

**Le *leadership* clinique face aux changements de pratiques :
des paradoxes aux perspectives**

Clinical leadership in the face of changing practices: from paradoxes to prospects

Vinot D¹

Résumé

En posant les principes d'un nouveau modèle d'organisation et de collaboration, la gouvernance clinique se présente comme une solution possible répondant aux défaillances prétendues de l'organisation traditionnelle du travail à l'hôpital, en proposant un repositionnement des métiers traditionnels de l'hôpital, et en mettant au cœur la relation. En quoi les formes traditionnelles du *leadership* clinique se sont-elles adaptées aux nouveaux modes d'organisation des soins ? Sur quelle axiomatique peut se fonder une gouvernance clinique dont le propos ultime consiste à penser pratique clinique et management non plus en opposition mais en symbiose ? Nous prendrons l'exemple de trois expériences relues à partir de quelques données-clés associées aux théories du *leadership* dans les sciences du management, en essayant de montrer en quoi elles sont explicatives des pratiques énoncées, puis nous essaierons d'en tirer des conclusions pour esquisser des pistes pour penser le renouvellement des pratiques cliniques.

Prat Organ Soins 2008;39(3):217-26

Mots-clés : Gouvernance clinique ; *leadership* clinique ; organisations ; théories des comportements.

Summary

By laying down the principles of a new model of organisation and collaboration, clinical governance appears to be a possible solution in response to the alleged failures of the traditional way hospital work is organised by suggesting that the traditional hospital professions be repositioned with relationships taking priority. How are the traditional forms of clinical leadership adapted to the new modes of healthcare organisation? What can the axiomatics be for a clinical governance whose ultimate intention is to no longer think of clinical practice and management in terms of two separate ideas but in symbiosis? We will illustrate with three cases re-examined using a few key figures associated with the theories of leadership in management sciences, by trying to show how they explain the practices described, and then we will attempt to draw some conclusions from this to outline possibilities for thinking about how clinical practices can be improved.

Prat Organ Soins 2008;39(3):217-26

Keywords: Clinical governance; clinical leadership; organizations, theories of behaviors.

¹ Maître de conférences en sciences du management, GRAPHOS JE 2545, Université Jean Moulin Lyon 3, Lyon (France).

Adresse pour correspondance : M. Didier Vinot, GRAPHOS JE 2545, Université Jean Moulin Lyon 3, 18 rue Chevreul F-69007 Lyon.
E-mail : vinot@univ-lyon3.fr

I - INTRODUCTION

En posant les principes d'un nouveau modèle d'organisation et de collaboration, la gouvernance clinique se présente comme une solution possible répondant aux défaillances prétendues de l'organisation traditionnelle du travail à l'hôpital. Ces dysfonctionnements sont connus et s'expliquent classiquement par la conjonction de la réduction de la durée de séjour des patients dans les établissements de court séjour et de la démultiplication d'actes toujours plus sophistiqués, spécialisés, recourant à une technologie systématique. Cette transformation qualitative et quantitative de la prise en charge a généré de profonds changements dans les pratiques des soignants [1] – médecins et paramédicaux – sans pour autant avoir été accompagnée d'un renouvellement des concepts expliquant et théorisant ces pratiques, d'où l'éternel retour du « malaise des soignants », que l'on explique plus par cette distorsion accrue entre changement des pratiques associées à des modèles largement dépassés, que par des manques de moyens ou de personnels. En effet, le « manque de moyens » a toujours été consubstantiel aux établissements de santé : par définition, on n'en fera jamais assez pour la santé des personnes malades, un besoin infini ne peut être comblé ! Mais surtout, les établissements sanitaires n'ont jamais été aussi bien dotés en personnels qualifiés, en budgets : que ce soit en volume ou en prix, l'augmentation des dépenses hospitalières a toujours été supérieure à celle du produit intérieur brut (PIB) depuis plus de 40 ans [2]. La gouvernance clinique propose un repositionnement des métiers traditionnels de l'hôpital en mettant au cœur la relation : coordination, coopération, collaboration ... Peu important ici les mots et leurs nuances, dans la mesure où tous expriment l'idée commune de mise en relation, de travail en commun : là où la spécialisation était une des références majeures à la qualification des métiers hospitaliers, l'exigence de coopération a pris le pas, le colloque pluriel et l'équipe pluridisciplinaire ont remplacé le travail solitaire du médecin face à son malade [1], déléguant à l'équipe soignante une intendance de l'organisation du service. Mais surtout, du fait de l'accroissement des dépenses et de leur exigence de contrôle, l'irruption des managers dans le champ de la décision médicale a accéléré cette redistribution de la partition des rôles au sein du service de soins. Non seulement, il s'agit désormais de *faire ensemble* [3], entre membres d'une communauté soignante élargie, mais il s'agit aussi de collaborer, d'expliquer, de rendre compte sur des champs sur lesquels les professionnels ne sont pas préparés [4].

Le concept de gouvernance clinique s'appuie sur l'hypothèse de la possibilité de nouveaux espaces collaboratifs, nouveaux espaces sous au moins deux aspects :

- la coopération inter-services, inter-établissements,

dans une perspective géométrique quittant le modèle des cercles concentriques des *structures* emboîtées (le service, inclus dans l'établissement, inclus dans une région, etc.) pour adopter un modèle en ellipses sur la base de trajectoires de patients ;

- la collaboration inter-professionnels (équipe médicale d'un service, médecins d'une même spécialité ou d'autres spécialités, etc.), qui, d'un modèle reposant sur la figure d'un leader médical entraînant à sa suite son équipe, s'est mutée en organisation réticulaire, où les responsabilités et la prise de décision sont plus diffuses et négociées [5].

