l'animation de groupe, etc.). En accord avec les directeurs médicaux, elles sont d'avis qu'une perspective d'ensemble (vision organisationnelle) est nécessaire aux chefs médicaux. De façon plus instrumentale, elles croient qu'un apprentissage au niveau de la gestion du temps permettrait d'outiller les chefs médicaux à mieux gérer la surcharge de travail. Enfin, selon elles, les formations pourraient se tenir sur 1 ou 2 jours.

En ce qui a trait aux chefs médicaux, ceux-ci parlent davantage d'outils et envisagent l'autoapprentissage, notamment par le biais de lectures, discussions de groupes et/ou internet. Cette formation devrait être ciblée et concentrée sur les besoins des chefs (par exemple des apprentissages en ligne que l'on peut faire le samedi matin, des capsules, des quiz, de la mise en contexte). On note ici qu'une approche hybride serait intéressante. Elle pourrait notamment inclure des capsules en ligne et des formations en présentiel pour échanger sur les cas vécus et où adapter la théorie à la réalité.

En faisant référence au programme de formation FORCES offert par la Fondation canadienne pour l'avancement des systèmes de santé (FCASS), les chefs médicaux mentionnent que les formations pourraient être défrayées par l'Établissement. Ils soulignent l'importance d'intégrer des cas pratiques en lien avec leur réalité pour favoriser leurs apprentissages. Ils mentionnent aussi leur besoin d'avoir accès à des ressources disponibles pour les conseiller lorsqu'ils ont un cas plus particulier à gérer.

#### D – De l'aide et de l'assistance des pairs et de leur supérieur immédiat (Coaching)

Les chefs médicaux évoquent également le peu de disponibilité des directeurs médicaux. Les chefs médicaux ont besoin d'être soutenus par la direction, mais ils ont également besoin de leviers pour faire respecter leurs décisions et des moyens pour sanctionner les individus récalcitrants face aux décisions collectives.

Les directeurs médicaux sont conscients de la nécessité de fournir aux chefs médicaux un accompagnement, un soutien administratif et de l'écoute pour leur permettre d'assumer adéquatement leur rôle. Ils proposent d'abord d'offrir aux nouveaux chefs médicaux un accompagnement pour structurer leur travail et mieux préparer leurs actions et leurs interventions. Ils soulignent également l'importance d'enseigner aux chefs médicaux les façons d'utiliser efficacement le personnel et les ressources qu'ils ont à leur disposition.

Un accompagnement (coaching) personnalisé et diversifié – pour rejoindre tous les profils - provenant de « séniors », du gestionnaire précédent ou d'un supérieur (DSP, DSAP, chef d'un département) dans les premiers mois qui suivent l'entrée en fonction du chef médical pourrait s'avérer une option intéressante.

Pour leur part, les chefs médicaux insistent sur l'importance de la collaboration entre les chefs et sur la mise en commun des problématiques partagées. Cela peut se faire par la création d'espaces physiques et virtuels de partage d'information et d'échange favorisant la sensibilisation à des problématiques particulières, l'adoption et la promotion des positions communes. Ces derniers rappellent l'existence du salon des médecins, la cafétéria des docteurs, ou plusieurs problèmes étaient résolus. Maintenant, les médecins n'y vont plus. Pourtant, ils savent qu'ils vivent des problèmes communs et constatent que la pratique médicale est de plus en plus complexe. Un réseau de chefs est également évoqué afin de partager les différentes expériences (un type de mentorat) avec la présence des deux patrons. Cela permettrait également le partage d'information, le soutien et la disponibilité des différents acteurs.

Une implication plus tangible/concrète de la part du CMDP est enfin évoquée. Les chefs médicaux soulignent l'absence des membres du CMDP dans le processus de gestion des activités cliniques. Pourtant, leur implication est vue comme importante considérant le rôle de ce Comité dans les affaires médicales.

#### E – Une complicité effective avec leur cogestionnaire

Les chefs médicaux qualifient la complicité avec leurs cogestionnaires d'essentielle. Cette complicité doit prendre assise sur une relation respectueuse, être motivée par le désir de développer avec elle une vision et des buts en commun et se concrétiser par des échanges/gains mutuels.

Même son de cloche de la part des directrices cliniques non médicales qui attachent une importance au développement d'une complicité effective entre elles et leurs chefs médicaux dans l'exécution des tâches administratives. Rappelons que ces dernières sont responsables de l'ensemble des activités humaines, matérielles et financières placées sous leur responsabilité. Or, plus de 80% des actes cliniques, se déroulant dans leurs unités, échappent à leur contrôle du fait qu'ils découlent directement d'ordonnances émises par un médecin traitant. Un chef médical capable de rallier ses collègues à des préoccupations communes et de les faire adhérer aux projets de changements véhiculés par la direction ne peut que leur simplifier la tâche.

Les chefs médicaux indiquent la nécessité d'avoir davantage de discussions avec leur cogestionnaire au sujet des mandats à réaliser dans le but d'assurer l'atteinte des projets à court, moyen et long terme. Ils souhaitent obtenir un certain contrôle sur l'organisation des activités et sur les budgets. Ils demandent aux directrices cliniques non médicales d'être davantage présentes sur le terrain clinique afin de rendre les échanges plus efficaces. De plus, les chefs médicaux font valoir l'importance de travailler avec des gestionnaires cliniciens bien formés dotés d'une connaissance en gestion, faisant preuve de leadership auprès de leur troupe et possédant une influence certaine auprès de la direction. Les chefs médicaux mettent aussi l'accent sur le fait que les gestionnaires cliniciens se doivent d'assurer une stabilité de gestion. Cette stabilité peut être garantie par la continuité de l'information qui doit se transmettre d'un gestionnaire à l'autre lors des changements de postes et par la durée des individus à leurs postes de gestion afin qu'ils aient le temps de mener à bien les dossiers qu'ils entreprennent.

