



Changer les organisations de santé avec le **Cadre LEADS**

RÉSUMÉ

de l'Étude de 2014-2016 sur l'incidence du Cadre LEADS



*Fenwick
Leadership
Explorations*

Mitacs



Messages clés

Le Cadre des capacités de leadership en santé LEADS (Cadre LEADS) a été élaboré en 2006 en Colombie-Britannique pour répondre aux besoins de renouvellement au sein des organisations de soins de santé (Dickson, Briscoe, Fenwick, MacLeod, et Romilly, 2007). *L'Étude de 2014-2016 sur l'incidence du Cadre LEADS* (Vilches, Fenwick, Harris, Lammi et Racette, 2017) a passé en revue les processus de cinq organisations de santé qui ont été parmi les premières à adopter le Cadre LEADS, a recueilli leurs commentaires et a répertorié un éventail d'applications et de résultats pour les individus, les organisations et les systèmes.

Au niveau de l'individu, LEADS :

- offre un cadre qui légitime les efforts des individus pour agir dans le but de régler les problèmes qu'ils jugent prioritaires (en d'autres mots, le Cadre leur donne la possibilité et la capacité d'agir);
- fournit un langage commun qui facilite la collaboration entre un large éventail de disciplines et de domaines de pratique (c'est-à-dire qu'il favorise l'efficacité et l'efficacité);
- constitue un cadre souple que les équipes peuvent utiliser pour travailler ensemble afin d'effectuer des tâches précises et d'atteindre des buts stratégiques particuliers (il soutient la responsabilisation);
- augmente l'efficacité de la communication, y compris la capacité d'avoir des conversations difficiles, mais productives (il propose un moyen d'apaiser les tensions); et
- permet le perfectionnement professionnel et la planification de la relève (il motive et engage les individus).

En ce qui concerne le fonctionnement des organisations de santé, le Cadre LEADS :

- instaure la confiance en encourageant la réflexion et la collaboration, plutôt que la compétitivité et les contrôles rigides;
- aide les gestionnaires à mobiliser et à guider leurs équipes en offrant des occasions de perfectionnement et des outils pour aider les équipes à travailler ensemble;
- soutient la planification de la relève en offrant des occasions pour les individus de se choisir en tant qu'éventuels futurs leaders en saisissant des occasions de perfectionnement de leurs talents, et
- utilise la motivation pour bâtir des systèmes de rétroaction positive afin de rendre possible le changement des systèmes.

Relativement à la performance des systèmes de santé, le Cadre LEADS :

- fournit un cadre souple qui transcende les structures de responsabilisation pour opérer un changement;
- favorise l'innovation en fournissant un cadre que les individus peuvent utiliser pour relier leurs propres idées à des mesures qui sont en harmonie avec les objectifs stratégiques;
- aide à atteindre les buts prioritaires stratégiques en matière de santé en encourageant les individus à relier les tâches aux priorités par la réflexion, la planification personnelle de leur cheminement professionnel, les évaluations du rendement et l'établissement de rapports, et
- fournit un langage permettant aux cadres supérieurs d'établir des liens avec tous les membres du personnel en se concentrant sur les processus d'innovation et de règlement des problèmes de communication.

Résumé

Les systèmes de santé font face au changement continu. Entre autres, ils doivent réagir à de nouvelles technologies, à l'évolution des normes de soins et aux exigences croissantes des soins plus perfectionnés. En plus, ils doivent s'attaquer à des problèmes de santé publique complexes, comme la santé mentale, le bien-être des peuples autochtones, les problèmes de toxicomanie et le vieillissement des populations (Naylor et coll., 2003; Romanow, 2002; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015). L'interaction entre la politique publique et l'administration des soins de santé ajoute encore à la complexité. Ces défis se présentent alors que les effectifs vieillissent et que le recrutement et la conservation du personnel continuent d'être problématiques, surtout dans les zones rurales et nordiques. Ces problèmes complexes ne peuvent pas être réglés au moyen de solutions simples. Ils exigent plutôt des systèmes de santé sophistiqués capables de s'adapter.

L'Étude de 2014-2016 sur l'incidence du Cadre LEADS (Vilches, Fenwick, Harris, Lammi et Racette, 2017) est le premier examen systématique de la façon dont le Cadre LEADS a été mis en œuvre par des organisations de santé au Canada. Le Cadre LEADS a été élaboré en 2006 en Colombie-Britannique (Dickson, 2008). Bien que son utilisation se soit répandue partout au Canada et ailleurs, les praticiens demeurent pratiquement les seuls à détenir des renseignements concernant sa mise en œuvre et son efficacité. Par conséquent, cette étude a voulu trouver les réponses à cinq questions de recherche stratégiques :

- Pourquoi appliquez-vous le Cadre LEADS?
- Comment l'appliquez-vous?
- Qu'est-ce qui facilite ou gêne l'utilisation du Cadre LEADS?
- Quelle différence votre utilisation du Cadre LEADS fait-elle?
- Comment savez-vous que votre utilisation du Cadre LEADS fait une différence?