C'est en particulier sur ce second point que la question du *leadership* clinique trouve un point d'ancrage. En quoi les formes traditionnelles du *leadership* clinique se sont-elles adaptées aux nouveaux modes d'organisation des soins ? Sur quelle axiomatique peut se fonder une gouvernance clinique dont le propos ultime consiste à penser pratique clinique et management non plus en opposition mais en symbiose ? Cette axiomatique est-elle raisonnable ?

Nous partirons pour notre analyse des expériences présentées par C Bertrand, C Mimeault et du Dr J Latreille, qui ont réfléchi sur la place du *leadership* médical et clinico-administratif du réseau cancer Montérégie [6], et de celles des Dr JP Droz [7] et G Képénékian [8], évoquant leur expérience de cliniciens ayant pratiqué le management.

Nous reprendrons à la suite de ces expériences quelques données-clés associées aux théories du *leadership* dans les sciences du management, en essayant de montrer en quoi elles sont explicatives des pratiques énoncées, puis nous essaierons d'en tirer des conclusions pour esquisser des pistes pour penser le renouvellement des pratiques cliniques.

II - DEUX CAS EN MIROIR REFLÉTANT DES CONCEPTIONS ET PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES DU *LEADERSHIP* CLINIQUE

Les combats traditionnels auxquels se sont livrés les médecins depuis que la médecine existe - ou depuis qu'elle guérit massivement, c'est-à-dire tout au plus depuis une soixantaine d'années – étaient classiquement bien identifiés : la figure de l'ennemi, c'est la maladie, la mort, et l'on a assez classiquement présenté le médecin comme le héros des temps modernes, à l'image du Dr Rieux d'Albert Camus (*In : La peste ; 1947*). Puis le combat a pu prendre d'autres formes au cours des années 1980 quand l'exercice médical en établissement a été toujours plus conditionné à l'obtention de technologies soumises à l'autorisation des tutelles. Mais le combat en valait certainement la peine, et la place de chacun restait légitime, claire, lisible. Or, paradoxalement, c'est depuis cette époque que le modèle de référence se trouve toujours

plus ébranlé, sous le choc des mutations globales de l'environnement général des organisations de santé.

Les « progrès » de la médecine sont désormais peut-être moins spectaculaires depuis le sentiment d'impuissance face au sida, aux cancers, etc. La place du médecin a également évolué dans la société : Y Bourguéil [9] a montré clairement en quoi les attentes des jeunes médecins et leur système de valorisation sociale s'inscrivaient dans un modèle beaucoup plus conventionnel (c'est-à-dire conforme aux attentes de citoyens « ordinaires ») que ceux de leurs aînés.

Par ailleurs, la responsabilité du médecin dans la société a, en quelque sorte, basculé du champ moral (l'exemplarité) au champ pénal, toujours vécu comme traumatisant, source de fantasmes et de logorrhées qui expriment plus le sentiment de la perte de l'image d'une profession que des faits réels, quand on sait par ailleurs que les condamnations pénales des médecins sont stables depuis 20 ans en France, même si les procédures civiles et demandes d'information par les patients ont quant à elles fortement progressé [10]. On pourrait même considérer que la profession reste parmi les plus morales qui soient ! C'est la médiatisation du phénomène qui se trouve être insupportable par une communauté historiquement construite sur les notions de sacrifice et de sacré.

Autre élément conduisant à déstabiliser le modèle de référence : les exigences accrues de la formalisation, de l'écrit, qui remettent toujours plus en cause les rapports informels entre le médecin, les co-traitants et le malade. Là encore, en même temps que l'écrit (r) assure la traçabilité des actes, il pose *a priori* l'exigence de la preuve, le passage à l'écrit, substitue la défiance (perçue comme telle) à la confiance.

Au final, l'espace d'action légitime du médecin se trouve être non seulement de plus en plus poreux, mais également de plus en plus flou. Comment peut-on alors réagir ? Quels nouveaux espaces collaboratifs inventer ? Selon quelles règles ? Les exemples ci-après proposent des modalités complémentaires et originales que nous reprendrons dans leurs grandes lignes.

1. Deux parcours professionnels comme illustrations de l'impact du *leadership* clinique sur les changements de pratiques à l'hôpital

Dans le cadre du colloque « Repenser les pratiques cliniques pour transformer les organisations », il avait été demandé à deux cliniciens lyonnais de présenter leurs parcours et analyse traitant de leur pratique clinique. Nous en reprenons ici les grandes lignes, en nous excusant du caractère forcément réducteur et caricatural de l'exercice. Les propos tels que nous les relatons ici ne sauraient engager leurs auteurs.

Le Dr JP Droz [7] s'est appuyé sur deux expériences personnelles au cours desquelles il a été amené à pratiquer la gouvernance clinique avant de la théoriser. La pre-

mière porte sur son rôle de chef de département (environ 40 médecins) à l'Institut Gustave Roussy de 1979 à 1993. Selon lui, le chef de département se définit comme un « catalyseur compatible ». En ce sens, le *leadership* médical se définit ici plus par une posture de rassembleur, consistant à faire travailler des individus dans un collectif, que dans un rôle de leader à proprement parler. Au cours de cette période, le Dr JP Droz aura vécu la mise en place d'une comptabilité analytique traçant les éléments d'un suivi à l'activité au passage au budget global de son établissement. Conjointement, le fait de s'être formé aux logiques budgétaires et comptable lui aura permis de penser une organisation de la recherche clinique selon une logique par financement, et donc, d'avoir tissé les liens entre langage clinique et grammaire comptable.