#### F – Le besoin d'un soutien administratif, de temps et des ressources nécessaires pour agir

Le besoin de ressources (du personnel administratif et de soutien ainsi qu'un budget) est également évoqué. Tous admettent que les chefs sont démunis. Des adjoint(e)s qui pourraient les aider à préparer un dossier et à le faire cheminer adéquatement au sein de l'organisation seraient très appréciées. Des gens à qui, ils peuvent déléguer certaines tâches administratives, les plus routinières (p.ex. rédiger un procès-verbal) seraient facilitantes. Des demandes aussi simples qu'un bureau, une table ou un secrétariat sont difficilement comblées. À cet égard, les directrices cliniques non médicales notent le découragement de certains médecins gestionnaires – après un certain temps - devant la lourdeur de la tâche qui leur est confiée et, surtout, du peu de temps et de ressources mis à leur disposition. Qui plus est, les chefs médicaux doivent également maintenir leurs pratiques en cliniques à travers leurs activités de gestion.

Même constat de la part des directeurs médicaux qui encouragent l'organisation à mettre à la disposition des chefs médicaux les ressources nécessaires et de lancer un message clair comme quoi les ressources sont disponibles et effectives. Le besoin de respecter les engagements pris par la direction est également mentionné. Sans cela, la confiance s'effrite et il devient difficile d'impliquer les chefs médicaux ultérieurement. Aux dires de ces derniers, les chefs médicaux attendent d'eux qu'ils démontrent de l'intégrité, de l'objectivité en plus de la diplomatie.

Pour ce faire, il faudra opérer un changement d'attitudes de la part de l'administration qui, dans son message, exhorte les médecins à pourvoir les postes de chefs sans pour autant considérer la nécessité de leur allouer les ressources pour assumer adéquatement leurs tâches de chef médical.

#### G- Le besoin de revoir le modèle existant afin de favoriser la présence des femmes (de tous âges) et des jeunes (des deux sexes) médecins dans les postes de chefs médicaux

La nécessité de reconnaître les particularités genrées et de chercher à adapter l'organisation du travail des chefs médicaux en considération des besoins, des attentes et des opportunités qui diffèrent selon le genre, mais également selon l'âge est évoquée. En ce sens, il importe de reconnaître les inégalités historiques et systémiques qui ont des conséquences sur les barrières à l'occupation des postes de gestions.

Afin d'analyser les raisons sous-jacentes à la faible représentation des femmes (de tous les âges) et des jeunes (des deux sexes) dans les postes de chefs médicaux, les dimensions genrée et générationnelle doivent être prises en considération. Différents aspects, notamment la responsabilisation sociale de femmes quant à la gestion familiale ainsi que le modèle et la culture organisationnelle androcentrés, participent à l'exclusion des femmes et à une représentation majoritaire des hommes (et des hommes plus âgés) dans les postes de gestion des unités médicales.

Une des préoccupations exprimées par les directeurs médicaux est liée à la réalité des jeunes médecins souhaitant fonder une famille ou ayant de jeunes enfants. Si cette situation peut avoir des effets sur les hommes et les femmes, les conséquences sur la carrière de ces dernières diffèrent. En effet, en plus de la dimension sociale et historique qui place les femmes comme premières responsables de l'organisation familiale, elles sont également celles qui vivent les grossesses, les éventuels retraits préventifs et la majorité des congés parentaux. Généralement, cette situation survient en début de carrière et il est impératif, selon les directeurs médicaux, de reconnaître l'importance de cet enjeu et de s'assurer que le choix de fonder une famille n'ait pas d'impact négatif sur le développement de la carrière des jeunes médecins, particulièrement des femmes. Par ailleurs, la charge et l'organisation du travail effectué par les médecins occupant des postes de gestion (notamment les horaires des réunions qui sont essentiellement tôt le matin ou en fin d'après-midi) sont difficilement compatibles avec la conciliation travail-vie personnelle et familiale. Il serait alors pertinent, pour l'établissement, de considérer une adaptation de la charge et des horaires en fonction des besoins diversifiés. De plus, il importe de travailler sur la création de nouveaux modèles. La présence de femmes et de jeunes dans des postes de gestion et de décisions permettra aux personnes appartenant à ces mêmes groupes de s'identifier et de se reconnaître dans ceux-ci et facilitera la participation et l'engagement.

Le tableau qui suit propose une synthèse des BESOINS exprimés et des CORRECTIFS proposés pour assumer adéquatement la tâche de chef médical.