La recherche a utilisé une approche fondée sur l'étude de cas de type imbriqué ou enchâssé (Yin, 2014). Cette approche a permis de maintenir l'intégrité et la cohérence de chaque cas tout en étudiant aussi les mêmes phénomènes, dans ce cas le développement du leadership et le Cadre LEADS, dans tous les cas. Cette approche convenait pour étudier le développement du leadership en raison du petit nombre d'informateurs clés, comme les cadres supérieurs ou le personnel de gestion des talents, dans chaque organisation de santé.

Cinq organisations de santé dont la taille, les fonctions, le territoire géographique et les approches de la mise en œuvre différaient ont participé à l'étude en tant que cas. Quatre de ces organisations avaient au moins quatre ans d'expérience de la mise en œuvre du Cadre LEADS, et une d'entre elles, Island Health, avait participé à l'étude initiale au moment de l'élaboration de LEADS en 2006.

Des entretiens préliminaires et des groupes de discussion ont été menés avec 76 personnes comprenant aussi bien des leaders non officiels que des membres de conseils d'administration. Les personnes interviewées et les participants aux groupes de discussion représentaient divers domaines de pratique, y compris des professions clés, l'administration et la gestion des talents. On a demandé aux individus comment ils utilisaient le Cadre LEADS, comment il avait été adopté par leur établissement et la différence qu'il faisait pour eux personnellement, dans leur milieu de travail et dans les systèmes de santé. On a demandé aux participants quelles preuves ils pouvaient fournir pour démontrer l'incidence ou l'efficacité de LEADS. Les résultats ont démontré comment fonctionne le système progressif interrelié décrit dans le Cadre LEADS.

Changer la façon dont les organisations de santé fonctionnent

Toutes les organisations de santé ayant participé à cette étude avaient connu une réorganisation radicale ou des changements de leur vision stratégique avant d'adopter le Cadre LEADS. En Colombie-Britannique, où le Cadre LEADS a été mis au point, 52 régions sanitaires ont été fusionnées en cinq grandes autorités régionales de la santé en 2001 (ministère de la Planification de la santé, gouvernement de la Colombie-Britannique, 2002). En avril 2009, plusieurs organisations de santé régionales ont été réunies pour créer l'Alberta Health Services (AHS) (Alberta Health Services, 2009; Donaldson, 2010). Santé Î.-P.-É. a vu le jour en 2010 lorsque l'administration et les politiques de la santé ont été séparées du gouvernement et que les établissements physiques ont été fusionnés avec les organismes de santé régionaux (personne interviewée à Santé Î.-P.-É.). L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a subi un examen du service à la clientèle en 2009 (personne interviewée à l'ACMTS). La Saskatchewan, première province du Canada à avoir fusionné les organisations de santé en 1993, a terminé la réorganisation en 2001, mais a poursuivi sa recherche d'améliorations par l'entremise du programme Lean Six Sigma ainsi que du Cadre LEADS (Canadian Plains Research Center, 2006; gouvernement de la Saskatchewan, 2013; Mutwiri, Witt, Denysek, Halferdahl et McLeod, 2016). Comme ces cas le démontrent, la mise en œuvre de cadres de leadership, sans être la seule responsable de la résolution des dilemmes stratégiques, est devenue un moyen de changer le mode de fonctionnement des organisations.

Chaque organisation dans cette étude a été parmi les premières à adopter le Cadre LEADS, et chacune d'elles a utilisé des approches uniques pour le mettre en œuvre. Toutefois, chacune a consulté des partenaires externes pour inventorier ses atouts existants en matière de développement des talents, puis a offert des programmes plus précis visant à développer des domaines et capacités particuliers indiqués dans le Cadre. Les résultats ont démontré que le Cadre LEADS est extrêmement facile à adapter et que son utilisation convient dans divers contextes, ce qui aide à créer un langage commun pour une approche fondée sur une pensée systémique. Sept constatations clés sont présentées dans les sections suivantes.