Dans le prolongement de cette expérience, il est recruté au Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard de Lyon en 1993 comme chef de département pour réaliser une structure de recherche clinique chapeautant une équipe d'une trentaine de médecins. Il y vit alors la mutation de la logique du budget global vers la mise en place de la tarification à l'activité, et comme directeur de l'enseignement, voit les difficultés de la cogestion entre l'université et la structure de santé. Par ailleurs, il occupe une place dans l'équipe de direction.

Quelles réflexions en tire-t-il du point de vue du clinicien, qui s'est résolu à pratiquer le management ?

Pour le Dr JP Droz, le *leadership* clinique ne peut se légitimer que sur un principe majeur, qui est la compétence clinique. Cette compétence clinique est constituée par des connaissances théoriques, une expérience pratique de clinicien, une capacité d'analyse, de synthèse, d'exégèse et de pédagogie. Cette connaissance clinique se doit également d'être médiatisée, vis-à-vis des pairs, de la patientèle et de mesures quantitatives. Les registres de mesure sont multiples en genre et en nombres : tout à la fois qualitatifs et subjectifs (avis des malades), et objectifs (nombre de malades, résultats thérapeutiques, publications)...

La connaissance clinique se doit enfin d'être transmise par l'enseignement, en partie conceptuelle et en partie pratique, sur la base d'une école de pensée et de prise en charge ; transmise également par la recherche, largement consommatrice de temps.

Partant de cette définition, le Dr JP Droz pose la question de savoir en quoi ce *leadership* clinique fondé sur la compétence clinique peut s'étendre au champ organisationnel. Selon lui, c'est une activité à considérer au service d'une communauté, de nature « altruiste », dans la mesure où elle s'oppose au moteur de l'action, de la reconnaissance et de la valorisation de l'activité médicale, tout en se donnant à voir comme une relation de pouvoir. Le champ organisationnel est ainsi pensé comme une logistique au service du clinicien, et dont la recherche de rentabilité peut se faire parfois aux dépens du *leadership*

clinique. Cette compétence organisationnelle requiert des connaissances spécifiques et une formation spécialisée. Dès lors, une gouvernance clinique articulant compétences clinique et organisationnelle serait irrémédiablement soumise à des tensions dialogiques, à des contradictions qu'elle ne peut surmonter, sauf à asservir l'organisation à la prise en charge du malade ou du professionnel de santé. Quels sont, dès lors, les leviers d'action à ce type particulier de *leadership* ? L'échange de moyens au service du narcissisme médical ? L'intéressement financier ? Au fond, quel est le moteur du clinicien ?

Le Dr G Képénékian [8] présente quant à lui une expérience de gouvernance clinique conduite à l'hôpital St Joseph St Luc de Lyon complémentaire à la trajectoire professionnelle précédente. Chirurgien clinicien en urologie, il s'est impliqué dans la vie hospitalière à tous les niveaux, passant de la présidence de la Commission médicale d'établissement à la conduite du projet d'un nouvel hôpital pour être aujourd'hui directeur de la stratégie et du développement. Dans ce cadre où les frontières traditionnelles ont été repoussées, de nouveaux territoires, une nouvelle gouvernance, l'introduction d'une pression gestionnaire plus forte ont repositionné son rôle de « *leader* » médical vers un profil de « *manager* clinicien ». Cette mutation du rôle du clinicien peut s'appuyer fortement sur l'organisation. Elle se justifie d'abord par les évolutions d'une pratique clinique, qui hier était duale, et qui se trouve aujourd'hui plurielle, car interdisciplinaire, administrative, financière, évaluée, avec une nouvelle place pour les usagers.

Selon lui, les évolutions de la pratique clinique peuvent être des leviers de transformation de l'organisation, dans la mesure où, pensée globalement, elle permettrait de réduire les nouvelles incertitudes générées. Cette nouvelle gouvernance clinique passerait par l'abandon du réseau médical spontané vers un réseau construit, l'intégration des autres parties prenantes à la prise en charge, et une manière de s'organiser temporellement.

Comme tout dispositif innovant, ce dernier se heurte à des limites, et en particulier celles des représentations anciennes, du sentiment d'appartenance professionnelle brouillé entre l'établissement et sa spécialité, la recherche d'autonomie et le fait de devoir rendre des comptes... En résumé, l'opposition d'une vision traditionnelle du *leadership* médical fondée sur l'autorité et d'une vision rénovée démocratique. Ainsi, l'organisation refondée sur les bases d'une gouvernance clinique pourrait être gérée selon le principe de séparation des pouvoirs : l'exécutif étant réservé aux professionnels de l'organisation, qui sont légitimes dans leur exercice clinique, le législatif, qui serait incarné par la communauté des professionnels de santé ayant reçu une formation minimale pour exercer leurs responsabilités, le judiciaire, formalisé dans un contrôle qualité indépendant intégrant des usagers, le tout étant coordonné par une

charte de fonctionnement, sorte de constitution de la gouvernance hospitalière.

2. Le *leadership* médical dans l'évolution du réseau cancer de Montérégie

Les grandes orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) peuvent être résumées dans les points suivants :

- l'engagement, le *leadership*, la co-gestion ;
- un programme de lutte contre le cancer dérivant d'un projet clinique et d'une offre de services définie en fonction de besoins ;
- des équipes interdisciplinaires ;
- un fonctionnement en réseau intégré ;
- une pratique appuyée selon des données probantes (*evidence-based medicine*) ;
- des fonctions de formation, soutien, supervision et évaluation explicites ;
- un système d'information et de gestion intégré, et produisant une analyse des résultats de manière rétroactive.