Tableau 7 : Synthèse des besoins exprimés par thème

Besoins exprimés regroupés par thèmes	Objectifs visés :
Une implication tangible des chefs médicaux dans les processus décisionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Être bien informé : Accès aux données et à la documentation qui les concernent ainsi que d'être mis en relation avec les personnes impliquées dans les projets qu'ils pilotent</li> <li>• De maîtriser la vision stratégique de l'organisation</li> <li>• De mieux comprendre les responsabilités types des Chefs de département et de service</li> <li>• D'avoir une plus grande latitude pour prendre des décisions</li> </ul>
La nécessité de valoriser le poste de chef médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'atteindre les objectifs (réussites) qu'il s'est fixés</li> <li>• De percevoir qu'il peut améliorer certaines choses</li> <li>• Clarifier les attentes (mandat, responsabilités, objectifs et ligne de gouvernance)</li> <li>• Établir des règles claires</li> </ul>

Un programme de formation adaptée à la réalité des médecins gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une formation sur mesure, intégrée dans un plan de carrière personnalisée et convergente avec celles existantes</li> <li>• Des contenus pragmatiques</li> <li>• Des formations courtes, condensées, intenses, dispensées à l'externe</li> </ul>
De l'aide et de l'assistance (Coaching)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'un appui tangible pour faire respecter la chaîne de commandement</li> <li>• De leviers pour faire respecter leurs décisions et pour sanctionner les individus récalcitrants</li> </ul>
Une complicité effective avec leur cogestionnaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'établissement d'une relation respectueuse</li> <li>• Le développement d'une vision et des buts communs</li> <li>• Davantage de discussions avec leur cogestionnaire</li> </ul>
Le besoin d'un soutien administratif, de temps et des ressources nécessaires pour	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se concentrer sur l'essentiel de leur rôle et assumer les responsabilités qui leur sont confiées</li> <li>• Avoir un ascendant sur l'organisation des activités et les budgets</li> </ul>
Le besoin de revoir le modèle existant afin de favoriser la présence des femmes et des jeunes médecins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer des modèles diversifiés</li> <li>• Favoriser la participation des femmes et des jeunes</li> <li>• Revoir la charge de travail afin de faciliter la conciliation travail-vie personnelle</li> </ul>

## 6. SYNTHÈSE des résultats obtenus

Les rôles et les responsabilités que devraient assumer les chefs médicaux apparaissent relativement clairs tant par les directeurs médicaux que par les directrices cliniques non médicales. Ils et elles perçoivent les chefs de départements et de services comme les mandataires des orientations et des directives de l'organisation auprès des professionnels médicaux en raison de la proximité relationnelle des chefs avec les médecins dont ils ont la charge de gérer les activités cliniques. Toutefois, il est intéressant de souligner des distinctions quant à la priorisation des rôles entre les deux groupes de gestionnaires. Ces distinctions s'expliquent notamment par les préoccupations premières des directeurs médicaux qui sont reliées à l'atteinte de résultats alors que celles des directrices cliniques non médicales sont essentiellement liées à la fluidité dans le déroulement des activités cliniques au sein de leur programme clientèle.

Il en va de même à l'égard des attentes envers les chefs médicaux de la part des deux groupes de direction (médicale et clinique non médicale). Ces derniers s'attendent à ce que les chefs médicaux s'impliquent dans l'élaboration des objectifs stratégiques et des plans d'action, qu'ils soient en mesure de mettre en place les conditions nécessaires pour mobiliser leurs collègues vers les objectifs organisationnels et qu'ils fassent preuve de courage managérial notamment en ce qui a trait à la gestion des conflits.

Toutefois, tant les directeurs médicaux que les directrices cliniques non médicales considèrent que dans l'état actuel des choses, les médecins-chefs peuvent difficilement répondre à ces attentes. Il en va de même de la part des chefs médicaux qui s'expliquent difficilement le réalisme des attentes à leur égard face aux nombreuses contraintes qu'ils rencontrent.

En se référant aux résultats présentés à la section précédente, il est possible d'expliquer le décalage entre ce qui est attendu et ce qui est livré et les conséquences de ce décalage sur l'engagement des chefs médicaux par l'existence de barrières structurelles et institutionnelles et par la présence de contraintes organisationnelles.

Les barrières structurelles se réfèrent notamment au statut particulier des médecins (travailleur autonome) et à leur structure de rémunération (payé à l'acte). Quant aux barrières institutionnelles, elles se réfèrent aux distinctions (normes, usages, comportements) entre la culture clinique et celle de la gestion. L'effet conjugué de ces différentes barrières a pour première incidence de désintéresser un nombre important de médecins à délaisser leurs pratiques cliniques pour s'impliquer dans des tâches administratives. Ceux et celles qui désirent tout de même

investir temps et énergie dans la gestion des activités cliniques ont en définitive peu d'ascendant (lire ici pouvoir) sur leur troupe en raison justement de la présence de ces barrières structurelles.

Qui plus est, le travail de chef médical est confronté à des contraintes organisationnelles qui viennent renforcer ces barrières structurelles et, par conséquent, empêchent les chefs médicaux d'assumer adéquatement leurs fonctions et leurs tâches.

L'engagement des médecins dans la sphère de la gestion est donc « forcé » temporaire et conditionnel alors que l'engagement au plan clinique est permanent et lié à la carrière du médecin. Considérant la culture de leur métier et des exigences professionnelles, les chefs médicaux doivent prioriser leurs rôles de cliniciens. Cette réalité contraste avec les attentes liées au rôle de chef médical qui devrait trouver un meilleur équilibre entre la gestion et la clinique.