1. Mise en œuvre : un cadre souple et adaptable

Au départ, chaque organisation de cette étude (sauf Island Health qui a élaboré son approche parallèlement au développement de LEADS) a commencé sa mise en œuvre par des séances générales d'introduction au Cadre LEADS. À mesure que la mise en œuvre progressait, des programmes existants et nouveaux ont été reliés aux domaines et capacités du Cadre LEADS, et une variété de programmes éducatifs (comprenant des cours du marché privé ainsi que des cours internes existants) ont été utilisés pour créer un programme de développement du leadership axé sur le Cadre LEADS. Des ateliers portaient sur des capacités particulières du Cadre LEADS, comme le développement d'une connaissance de soi ou l'amélioration des compétences en communications interpersonnelles ou en gestion. Souvent, des consultants externes qui connaissaient le Cadre LEADS étaient chargés de le présenter. Toutefois, à mesure que ces projets progressaient, les organisations ont développé une capacité interne à offrir des programmes fondés sur LEADS. Au fil du temps, elles ont mis au point des modules destinés à des cohortes ou à des groupes particuliers qui réunissaient les gens dans le cadre de cours présentiels (en face à face) complétés par des projets pratiques en équipe. Ces initiatives axées sur les cohortes ont créé un élan en faveur du changement. La présentation en face à face de ces programmes a aussi créé des liens durables entre les participants, ce qui a facilité la collaboration continue dans toute l'organisation. Comme résultat annexe, les personnes qui avaient participé à ces cours pouvaient facilement s'intégrer dans les nouvelles unités de travail appliquant le Cadre LEADS. À mesure que le nombre de programmes offerts augmentait, le personnel de la gestion des talents continuait d'explorer comment les offrir de façon efficiente et efficace. Par exemple, l'AHS a expérimenté les programmes facultatifs en ligne et l'ACMTS est passée à un modèle de leadership appliqué où les équipes de leaders utilisaient LEADS pour régler les problèmes. Ce modèle de coplanification offrait une introduction continue

au nouveau personnel. Toutes les organisations incluses dans cette étude continuent d'évoluer et d'explorer des moyens de poursuivre le perfectionnement des leaders au moyen de LEADS.

2. Mobilisation grâce à LEADS

Les participants à l'étude ont indiqué qu'ils aimaient le Cadre LEADS, et les membres du personnel de la gestion des talents ont remarqué une forte demande des programmes qu'ils mettaient au point. Les nouveaux gestionnaires trouvaient les renseignements extrêmement utiles pour apprendre comment s'acquitter de leurs responsabilités. Les participants à l'étude pour lesquels le leadership était déjà un sujet passionnant qu'ils connaissaient bien ont constaté que la participation à cette étude avait renouvelé leur intérêt pour le Cadre LEADS et leur avait rappelé sa valeur. Les investissements de l'organisation dans la formation donnaient aux participants l'impression d'avoir de la valeur aux yeux de leurs cadres supérieurs. Les participants ont dit se sentir motivés à utiliser le Cadre LEADS parce que son utilisation était facile (intuitive). En raison de ces résultats, LEADS est devenu un moyen de mobiliser et de motiver le personnel et a aidé à « changer la culture » en fournissant un moyen de faire le travail.

3. Autonomisation et responsabilisation

La responsabilisation et l'autonomisation pourraient apparaître comme des notions opposées. Toutefois, les participants ont décrit des façons par lesquelles l'utilisation du Cadre LEADS dans les systèmes d'examen du rendement favorisait les deux. Les domaines ou capacités du Cadre LEADS leur permettaient de définir des buts stratégiques clés auxquels travailler. Les gestionnaires pouvaient soutenir le personnel en utilisant un langage commun. Dans certaines organisations, les examens du rendement étaient étayés d'évaluations 360 degrés LEADS et de systèmes d'examens réguliers du rendement qui reliaient entre eux les buts individuels, les tâches des unités et les orientations stratégiques.

4. Élaboration de structures d'équipe axées sur les résultats

Le Cadre LEADS permet aux leaders d'interagir avec des individus de multiples disciplines œuvrant dans un éventail de milieux de travail, ainsi qu'avec des leaders et membres de la collectivité. Les participants à l'étude ont maintes fois décrit des situations dans lesquelles ils se référaient au Cadre pour cerner les problèmes et y trouver des solutions. En plus, le Cadre LEADS légitimait les efforts des individus pour amener d'autres personnes à aider à régler des problèmes. Cette approche positive de la résolution de problèmes permettait aux leaders de prendre des mesures qui n'auraient pas été possibles par les moyens traditionnels des hiérarchies autoritaires et ainsi bâtir des structures souples, mais néanmoins responsables et orientées vers l'action. Grâce au Cadre LEADS, les leaders pouvaient tirer parti des diverses compétences des équipes, et les gestionnaires moins expérimentés et ceux de portefeuilles pluridisciplinaires pouvaient travailler ensemble. Les leaders y sont parvenus à cause du langage commun de LEADS qui favorise la facilitation et la communication lors de la détermination des problèmes et de la recherche de solutions.