L'expérience de la Montérégie s'est caractérisée par une mobilisation suscitée en particulier par un leader médical, le Dr Latreille [6], qui a réussi à obtenir à la fin de la décennie 1990 l'engagement de plusieurs instances stratégiques et cliniques de la région et du centre régional. Un budget de démarrage lui a été alloué, et les premiers principes d'une gouvernance clinique ont été rapidement et explicitement posés. L'animation du réseau a été assurée par un cadre de santé qui joua un rôle de formation, de soutien aux autres cadres soignants. Une formation et une aide à la décision clinique ont été également engagées. C'est sur cette base qu'a été élaboré un programme régional de lutte contre le cancer, tout en implantant la recherche sur les infirmières pivots et le réseau.

Au cours de la décennie 2000, la structure a évolué en se coordonnant avec la politique de la région de Montérégie sur trois registres : la vision, le réseau et l'évaluation. L'influence et la crédibilité du leader médical ont été explicitement utilisées pour obtenir un mandat clair de l'Agence de santé et de services sociaux de Montérégie. Par voie de conséquence, la gouvernance régionale en a été modifiée, notamment par la reconnaissance, de fait, d'un partage des responsabilités entre l'agence et le centre régional pour l'animation du réseau. Douze projets régionaux dédiés ont été créés, appuyés par dix comités régionaux en oncogénétique, oncogériatrie et recherche clinique. Par ces projets, la structure locale a évolué en construisant un tandem médical et clinico-administratif et une équipe systématiquement pluri-disciplinaire. Les principes de gestion adoptés pour le management du réseau reposaient essentiellement sur une logique projet (approche par l'apprentissage, action selon des données

probantes, structure souple, réflexion partagée). Les outils utilisés visent à renforcer les dispositifs d'intégration entre acteurs d'un même territoire et à faire connaître l'existant (informatique, visioconférence, aide à la décision clinique).

Les éléments de consolidation à venir portent sur l'établissement de « corridors de services », ententes contractuelles sur les trajectoires des patients, la conception d'un système d'information clinique et de gestion, l'introduction d'une comptabilité budgétaire permettant d'imputer les coûts aux différents services, et le maintien d'une recherche clinique focalisée sur l'évaluation.

III - LE LEADERSHIP CLINIQUE FACE AUX THÉORIES DU LEADERSHIP : QUELLES IMPLICATIONS ET CONSÉQUENCES ?

Évoquer la question des mutations du *leadership* médical d'un point de vue strictement phénoménologique amputerait la réflexion sur la possibilité d'ancrage du concept dans celui de gouvernance clinique. On ne peut, en management, se contenter d'une lecture des faits bruts ou des pratiques telles qu'elles se donnent à voir, dans la mesure où une action de management est d'abord une mise en scène, qui se traduit en mise en action, que K Weick a traduit sous le nom « d'enaction » [11]. Dès lors, sans qu'il soit de notre propos ici de reprendre de manière extensive les différentes approches du *leadership*, quelles sont les catégories sous-jacentes associées au concept ? D'autre part, quand les professionnels évoquent la question du *leadership* clinique et de ses mutations, à quelle catégorie fait-on référence ? Y a-t-il des spécificités propres au *leadership* clinique qui feraient que ce dernier soit hors catégorie ?

1. Le *leadership*, une terminologie ancrée entre psychologie et sciences des organisations

Le *leadership*, qui n'a pas de traduction équivalente exacte en français, désigne la capacité à mener des personnes ou des organisations vers l'atteinte d'objectifs. Le *leadership* est classiquement attribué à une personne ou un groupe dans son aptitude à convaincre, motiver, inspirer, influencer son entourage. Traditionnellement, le *leadership* renvoie ainsi à la personnalité du chef, personnalité présentée comme « modèle », charismatique, courageux ou prestigieux, dont on peut trouver une synthèse dans la théorie plus que centenaire du *Great man* de Carlyle [12]... Ces théories du *leadership* sous influence de la psychologie, dont on retrouve des variantes sous les appellations de théorie des traits [13], théorie comportementale du leader [14], théorie des styles [15], théorie de la légitimité [16], etc. définissent ce dernier par des caractéristiques intrinsèques de l'ordre de l'inné, et se trouvent être peu utiles dans la mesure où la réalité

permet rarement de trouver en une seule personne toutes ces qualités réunies [17]...

2. Du *leadership* individuel à un *leadership* contingent

Il y a 40 ans, Fiedler [18] avait ainsi mis en évidence la nécessité d'analyser les caractéristiques du *leadership* à partir de la situation appréhendée *in concreto*, tout en restant dans un cadre normatif. Ainsi, un « bon » style de *leadership* serait contingent [19] à l'urgence temporelle, qui favoriserait un style autoritaire, à la nature de la tâche, dont la complexité influence proportionnellement un style autoritaire également, au pouvoir effectif de contrainte, à l'atmosphère, au profil du groupe lui-même... Prolongeant l'approche de Fiedler jusqu'au milieu des années 1980, les modèles cognitifs ont montré que les méthodes de management développées par les *leaders* sont efficaces contingentement à leurs capacités : par exemple, si un leader a des capacités de planification et de prise de décision, un style de management directif sera plus performant qu'un style participatif et inversement. De même, le stress, l'expérience personnelle du leader, la complexité des tâches à coordonner influenceront la qualité de la décision prise par le leader [20]. Il n'y a pas de quoi s'attarder plus sur des apports si relativistes.

Finalement, les approches contingentes relativisent les dimensions précédentes en situant le *leadership* comme une relation d'échange où les deux parties s'influencent mutuellement en s'adaptant en permanence.