Il est peu commun qu'un médecin accepte d'assumer des tâches administratives dans une optique de carrière. Il s'implique par nécessité (sent le besoin de faire bouger les choses), par obligation (pression des pairs ou du milieu) ou tout simplement par dévouement (obligation morale). Ainsi, pour les chefs médicaux, le rôle de gestionnaire demeure subordonné à leur rôle de clinicien. Ils assument leurs fonctions à l'intérieur des périodes de temps institués par eux et/ou par l'organisation (chefs de département) ou entre deux activités cliniques (chef de service). Dans les deux cas, les chefs médicaux se voient contraints d'empiéter sur leur temps personnel (loisir/familial) et peuvent travailler tard le soir pour s'acquitter adéquatement de leurs tâches administratives. De ce fait, leur engagement est temporaire et réversible ; la plupart d'entre eux reviennent d'ailleurs à la pratique médicale après avoir assumé un mandat, peut-être deux.

Cette réalité incite bon nombre de médecins à se désengager de la fonction de chef médical. Ceux qui s'engagent priorisent le rôle de clinicien et en assument les conséquences au plan organisationnel en limitant leurs interventions au sens premier des obligations prescrites dans la loi, soit de voir au respect de la qualité des actes cliniques prodigués et à effectuer les tâches administratives de base.

En agissant comme telles, ils peuvent difficilement répondre aux attentes de l'organisation. Le rôle de « capitaine » qu'on leur attribue se limite donc à l'intendance du bateau et non à la direction à prendre et encore moins aux moyens à prendre pour s'assurer que la direction décidée est celle qui sera prise.

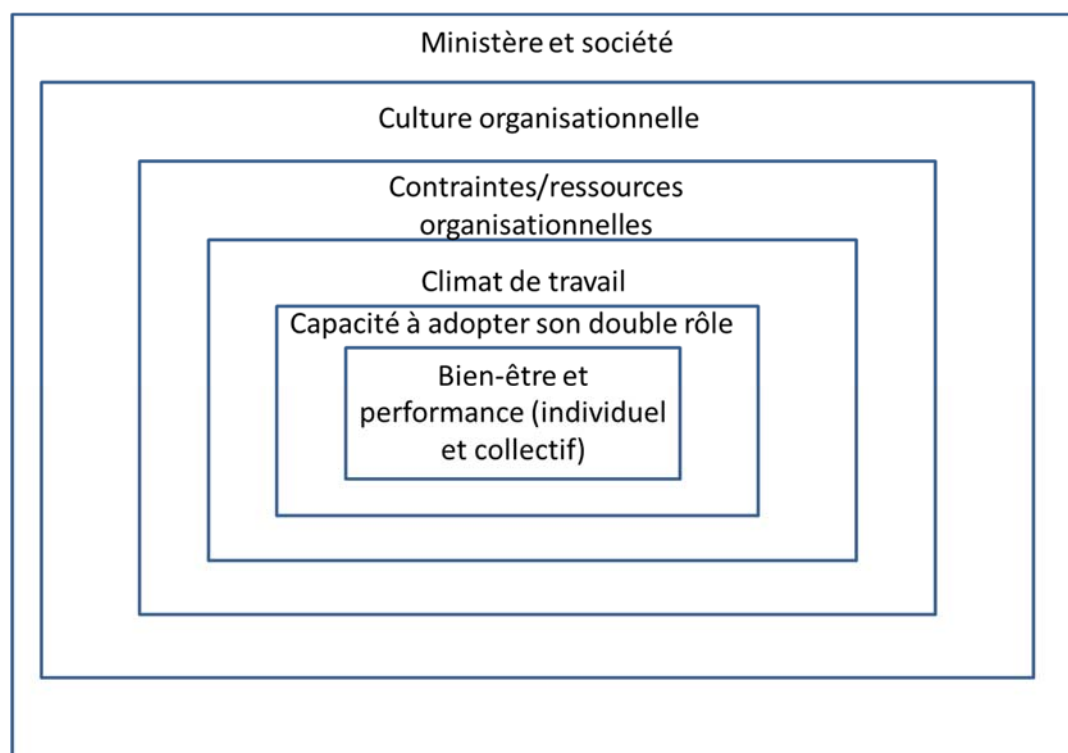
Ceux et celles qui tentent de répondre aux attentes de l'Établissement se retrouvent à devoir gruger du temps dans leur pratique médicale (conflit de rôle) ou d'empiéter sur leur temps de loisirs et de famille pour assumer adéquatement leurs tâches administratives. Dans un tel cas, ces derniers se retrouvent à devoir gérer un conflit de rôle ou à rendre difficile la conciliation travail-vie personnelle ; un terreau fertile pour favoriser la présence de stress, de détresse et d'épuisement professionnel. Il est intéressant de souligner que ce constat s'applique également – à quelques nuances près - à la réalité que vivent les gestionnaires-cadres des programmes clientèles rencontrés.

Face à une telle réalité, les trois groupes d'intervenants rencontrés expriment des besoins à combler, des habiletés et des compétences à développer pour permettre aux chefs médicaux d'assumer adéquatement leurs tâches et leurs responsabilités administratives. Le lecteur retrouvera en annexe 1 le tableau synthèse des résultats obtenus.