5. Activation d'un système complexe

LEADS a servi de moyen pour les individus de discuter entre eux, de régler les difficultés et de recourir à la résolution de problèmes créative tout en maintenant la reddition de comptes à l'égard de la prestation de services de santé fiables et adaptés. En facilitant la communication, l'apprentissage des capacités du Cadre LEADS semblait faciliter les interactions entre les individus et engendrer une collaboration plus efficace. En plus, une fois que les leaders avaient appris à connaître le Cadre LEADS, ils pouvaient passer d'une unité à l'autre ou d'une organisation à l'autre et s'intégrer facilement dans leurs nouvelles équipes. Des personnes travaillant avec des partenaires externes ont constaté qu'elles utilisaient le même langage, ce qui aidait à établir et à atteindre des buts. Les unités de travail de différents départements pouvaient communiquer efficacement

malgré leurs points de vue et contextes variés, y compris les différences entre disciplines. Ainsi, le Cadre LEADS permettait aux leaders de travailler plus efficacement malgré les complexités de l'organisation, sans en changer la structure.

6. Maintien des résultats pour les clients et les patients

En tant qu'organismes publics, les organisations de santé sont mises au défi d'atteindre et de soutenir des buts globaux en matière de services de santé. La capacité d'atteindre les buts prioritaires des politiques et des stratégies était le plus évident dans les régions de Saskatoon et de Sunrise Health, où le programme Lean Six Sigma intégrait les buts dans la structure de responsabilisation. Toutefois, dans toutes les organisations incluses dans l'étude de cas, les participants ont parlé de la façon dont LEADS les avait aidés à satisfaire aux besoins de santé complexes de la population et des petites collectivités. L'atteinte des buts était la plus réussie lorsque les structures organisationnelles aidaient à relier les actions des individus aux buts des unités, les activités des unités aux missions organisationnelles, et les missions organisationnelles aux orientations des politiques. Même pendant une réorganisation ou d'autres types de bouleversements, le Cadre LEADS réussissait à favoriser l'obtention de résultats qui étaient alignés sur les énoncés de mission et de vision des organisations. Parmi les structures utiles, il y avait les examens réguliers du rendement, les évaluations 360 degrés qui étaient explicitement reliées aux résultats, les réunions régulières de l'équipe de leadership, les champions du Cadre LEADS dans l'organisation, le soutien du conseil d'administration et son engagement à l'égard des visions stratégiques et du développement du leadership, et les pratiques des ressources humaines qui ciblaient et encourageaient explicitement le développement du leadership pour renforcer l'organisation.

7. Autoévaluation des progrès

Un des défis que comporte le déploiement du développement du leadership est l'absence d'une relation linéaire entre l'apprentissage et le changement des comportements. Plusieurs participants qui avaient déjà suivi une formation en développement du leadership – par exemple, en suivant le programme de maîtrise en art du leadership de l'Université Royal Roads – ont dit qu'ils avaient acquis de nouvelles connaissances ou approfondi leur compréhension lors d'un deuxième cours ou d'un projet ultérieur pendant lequel ils appliquaient les principes du leadership. La réflexion régulière – par l'entremise de processus de planification du perfectionnement professionnel en tête à tête avec les gestionnaires, de séances de coaching, ou de discussions après les processus d'examen du rendement – donnait de précieuses occasions de réfléchir au développement professionnel.

Ces sept constatations clés résument la façon dont le Cadre LEADS soutient les énoncés de mission et de vision des organisations, aide les individus à planifier et à effectuer leurs tâches et à s'acquitter de leurs responsabilités efficacement et permet aux organisations d'harmoniser et de coordonner la collaboration sans perturber les structures de responsabilisation.

Réflexions sur le Cadre LEADS

L'étude systématique du Cadre LEADS documente un éventail d'incidences illustrant que le Cadre peut aider à réaliser un changement culturel. Cette étude indique aussi que l'adoption du Cadre LEADS n'est pas un événement ponctuel. Chacune des cinq organisations a fait un travail systématique continu pour examiner des approches de la mise en œuvre, maintenir l'intérêt et accroître la capacité de l'organisation d'utiliser le Cadre LEADS. L'étude a aussi révélé que, bien que la mise en œuvre du programme ait été dirigée par le personnel de la gestion des talents, les champions organisationnels aidaient à dynamiser et à maintenir la crédibilité du programme. En plus, pour parvenir à une utilisation vaste et efficace, les cadres supérieurs avaient dû démontrer comment les buts stratégiques étaient reliés aux approches du leadership. Les participants ont indiqué le besoin de poursuivre les recherches sur les moyens de rendre les programmes plus efficaces et de se pencher sur les moyens de rendre les réalisations plus apparentes. Ce qui a été confirmé, c'est qu'une mise à jour du Cadre LEADS lui-même n'était pas nécessaire. En fait, LEADS a été comparé favorablement à de nombreux autres systèmes que les participants décrivaient comme étant plus limités ou rigides.