Cette relation d'échange se manifeste historiquement par deux approches symétriques : le *leadership* transactionnel et le *leadership* transformationnel [21, 22]. Le *leadership* transactionnel fonde la relation d'échange sur une approche de type « contribution/rétribution » s'inspirant en cela du mouvement contractualiste. Le leader transactionnel « manage » ainsi son équipe « par exception », en évaluant les écarts aux règles définies et aux termes du contrat. La conséquence immédiate est que ce type de *leadership* ne se rend lisible que par la sanction. Le *leadership* transformationnel dépasse cette acception pour s'appuyer sur l'idée que la vision, l'enthousiasme, l'énergie d'un leader sont moteurs dans la capacité à mobiliser une équipe. Il s'agit pour le leader d'explicitier au mieux sa vision, ses valeurs et de s'attacher à créer un climat de confiance en se référant à une éthique de l'action. Dans cette perspective, le leader transformationnel se rend visible, et exprime sa vision par son attitude et ses actes en proposant une figure de « modèle » pour les autres. À cet effet, par sa dimension charismatique, le modèle du leader transformationnel est une forme contingente du modèle du *Great man* abordé précédemment.

Il n'en reste pas moins que toutes ces théories renvoient plus ou moins directement à l'idée d'un « bon » *leadership* qui se définirait soit par un contenu, soit par la nature d'une relation. En ce sens, ces approches sont toutes

déterministes et considèrent que l'organisation a une influence secondaire dans l'explication du *leadership*.

3. Les figures du *leadership* organisationnel

En posant dès 1938 que les organisations sont des systèmes de coopération par essence, C Barnard [23] avait intégré d'emblée la problématique du « faire ensemble ». Selon lui, les personnes impliquées dans la coopération acceptent de contribuer, par leur activité propre, à un but commun. Dès lors, la problématique centrale de la coopération consiste pour Barnard à concilier en permanence des buts de mission et des buts de système. En conséquence, le leader ne se définit plus par une volonté singulière de diriger (une organisation, une équipe, un groupe, etc.), mais est reconnu comme tel par le groupe : la légitimité à gouverner une organisation s'en trouve inversée. Pour Barnard, le groupe se choisit un leader : parler de *leadership* n'a de ce point de vue, aucun sens.

C'est ensuite par une approche des rôles à endosser que l'approche du *leadership* abandonne l'influence dominante de la psychologie pour jeter les premiers ponts avec le champ des théories des organisations. Ainsi, dans la théorie des rôles, suggérée d'abord par Merton [24], puis développée par Pfeffer et Salancik [25], les individus définissent des rôles pour eux-mêmes et les autres sur la base de leur capital social, et en fonction de leurs croyances sur leur rôle propre à jouer. On parle alors de rôle adopté. Dans ce cas de figure, un individu prendra un habit de leader parce que les circonstances, mais aussi les autres et lui-même lui conféreront ce rôle particulier. Les conflits au sein du groupe s'expliqueront ainsi par une confusion des rôles attribués ou attendus entre le leader et le groupe.

En guise de synthèse, nous retiendrons l'approche de K Weick [26, 27], pour qui l'action d'organiser est faite de comportements reliés. Tirant les conclusions de la théorie des systèmes, Weick suggère ainsi qu'il est plus pertinent de se pencher sur l'action d'organiser, que de se focaliser sur une analyse des structures. Les conséquences à en tirer sont immédiates pour l'analyse du *leadership* :

- le *leadership* organisationnel ne se caractérise plus par des comportements homogènes, répétitifs, caractérisés par un style (l'unicité) ;
- il s'agit plutôt de s'intéresser aux processus qui font que des « dispositions individuelles durables » s'expriment dans le cadre d'une organisation ;
- les formes d'action produites par l'organisation se reproduisent indépendamment des individus impliqués ;
- l'acte d'organiser devient « une grammaire validée consensuellement pour réduire l'ambiguïté au moyen de comportements inter-reliés raisonnables ».

En quoi ces différentes dimensions du concept peuvent-elles nous aider à comprendre les situations du réseau

Cancer de la Montérégie, et des expériences cliniques présentées par les Drs JP Droz et G Képénékian ?

IV - QUELLES FIGURES DU *LEADERSHIP* CLINIQUE DANS LES ÉTUDES DE CAS LYONNAISES ET QUÉBÉCOISES ?

1. Le projet clinique, un catalyseur commun aux trois expériences

Les termes « gouvernance clinique » ou « pratique clinique » ont largement été évoqués dans les expériences relatées. Cependant, le point commun à rechercher se situe selon nous beaucoup plus autour d'une finalité que des modalités d'organisation. Ainsi, un projet clinique, correspondant à une vision de la prise en charge, se référant à des critères ou prises de position cliniques, se trouve être au cœur de chacune de ces démarches : la « gouvernance » en tant que telle n'est présentée que comme un moyen, avec plus ou moins d'ambition, de souplesse et de délégation, mais n'est pas une fin en soi. C'est en ce sens que la démarche n'est pas, ne peut pas, par essence, être gestionnaire.

Le deuxième point commun est l'identification claire d'un *leadership* médical, incarné par un médecin clinicien leader d'opinion, voire une école de prise en charge. En ce sens, le *leadership* clinique, même s'il revêt des formes organisationnelles plus ou moins explicites, renvoie toujours à un paradigme clinique, composé d'un positionnement théorique sur la « bonne » prise en charge ou manière de faire, et d'un ensemble de pratiques de collaboration associées. On retrouve dans les trois cas la capacité des *leaders* médicaux à avoir osé repenser et recomposer les équipes de manière pluridisciplinaire intra médicale ou entre médecine et gestion. Le leader clinique est aussi, ici, un créateur de structure de prise en charge qui s'adapte à chaque fois au contexte médical et organisationnel dans lequel il innove.