## DISCUSSION

De manière à ce que les médecins soient davantage intéressés par la gestion des activités cliniques et que les chefs médicaux soient désormais en mesure de répondre aux attentes relatives à ce double rôle, les résultats obtenus suite à cette étude exploratoire nous amènent à identifier quelques pistes intéressantes à investiguer à différents niveaux (voir figure 1). Bien qu'il soit certain que les nombreux changements survenus récemment dans le secteur de la santé influencent les établissements de santé ainsi que les gens qui y travaillent, la direction générale de l'établissement gagnerait à se concentrer sur les aspects sur lesquels elle a une influence pour améliorer la qualité de l'implication des chefs médicaux dans la gestion quotidienne des activités cliniques au sein de leur département ou service. C'est donc sur ces différents points que se concentrera la présente section.

**Figure 1 : Quelques pistes intéressantes à investiguer dans le cadre de futurs travaux de recherche**



### La culture organisationnelle

Tout d'abord, chaque organisation possède sa propre culture, c'est-à-dire son ensemble de valeurs, de croyances et de normes partagées (Schein, 2001). Selon Shivers-Blackwell (2006), la culture organisationnelle est liée à la capacité des gestionnaires à adopter de bons comportements de leadership. Une étude plus approfondie de la culture organisationnelle présente au sein de l'organisation pourrait nous aider à mieux comprendre les enjeux liés à l'adhésion des membres à la culture véhiculée par l'organisation, mais aussi ceux liés à la mobilisation et l'engagement des médecins dans les rôles de gestion. Elle pourrait aussi nous aider à mieux comprendre les contraintes organisationnelles présentes dans une organisation. En effet, le type de culture organisationnelle véhiculé dans une organisation influence, par exemple, le choix d'une stratégie organisationnelle (Kanungo, 2006), l'adoption de pratiques de gestion de la qualité (Naor et al., 2008), mais aussi les pratiques de gestion des ressources humaines (Aycan et al., 2000). De la même façon, la culture organisationnelle peut arriver à influencer les contraintes organisationnelles observées dans une organisation donnée. Cette proposition est cohérente avec la vision opérante de la culture organisationnelle (Glenn, 1991; Thompson et Luthans, 1990), l'idée principale étant

que les valeurs et croyances sont les antécédents des pratiques et des politiques organisationnelles. De plus, l'idée que la culture organisationnelle façonne les contraintes organisationnelles découlant des conditions de travail dans lequel le médecin-gestionnaire exerce son rôle est cohérente avec l'argument que les conditions de travail puissent être façonnées par plusieurs facteurs comme, par exemple, les pratiques de gestion (Johns, 2010) ou la culture nationale (Erez, 2010). Le modèle proposé dans cette discussion offre une perspective plus large, mais surtout multiniveau pour comprendre le rôle complexe du travail exercé par le médecin-gestionnaire. En incluant la culture organisationnelle dans l'explication des causes reliées au manque d'engagement et d'implication des médecins, en particulier les jeunes (des deux sexes) et les femmes (de tous âges) médecins, il est possible de mieux comprendre la nature du rapport que le médecin entretient dans sa transaction avec son environnement de travail. Ceci suggère qu'il est important pour la Direction générale, mais aussi pour les autres acteurs organisationnels, de considérer la culture organisationnelle lorsque des décisions concernant l'organisation du travail sont prises, et ce, afin d'identifier les éléments de la culture organisationnelle qui pourraient ultimement créer des contraintes organisationnelles. Cet examen apparaît d'autant plus pertinent, car la culture organisationnelle est considérée comme une « puissante force » influençant le bien-être et le succès des organisations (Ogbonna & Harris, 2015). Il pourrait d'ailleurs être intéressant de comparer la culture organisationnelle actuelle avec la culture d'un hôpital anglo-saxon qui semble valoriser différemment le rôle de chefs médical. En plus de la culture organisationnelle, les sous-cultures de professions apparaissent aussi comme étant une avenue intéressante à investiguer. Effectivement, certains auteurs ont démontré l'écart existant entre la culture médicale et managériale (p.ex. Denis et al., 2012 ; Kaissi, 2005). Le défi consiste désormais à réconcilier ces deux cultures afin de favoriser une meilleure performance organisationnelle.

### Les contraintes et les ressources organisationnelles

Les résultats obtenus soulignent également l'importance des contraintes organisationnelles comme source de conflit de rôle chez les chefs médicaux. Effectivement, les contraintes recensées semblent influencer les chefs médicaux dans leur capacité à exercer leur rôle et à adopter les comportements de leadership requis. Considérant ce contexte, il s'avère ainsi nécessaire d'analyser de façon plus approfondie l'ensemble de ces contraintes organisationnelles de manière à pouvoir prioriser les interventions futures et surtout, d'examiner les ressources qu'il est possible de mettre en place pour venir en soutien aux chefs médicaux dans l'exercice de leur fonction. Il serait notamment pertinent de se pencher sur les moyens de formation les plus appropriés en fonction des besoins et de la réalité des chefs médicaux (p.ex. autoapprentissage, formation « on-the-job », codéveloppement, coaching, etc.) afin d'assurer le développement de compétences (p.ex. stratégiques, organisationnelles et relationnelles) qui vont au-delà des compétences médicales traditionnelles (Noordegraaf & Steijn, 2013). Notamment, il est démontré qu'une formation intégrée directement dans l'organisation du travail (work flow) est efficace auprès des médecins (e.g. Beerthuis, 2013; Van de Camp, 2013, Voogt, 2014).