Références

- ALBERTA HEALTH SERVICES. *Alberta Health Services: Strategic Direction 2009–2012 - Defining Our Focus/Measuring Our Progress, 2009*. Consulté le 25 mars 2017 sur le site <http://www.assembly.ab.ca/lao/library/egovdocs/2009/alahs/172555.pdf>
- CANADIAN PLAINS RESEARCH CENTER. « Regionalization of health ». *The Encyclopedia of Saskatchewan*, 2006. Consulté le 25 octobre 2016 sur le [site](http://esask.uregina.ca/entry/regionalization_of_health.html)
- COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA. *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action, 2015*. Consulté le 25 mars 2017 sur le site http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_English2.pdf
- DICKSON, G. *Genesis of the leaders for life framework*, Vancouver (C.-B.), Health Care Leaders Association of BC 2008. Consulté le 25 mars 2017 sur le site http://chlnet.ca/wp-content/uploads/leads_genesis.pdf
- DICKSON, G., D. BRISCOE, S. FENWICK, Z. MACLEOD et L. ROMILLY. *Le projet de Cadre pancanadien des capacités de leadership pour le système de santé : Initiative de recherche concertée visant à élaborer un cadre des capacités de leadership pour les services de santé au Canada*, Victoria (C. B.), Université Royal Roads, 2007. Consulté le 29 mars 2017 sur le site http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/health_leadership_framework_e.pdf
- DONALDSON, C. « Fire, aim... ready? Alberta's big bang approach to healthcare disintegration », *Healthcare Policy*, vol. 6, no 1 (2010), p. 22-31.
- GOUVERNEMENT DE LA SASKATCHEWAN. Ministry of Health 2012-2013 Annual Report, 2013. Consulté le 25 mars 2017 sur le site https://www.saskatchewan.ca/government/government-structure/ministries/health/other-reports/annual-report-archive#step-1__
- MUTWIRI, B., C. WITT, C. DENYSEK, S. HALFERDAHL et K. M. MCLEOD. « Development and implementation of the Saskatchewan Leadership Program: Leading for healthcare transformation », *Forum Gestion des soins de santé*, vol. 29, no 1 (2016), p. 23-27. Doi :10.1177/0840470415617404
- NAYLOR, D., S. BASRUR, M. G. BERGERON, R. C. BRUNHAM, G. DAFOE, D. BUTLER-JONES... F. PLUMMER. *Leçons de la crise du SARS : Renouveau de la santé publique au Canada*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, octobre 2003. Consulté le 25 mars 2017 sur le site <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/sars-e.pdf>
- ROMANOW, R. J. *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa (Ont.), novembre 2002. Consulté le 25 mars 2017 sur le site <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>
- VILCHES, S., FENWICK, S., HARRIS, B, LAMMI, B. et RACETTE, R. *Changing health organizations with the LEADS leadership framework: Report of the 2014-2016 LEADS impact study*. Ottawa (Ont.), Fenwick Leadership Explorations, le Collège canadien des leaders en santé et le Centre pour leadership en santé et recherche, Université Royal Roads, 2016. Consulté le 18 mai 2017 sur le site https://leadscanada.net/document/1788/LEADS_Impact_Report_2017_FINAL.pdf
- YIN, R. K. *Case study research: Design and methods*, 5e édition, Thousand Oaks (CA), Sage, 2014.



POUR PLUS D'INFORMATIONS

Brenda Lammi

Directrice des opérations, LEADS

292 Somerset Ouest

Ottawa, ON K2P 0J6

Tél. : 613-235-7218 / 1-800-363-9056 poste 215

Télec. : 613-235-5451

blammi@leadscanada.net

www.leadscanada.net



CANADIAN COLLEGE OF
HEALTH LEADERS
COLLÈGE CANADIEN DES
LEADERS EN SANTÉ

Collège canadien des leaders en santé © 2010

Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission d'un extrait quelconque de cette publication, par quelque procédé que ce soit, tant électronique que mécanique, par photocopie, enregistrement ou tout système de mise en mémoire et de récupération de l'information sont interdits sans l'autorisation écrite de Collège canadien des leaders en santé.