Le troisième point commun porte sur l'exigence et la création d'un système d'information médico-économique, qui aura permis l'objectivation de certaines pratiques et la mesure relative des activités, mais aussi l'acceptation par les médecins de mesures objectives (« imputables »). À chaque fois, il aura été nécessaire de faire des liens entre les deux registres d'information – médicale, clinique – et économique. On notera là encore l'exigence de personnaliser ce système à chaque situation, qui renvoie à la création d'un système d'information de gestion (comptabilité analytique, contrôle de gestion, etc.) médicalisé. En ce sens, on voit là encore que les gestionnaires ne peuvent que venir en appui technique ou d'expertise auprès des cliniciens, mais qu'ils ne peuvent envisager le système de gestion comme un instrument de contrôle externe de l'activité médicale.

2. L'impact des outils et des structures

La formation, tant en management qu'au niveau des pratiques cliniques, semble indispensable aux expériences relatées ici. Il s'agit d'acquérir des techniques de management et d'évaluation d'une part, mais également d'être capable de promouvoir des techniques et méthodes de recherche clinique de pointe pour les *leaders* médicaux. Le système d'information intégrant des données cliniques et organisationnelles a pu jouer également un rôle structurant et stabilisant particulièrement fort.

Une réflexion en termes de bonnes règles d'allocations de ressources est ici de toute évidence hors de propos. Les discussions sur les répartitions de ressources ou de surplus budgétaire, si elles cristallisent les discours et les négociations entre acteurs, cacheraient des enjeux plus profonds liés à la recomposition des rôles, des missions, et de l'autonomie des professionnels dans la prise en charge des malades en oncologie.

Au Québec, le modèle retenu s'est appuyé sur une forme en réseau hiérarchisé décentralisé, avec une thématique cancer touchant largement la population dans son ensemble. La clinique fait ici une fusion relative avec les démarches de santé publique.

3. Trois formes de *leadership* médical illustrant une gouvernance clinique protéiforme

a) *Un leadership médical et organisationnel fort*

Le *leadership* médical a porté essentiellement dans l'expérience montérégienne sur un travail de portage, s'appuyant sur la réputation du médecin. À cet effet, le rôle du médecin n'aura pas consisté ici en un *leadership* traditionnel, lié à son charisme particulier. On retrouve ici une tendance déjà relevée par Denis, Lamothe et Langley [28], qui avaient montré que le *leadership* dans les hôpitaux québécois sous-entend plus un *leadership* d'équipe qu'un *leadership* de type « héroïque ». Le médecin s'est positionné clairement dans une mission d'enrôlement, de mise en scène, au sens de Weick, dans la mesure où il s'est agi de rendre visible le plus possible le dispositif pour le rendre irréversible. Il nous semble que l'on puisse bien parler ici d'un *leadership* organisationnel. Ce *leadership* organisationnel est cependant particulier, dans la mesure où il n'est pas porté par des *managers*, mais par des soignants formés au management. Les auteurs auront retenu explicitement ou implicitement les leçons de Mc Nulty et Ferlie, qui ont montré empiriquement que tout changement initié dans un hôpital par les seuls managers est voué à être marginal et avec un effet limité [29].

Le réseau a fonctionné dans une logique où le management opérationnel était assuré par l'encadrement soignant, avec la caution de l'agence. La légitimité de la gouvernance clinique est clairement inscrite ici dans une co-gestion et l'inscription dans une durée. À cet effet,

l'expérience aura mis plusieurs années à s'installer et trouver sa place dans le paysage. La structuration des actions en programmes transversaux, formels, lisibles, aura également permis de rendre à la fois lisible et pérenne le dispositif en place.

b) *Un leadership médical clairement affirmé au service de la clinique au Centre Léon Bérard*

L'expérience du *leadership* clinique relatée par le Dr JP Droz défend une position claire en termes de « management médical » qu'elle assume. Elle illustre bien l'importance de la compréhension des motivations au quotidien des professionnels des établissements de santé : dans une « bureaucratie professionnelle », H Mintzberg [30] avait déjà montré, il y a plus de 25 ans, en quoi l'autonomie large des professionnels pouvait se heurter à la hiérarchie administrative, mais surtout à la technocratie si cette dernière n'intégrait pas les professionnels eux-mêmes. L'expérience relatée ici mentionne bien que les sources de la motivation sont à rechercher dans toutes les dimensions caractérisant la compétence professionnelle du clinicien, c'est-à-dire touchant tant à la connaissance qu'aux pratiques cliniques. Mais qu'on ne s'y trompe pas, il ne s'agit pas ici de prôner l'inutilité de la gestion. Au contraire, on peut interpréter cette position comme la nécessité de donner une finalité médicale aux dispositifs de gestion existants et surtout à construire. Cela implique ainsi une connaissance fine de la logique et des techniques gestionnaires par le clinicien, au risque de le voir se démotiver du fait du temps nécessaire à l'acquisition de ces méthodes.

c) *Un leadership médical nourricier de la stratégie au Centre Hospitalier St Joseph St Luc*

La préoccupation du Dr Képénékian porte essentiellement sur la construction volontaire de règles communes et impersonnelles dans la gouvernance clinique de son hôpital. Poser la question de la séparation des pouvoirs en transposant les lignes dessinées par Montesquieu vise à mettre en évidence la problématique de leur superposition de fait : le problème majeur de la gouvernance clinique serait la confusion des rôles, où, par exemple, tel leader clinicien pourrait utiliser son expertise sur des objets gestionnaires qu'il ne connaît ou ne maîtrise pas. D'où cette impérieuse nécessité d'explicitier les règles du jeu de l'intervention des uns et des autres, de reconnaître à chacun sa légitimité là où elle s'ancre. Il ne s'agit plus de penser le pouvoir d'un point de vue personnel, mais bien en fonction des rôles que chacun est prêt à jouer et que l'institution hospitalière voudra bien lui confier. En ce sens, l'approche proposée par le Dr Képénékian est une piste nouvelle forgée à la fois sur l'approche de l'enrôlement de K Weick intégrée aux pratiques de « bonne gouvernance ».