### Le climat de travail

De manière à gérer les contraintes organisationnelles soulevées dans le cadre de l'étude, une piste intéressante à investiguer consiste à faire l'examen du climat de travail, qui se définit par la perception partagée des employés de la façon dont ils sont traités (Brunet & Savoie, 1999). Les résultats de cette étude soulignent le besoin des chefs médicaux d'avoir les ressources nécessaires pour intervenir, notamment auprès de leurs collègues médecins. La valorisation du rôle de chef médical apparaît comme un levier incontournable permettant de gérer les contraintes organisationnelles. Il serait notamment pertinent de s'intéresser aux différentes façons de valoriser le rôle de chef médical, notamment en travaillant sur la symbolique du rôle, sur différents types de pouvoir qui peuvent leur être octroyés ainsi que sur les diverses ressources nécessaires à l'accomplissement de leur rôle. La littérature montre d'ailleurs que le climat de travail est lié à la capacité des gestionnaires à adopter de bons comportements de leadership (Charron-Therrien, 2015). D'autres auteurs soulignent aussi l'interférence des conflits interpersonnels

pouvant mener les gestionnaires à adopter des comportements non productifs (Tepper, 2011). Encore ici, les résultats de la présente étude nous amènent à souligner l'importance des conflits interpersonnels vécus par les chefs médicaux (soit avec leurs collègues médecins, avec leurs cogestionnaires ou encore avec d'autres instances).

### La capacité à adopter le double rôle de chef médical

Les organisations d'aujourd'hui doivent relever le défi majeur qu'est celui de se doter de gestionnaires efficaces, possédant un leadership assuré pour faire face aux différentes complexités (Smith & Lewis, 2012). Il s'avérerait pertinent de se questionner sur les comportements concrets adoptés par un leader efficace (p.ex. chef médical) et d'examiner quelles variables (tant organisationnelles, interactionnelles que personnelles) favorisent l'adoption de tels comportements. Ces réponses permettraient d'orienter plus facilement la formation des chefs médicaux et de s'assurer que l'organisation puisse mettre en place les conditions nécessaires permettant l'adoption de bons comportements de leadership. En effet, les gestionnaires, par leurs comportements, jouent un rôle particulièrement déterminant dans l'atteinte de la performance des organisations.

Les résultats soulevés lors de la présente étude nous amènent à émettre l'hypothèse selon laquelle les chefs médicaux vivent des conflits de rôles. Considérant le contexte exploratoire de la présente étude, il s'avérerait rigoureux de valider cette hypothèse, notamment dans le cadre d'une étude adoptant un devis de recherche quantitatif et permettant d'aller capter différents types de conflits de rôles (p.ex. conflits de temps, de tension, de comportements, travail-vie personnelle, etc.). Cette compréhension plus approfondie de la situation orienterait également l'intervention par la suite.

Enfin, l'étude réalisée nous a permis de reconnaître que le modèle existant et mis de l'avant rend difficile l'accès (et l'intérêt) des jeunes et des femmes pour les postes de gestion. Les contraintes liées à l'organisation du travail s'inscrivent dans des inégalités systémiques qui demandent un rattrapage historique afin de permettre l'insertion, la rétention et la progression des femmes dans certains domaines et postes. Ces inégalités sont également perceptibles dans le fait que la division sexuelle du travail fait que les femmes sont souvent les premières responsables de l'organisation familiale. En ce sens, la charge de travail exigée par le poste de chef médical (notamment en termes d'horaire) est une limite. L'analyse genrée et générationnelle pourrait permettre de questionner le modèle dominant et la reproduction des rapports de force existants. En ce sens, tant les questionnements liés à la définition du rôle, aux processus de sélection qu'à la charge de travail et aux rapports de pouvoir dans ce contexte organisationnel gagneraient à être approfondi afin de comprendre les raisons inhérentes à cette sous-représentation ainsi que la possibilité de proposer de nouveaux modèles.

### Performance et bien-être (individuel et collectif) :

Les résultats de cette étude mettent de l'avant plusieurs contraintes organisationnelles qui font obstacle à l'hybridation des rôles de médecin et de gestionnaires. De façon plus précise, les résultats de la présente étude nous indiquent que, dans ce contexte, les chefs médicaux tendent à se sentir surchargés. En effet, la multiplication des rôles et des responsabilités de clinique et de gestion combinée à des contraintes organisationnelles importantes notamment liées aux changements fréquents, au roulement de personnel, à la disponibilité des ressources, au manque de marge de manœuvre dans un contexte d'imputabilité, etc. influencerait le temps de travail, le nombre et la complexité des tâches, le sentiment de débordement et les stratégies de travail mises en œuvre (Fournier P.S., Montreuil S., & J., 2013). On sait déjà que l'environnement de travail influencerait la santé psychologique (Brun, Biron, Martel, & Ivers, 2003; Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010). Une telle charge de travail serait aussi associée à une augmentation des accidents de travail notamment des chutes, de la prise de risques au travail (Elfering, Grebner, & Boillat, 2013; Rundmo & Sjoberg, 1998) mais aussi des troubles musculo-squelettiques (Du Tertre, 2006; Krause, Scherzer, & Rugulies, 2005). Pour les organisations, elle représente un coût financier

significatif qui se manifeste notamment par une diminution de la performance et de la productivité (Beehr, Jex, Stacy, & Urray, 2000; Sonnentag, 2006) une diminution de l'engagement au travail (Bowling & Kirkendall, 2012; Miles D.E., Borman W.E., P.E., & Fox S, 2002), une croissance de comportements de retrait, tels que l'absentéisme, le présentéisme, le taux de roulement (Chen & Spector, 1991; Rajbhandary & Basu, 2010), une diminution des comportements efficaces de leadership (Byrne, 2013) ainsi qu'une croissance de la procrastination (DeArmond, Matthews, & J., 2014). Bref, ces symptômes organisationnels liés à la charge de travail semblent nombreux face aux difficultés d'hybridation du rôle clinique et du rôle de gestionnaire des chefs médicaux. Une meilleure compréhension de ces contraintes de travail et la charge de travail qui en découlent permettrait certainement de cibler plus finement des solutions pour améliorer la performance et le bien-être des médecins gestionnaires. De même, considérant l'interrelation du médecin avec ses cogestionnaires, l'étude des contraintes de travail et la charge de travail des directeurs cliniques non médicaux contribueraient à la compréhension du phénomène.

### Conclusion

Considérant les enjeux identifiés à partir de cette étude exploratoire, plusieurs pistes de recherche et d'intervention ressortent comme étant pertinentes. Il apparaît nécessaire de considérer la situation des chefs médicaux d'une façon systémique et dynamique considérant les nombreux niveaux (macro-méso-micro) des variables impliquées (voir figure 1). Il apparaît aussi important de réaliser une étude empirique permettant une analyse beaucoup plus précise de la situation en plus de permettre l'identification d'interventions concrètes. Cette étude permettrait aussi d'aller sonder un plus vaste éventail de chefs médicaux en vue de proposer des résultats beaucoup plus généralisables.

### ANNEXE 1 : Tableau synthèse des résultats obtenus

Des attentes relativement claires	Un décalage entre ce qui est attendu et ce que les chefs peuvent livrer	Un engagement « forcé », temporaire et conditionnel	Caractéristiques requises	Les BESOINS exprimés
<p>Garantir la qualité de l'acte médical</p> <p>Veiller à la dynamique interne</p> <p>Porter une vision stratégique</p> <p>Mobiliser les équipes de travail</p> <p>Organiser et coordonner les activités cliniques</p> <p>Agir comme consultant</p> <p>Assurer un rayonnement externe des équipes médicales</p>	<p><b><u>Barrières structurelles</u></b></p> <p>Des travailleurs autonomes rémunérés à l'acte</p> <p>Une empreinte (culture) corporative forte</p> <p>Les impératifs liés à la profession</p> <p><b><u>Contraintes organisationnelles</u></b></p> <p>Le peu d'ascendant sur leurs collègues</p> <p>Le manque de compétences en gestion et le peu d'appui organisationnel</p> <p>Le manque de ressources et la lourdeur des processus décisionnels</p> <p>Le manque de complicité entre les chefs médicaux et leurs cogestionnaires</p> <p>Le roulement constant des directeurs cliniques et la gestion sur plusieurs sites</p> <p>Le peu d'opportunité accordé aux femmes et aux jeunes médecins</p>	<p><b><u>Motivations à devenir chef</u></b></p> <p>Pression des pairs</p> <p>Par conviction ou par devoir à l'égard de leurs collègues</p> <p>Par opportuniste</p> <p>La crainte de se faire organiser</p> <p>Un intérêt à l'égard du métier de gestionnaire</p> <p><b><u>Motivations à le demeurer</u></b></p> <p>Sentiment d'accomplissement personnel</p> <p>Sentiment d'utilité et de faire une différence</p> <p>Soutien et reconnaissance des équipes</p> <p>Accepter de ne pas faire l'unanimité</p> <p><b><u>Les profils observés</u></b></p> <p>Les médecins ayant acquis une certaine expérience</p> <p>Les médecins qui désirent changer des choses</p> <p>Orientation de carrière vers la gestion</p>	<p>La volonté de s'investir</p> <p>Une légitimité clinique et administrative</p> <p>Le développement d'habiletés interpersonnelles particulières</p> <p>Faire preuve de courage managérial</p>	<p>Une implication tangible des chefs médicaux dans les processus décisionnels</p> <p>La nécessité de valoriser le poste de chef médical</p> <p>Un programme de formation adaptée à la réalité des médecins gestionnaires</p> <p>De l'aide et de l'assistance (Coaching)</p> <p>Une complicité effective avec leur cogestionnaire</p> <p>Le besoin d'un soutien administratif, de temps et des ressources nécessaires</p>
<b>Ses effets sur la charge de travail des chefs médicaux</b>				
<p>L'obligation d'assumer deux rôles distincts exigeants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La priorité donnée à son rôle de clinicien</li> <li>• Le peu (manque) de temps à consacrer aux tâches de gestion</li> </ul> <p>Des gestionnaires laissés à eux-mêmes</p> <p>Un engagement temporaire et conditionnel</p>				<p>Le besoin de revoir le modèle existant afin de favoriser la présence des femmes et des jeunes médecins</p>
<b>Ses conséquences sur le plan personnel</b>				
<p>Ceux qui s'engagent priorisent le rôle de clinicien et en assument les conséquences au plan organisationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitent leur implication - dans la gestion - aux obligations prescrites par la loi</li> <li>• Quitte ne pas répondre aux attentes organisationnelles</li> <li>• Conflit de rôles (temps, énergie et comportements)</li> </ul> <p>Où s'investissent dans les deux rôles et en assument les conséquences personnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflit travail (clinique)- travail (gestion) - vie personnelle</li> <li>• Stress et épuisement professionnel</li> </ul>				