V - PERSPECTIVES POUR LA GOUVERNANCE CLINIQUE EN GUISE DE CONCLUSION

L'exposé des expériences présentées montre précisément les insuffisances explicatives des théories du *leadership* individuel, alors que celui-ci pourrait être mobilisé de prime abord pour expliquer leurs réussites ou échecs prétendus. Si les caractéristiques personnelles, le charisme, la volonté de tel ou tel leader médical ont pu jouer un rôle nécessaire pour rassembler des équipes ou des forces, il est largement insuffisant pour garder le dispositif pérenne.

Les trois expériences montrent ainsi qu'au-delà des caractéristiques ou talents « technico-médicaux » des porteurs des projets, il s'est agi dans chaque cas d'intégrer la contingence structurelle propre à chaque contexte dans lequel se sont ancrés les dispositifs. Autrement dit, la capacité à « ancrer » le dispositif dans une structure à partir d'un leader médical sera déterminante pour assurer son développement, sa systématisation.

Le point commun aux trois expériences que l'on peut tirer des théories du *leadership* est ainsi plutôt à rechercher dans le fait que chaque leader, dans chaque structure, a *organisé* une relation d'échange : sur un territoire ouvert en Montérégie, au sein d'une équipe de soins élargie pour le Centre Léon Bérard, au niveau organisationnel pour le Centre St Luc St Joseph. Tous ont ainsi œuvré à la construction d'un but commun explicitement inscrit dans le registre clinique, avec appui d'une logistique gestionnaire forte, plus ou moins visible. On peut ainsi dire que les comportements reliés dans la gouvernance clinique ont été ici initiés par un charisme personnel, une légitimité professionnelle ancrée dans la clinique, tous deux pérennisés par des outils ou des méthodes managériales. Dans les trois cas, le management se trouve bel et bien adopté par un projet clinique. Cette adoption managériale n'est cependant pas assimilable à un asservissement, dans la mesure où la finalité clinique reste lisible, explicite. En revanche, elle aura permis d'ancrer le projet dans la structure organisationnelle par l'usage d'un langage ou de méthodes gestionnaires rendant le projet audible par les autres professionnels non soignants.

Les expériences relatées ici montrent clairement l'utilité de créer des ponts entre pensée clinique et pensée gestionnaire afin de rendre les pratiques plus cohérentes. Certains points restent cependant en suspens à ce stade :

- la question de la pérennisation du dispositif, au-delà de l'engagement initial du leader médical, autrement dit, comment relayer l'initiative médicale par des formes collectives d'engagement ?
- le rôle et l'impact de la formation initiale et continue des cliniciens, à l'heure où le jeu de l'hyperspécialisation médicale contredit les efforts de synthèse requis pour le pilotage d'une équipe ;

- la capacité à généraliser ces dispositifs, dans la mesure où la prise en compte du contexte singulier et son intégration aux réponses fournies ont été une des clés des réussites exposées ; autrement dit, comment institutionnaliser des pratiques portées par des acteurs, redistributeurs de nouveaux espaces, savoirs et pouvoirs.

Il semble clair que l'intégration du *leadership* clinique est indispensable à toute conduite du changement organisationnel à l'hôpital. Cette conduite du changement passe par au moins deux pistes : l'intégration de l'engagement des cliniciens dans tout processus de changement, en acceptant l'influence de la pratique clinique dans ses variétés, qui ne peuvent être soumises à un référentiel unique d'efficacité ou de performance. Chaque réforme organisationnelle doit ainsi s'appuyer sur un engagement explicite des *leaders* cliniciens et relais d'opinion internes à l'organisation afin de persuader leur collègue de la valeur ajoutée à s'organiser autrement [31]. La seconde piste porte sur le rôle du management dans le changement du contexte, plus que dans un apport d'expertise sur un contenu. Ce changement de contexte vise à sensibiliser les professionnels aux nouvelles règles de gouvernance auxquelles sont soumis les établissements de santé. Cela passe par des appuis en formation, et surtout l'accompagnement de l'action clinique par des systèmes d'information médico-gestionnaires, ou « médiconomiques » [32], porteurs de sens et de mesure pour l'action collective.

Les solutions radicales promulguées dans les réformes d'ampleur ont des tonalités de « grand soir », et affectent les professionnels des systèmes de santé tant dans leurs promesses révolutionnaires que dans le peu d'impact effectif qu'elles génèrent. Partant de ce constat, et rejoignant le propos de C Ham [33], ce travail d'amélioration du contexte organisationnel par les managers est moins visible, moins valorisant d'un point de vue politique, mais il solidifie les changements organisationnels en associant au plus près les cliniciens, sans se soumettre à leur point de vue, mais en l'infléchissant. Imaginons un instant le déport de l'énergie consacrée à penser globalement les réformes et à les appliquer vers un effort travaillant à construire des espaces d'action conjoints entre cliniciens et gestionnaires de ressources : l'hôpital de demain est bien à inventer avec les briques de la clinique et un ciment organisationnel qui relie et donne du sens. Cela passe par la création de nouveaux espaces de délibération stratégique [34], qui ne se limitent ni à une conversation convenable, ni à une grande messe politique, et que les managers devront inventer.

Remerciements

Cet article de synthèse propose une analyse originale à partir des interventions de JP Droz et G Képénékian

d'une part, et C Bertrand, C Mimeault, J Latreille d'autre part, du Colloque « Repenser les pratiques cliniques et transformer les organisations », 20^{es} Entretiens Jacques Cartier, Lyon, décembre 2007.

Nous remercions vivement les Dr. J Latreille, JP Droz et G Képénékian, ainsi que Mmes C Mimeault et C Bertrand pour leurs relectures attentives et leurs observations. Toute erreur de retranscription ou de présentation des cas ne saurait engager que la responsabilité de l'auteur.

RÉFÉRENCES

1. Claveranne JP, Lardy C, eds. *La santé demain : vers un système de soins sans murs*. Paris : Economica ; 1999.
2. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). *Logiciel ECOSANTE France 2005, données DREES et Comptes nationaux de la santé*. Paris : IRDES ; 2005.
3. Claveranne JP, Pascal C. *Le management par les processus à l'hôpital, une réponse à la difficulté de faire ensemble*. Paris : Médica ; 2001.
4. Claveranne JP, Vinot D. « L'émergence de droits des patients dans les systèmes de santé occidentaux : anciens problèmes et nouveaux défis », *Revue Générale de Droit Médical* 2004;13:17-26.
5. Képénékian G, Vinot D. « La place des usagers à l'hôpital : le cas de l'hôpital St Joseph St Luc », *Revue Générale de Droit Médical* 2004;13:123-8.
6. Bertrand C, Mimeault C, Latreille J. *Le leadership médical et clinico-administratif dans l'évolution du Réseau Cancer Montérégie. Colloque Repenser les pratiques cliniques pour transformer les organisations*. 20^{es} Entretiens Jacques Cartier ; décembre 2007 ; Lyon.
7. Droz JP. *Leadership clinique et changement de pratiques. Colloque Repenser les pratiques cliniques pour transformer les organisations*. 20^{es} Entretiens Jacques Cartier ; décembre 2007 ; Lyon.
8. Képénékian G. *Leadership clinique et changement de pratiques. Colloque Repenser les pratiques cliniques pour transformer les organisations*. 20^{es} Entretiens Jacques Cartier ; décembre 2007 ; Lyon.
9. Robelet M. *L'hôpital sous le prisme des indicateurs. Le travail intermédiaire de production de la transparence hospitalière* ; In : Buisson-Fenet H, Mercier D, eds. *Espace Privé et Espace Public : Quels outils de Gestion ? Individualisation, irrigation des outils et abolition des frontières entre organisation publique et entreprise*. Paris : L'Harmattan ; (à paraître, 2008).
10. Helmlinger L, Martin D. *La judiciarisation de la médecine, mythe et réalité*. Sève 2004;hiver:39-46.
11. Weick K. *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1995.
12. Carlyle T. *Heroes and hero worship*. Boston: Adams; 1907. (Original work published 1841).
13. Stogdill RM. *Personal factors associated with leadership: A survey of the literature*. *J Psychol* 1948;25:35-71.
14. Lewin K, Lippitt R, White RK. *Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates*. *J Soc Psychol* 1939;10:271-301.
15. Fleishmann EA, Harris, EE. *Patterns of leadership behavior related to employee grievances and turnover*. *Personnel Psychology* 1962;15:43-54.
16. Hollander EP, Julian JW. *Studies in leader legitimacy, influence, and innovation*. In: Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology* (Vol. 5). New York: Academic Press. 1970. p. 375-403.
17. Rojot J. *Théorie des organisations*. Paris : Editions des organisations ; 2004.
18. Fiedler FE. *A theory of leadership effectiveness*. New York: McGraw-Hill; 1967.
19. Chemers MM. *Leadership Research and Theory: A Functional Integration*. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 2000;4(1):27-43.
20. Fiedler FE, Garcia JE. *New Approaches to leadership: Cognitive resources and organisational performance*, New York: Wiley; 1987.
21. Bass B M. *Leadership and performance beyond expectation*. New York: Free Press; 1985.
22. Bass BM. *From transactional to transformational leadership : Learning to share the vision*. *Organizational Dynamics* 1990;winter:19-31.
23. Barnard ChI. *The Functions of the Executive*, Cambridge (MA): Harvard Univ. Press; 1938.
24. Merton RK. *Social Theory and Social Structure*, New York: Free Press; 1957.
25. Pfeffer J, Salancik GR. *Determinants of supervisory behavior: A role set analysis*, *Human Relations* 1975;28:139-53.
26. Weick K. *Making Sense of the Organization*. Oxford (UK): Basil Blackwell; 2001.
27. Weick K, Sutcliffe KM. *Managing the Unexpected*. San Francisco: Jossey-Bass Wiley (CA); 2007.
28. Denis JL, Lamothe L, Langlois A. *The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organisations*. *Acad Man J* 2001;44:809-37.
29. Mc Nulty T, Ferlie E. *Reengineering health care*. Oxford (UK) : Oxford Univ. Press; 2002.
30. Mintzberg H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'organisation ; 1982.

31. Grol R. *Beliefs and evidence in changing clinical practice*, *BMJ* 1997;315:418-21.

32. Claveranne JP, Képénékian G, Montégu D. *L'hôpital médiconomique intégré*. In: Claveranne JP, Lardy C, eds. *La santé demain : vers un système de soins sans murs*. Paris :

Economica ; 1999. p. 277-89.

33. Ham C. *Improving the performance of health services: the role of clinical leadership*; *The Lancet* 2003;361:1978-80.

34. Habermas J. *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris : Fayard ; 1987.