## BIBLIOGRAPHIE

- Beehr, T., Jex, S., Stacy, B., & Murray, M. (2000). 'Work stressors and co-worker support as predictors of individual strain and job performance'. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 391-405.
- Bowling, N. A., & Kirkendall, C. (2012). Workload: A Review of Causes, Consequences, and Potential Interventions. *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice* (Vol. Volume 2, Chapitre 13,, pp. 221-238.).
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J., & Ivers, H. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail: Une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. Retrieved from Montréal, Canada:
- Byrne, A. (2013). Mental workload as a key factor in clinical decision making. *Adv in Health Sci Educ*, 2013(18), :537–545.
- Chen, P. Y., & Spector, P. E. (1991). Negative affectivity as the underlying cause of correlations between stressors and strains. *J Appl Psychol*, 76(3), 398-407.
- Collins-Nakai, R. (2006). Leadership in medicine. *Mcgill J Med*, 9(1), 68-73.
- DeArmond, S., Matthews, R. A., & J., B. (2014). Workload and Procrastination: The Roles of Psychological Detachment and Fatigue. *International Journal of Stress Management*, 21((2)), 137–161.
- Denis, J., Baker, G., Black, C., & Langley, A. (2013). *Exploring the dynamics of physician engagement and leadership for health system improvement*. Retrieved from
- Denis, J., Gibeau, E., Langley, A., Pomey, M., & Van Schende, N. (2012). *Modèles et enjeux du partenariat médicoadministratif : État des connaissances*. Retrieved from
- Dickinson, H., & Ham, C. (2008). *Engaging doctors in leadership: Review of the literature*. Retrieved from Great Britain:
- Du Tertre, C. (2006). Mieux évaluer la charge de travail. *Travail et Changement* 307, 1-16.
- Elfering, A., Grebner, S., & Boillat, C. (2013). Busy at Work and Absent-Minded at Home Mental Workload, Cognitive Failure, and Domestic Falls. *Swiss Journal of Psychology*, 72(4), 219–228.
- Fournier P.S., Montreuil S., & J., V. (2013). Contribution à un modèle explicatif de la charge de travail : le cas du service à la clientèle. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 68(1), 46-70.
- Kaissi, A. (2005). Manager-physician relationships: an organizational theory perspective. *Health Care Manag (Frederick)*, 24(2), 165-176.
- Klein, G., Hussain, N., Sprague, S., Mehlman, C. T., Dogbey, G., & Bhandari, M. (2013). Characteristics of highly successful orthopedic surgeons: a survey of orthopedic chairs and editors. *Can J Surg*, 56(3), 192-198. doi:10.1503/cjs.017511
- Krause, N., Scherzer, T., & Rugulies, R. (2005). Physical workload, work intensification, and prevalence of pain in low wage workers: results from a participatory research project with hotel room cleaners in Las Vegas. *American journal of industrial medicine*, 48(5), 326-337.
- Miles D.E., Borman W.E., P.E., S., & Fox S. (2002). Building an Integrative Model of Extra Role Work Behaviors: A Comparison of Counterproductive Work Behavior with Organizational Citizenship Behavior. *International Journal of Selection and Assessment*, 10 ((1-2)), 51-57.
- Mohapel, P., & Dickson, G. (2007). *Physician engagement: principles to maximize physician participation in the Health Care System*. Retrieved from Victoria, BC:
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med (Lond)*, 60(4), 277-286. doi:10.1093/occmed/kqq081
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: G. Morin.
- Rachlis, M. M. (2004). Moving forward with public health in Canada. *Can J Public Health*, 95(6), 405-408.
- Rajbhandary, S., & Basu, K. (2010). Working conditions of nurses and absenteeism: is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. *Health Policy*, 97(2-3), 152-159. doi:10.1016/j.healthpol.2010.04.010

- Ranawat, A. S., Koenig, J. H., Thomas, A. J., Krna, C. D., & Shapiro, L. A. (2009). Aligning physician and hospital incentives: the approach at hospital for special surgery. *Clin Orthop Relat Res*, 467(10), 2535-2541. doi:10.1007/s11999-009-0982-8
- Rundall, T. G., Davies, H. T., & Hodges, C. L. (2004). Doctor-manager relationships in the United States and the United Kingdom. *J Healthc Manag*, 49(4), 251-268; discussion 268-270.
- Rundmo, T., & Sjoberg, L. (1998). Risk perception by offshore oil personnel during bad weather conditions. *Risk Anal*, 18(1), 111-118.
- Snell, A. J., Briscoe, D., & Dickson, G. (2011). From the inside out: the engagement of physicians as leaders in health care settings. *Qual Health Res*, 21(7), 952-967. doi:10.1177/1049732311399780
- Sonnentag, S. (2006). Burnout and functioning of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis--there are no simple answers. *Scand J Work Environ Health*, 32(5), 333-337.
- Stoller, J. K. (2009). Developing physician-leaders: a call to action. *J Gen Intern Med*, 24(7), 876-878. doi:10.1007/s11606-009-1007-8
- Waters, T. M., Budetti, P. P., Reynolds, K. S., Gillies, R. R., Zuckerman, H. S., Alexander, J. A., . . . Shortell, S. M. (2001). Factors associated with physician involvement in care management. *Medical care*, 39(7 Suppl 1), I79-91.