

Université de Montréal

Leadership dans le contexte de transformation des organisations de santé de première ligne au Québec : étude de la création et de l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF)

Par

Nathalie Clavel

Département d'administration de la santé

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté de Médecine en vue de
l'obtention du grade de M.Sc. en administration des services de santé
option *analyse et évaluation du système de santé*

Août 2012

© Nathalie Clavel, 2012

Résumé

Contexte: Alors que de nouvelles organisations de services de première ligne, les groupes de médecine de famille (GMF) ont été implantés au Québec au début des années 2000 afin d'améliorer l'accessibilité et l'intégration des soins, nous avons que peu de recul sur la façon dont les acteurs impliqués dans le changement ont exercé leur leadership pour influencer l'implantation des GMF.

Objectifs: La présente étude a pour but de mettre en évidence les rôles et actions des acteurs clés impliqués dans l'implantation des GMF et ceci pour l'ensemble du processus de transformation (de l'idée de création jusqu'à l'implantation opérationnelle des nouvelles activités), tant en les reliant aux capacités des acteurs ainsi qu'aux facteurs (organisationnels, règlementaires et culturels) aidant ou entravant le leadership dans le contexte de changement.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude de cas multiples, reposant sur trois cas (GMF) qui disposent de caractéristiques organisationnelles différentes (taille, statut, situation géographique). Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées avec les professionnels de chaque GMF (médecins, infirmières et gestionnaires). En outre, de la documentation sur le fonctionnement et l'organisation des GMF a été consultée afin de diversifier les sources de données.

Résultats: On remarque une évolution du leadership tout au long du processus de changement. Le rôle du médecin responsable a été crucial lorsqu'il s'agit de communiquer le besoin de changer de pratique et la nouvelle vision de la pratique, ou encore afin de définir le rôle et les responsabilités de chacun des membres des GMF au moment de la création de ceux-ci. Un leadership plus collectif et partagé s'est manifesté au moment de l'opérationnalisation de l'implantation, par des interactions d'influence de l'ensemble des acteurs internes mais aussi externes aux GMF (CSSS, ASSS, DRMG).

Conclusion: Le cadre conceptuel proposé a permis d'identifier l'évolution du leadership tout au long du processus de changement organisationnel. Il a également permis de relier les rôles et actions des acteurs aux capacités et aux facteurs aidant ce leadership.

Mots-clés: leadership, changement organisationnel, processus d'influence et d'implication, rôle et actions, GMF.

Abstract

Background: Family medicine groups (FMGs) were implemented in Quebec in the early 2000s in order to improve accessibility and integration of primary care. Of these new organizations, we know very little about the ways in which actors involved in the change have exercised their leadership in order to influence implementation of FMGs.

Objectives: The main objective of this study was to determine roles and activities of key change actors involved in implementation of FMGs. Further, actors' capacities and contextual factors that influenced leadership throughout the process of organizational change, were examined.

Methodology: This is a multiple cases study based on three FMGs with different organizational characteristics. Semi-structured interviews were conducted with professionals of each FMG (physicians, clinician nurses and managers). Further, FMGs' organizational documents have been consulted in order to diversify sources of data.

Findings: We observed an evolution of leadership roles and actions throughout the process of organizational change. The strategic role of physicians in charge of FMGs appeared particularly important in order to communicate the need for practice change and the new vision and model of family medicine practice before creating FMGs. Further, these physicians have exercised leadership in defining roles and activities of each FMGs member in the phase of initiation. A more collective leadership has been observed during the implementation phase, through influence interactions among all FMGs members and external actors supporting their implementation.

Conclusion: This proposed conceptual model allowed identification of leadership process which involves different roles and actions depending on phases of organizational change. Moreover, it helped to examine actors' capacities and contextual factors that have influenced the leadership process during the creation and the implementation of FMGs.

Key-words: Leadership; organizational change; process of influence and empowerment; roles and actions; FMG.

Table des matières

Page de titre	i
Résumé	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des figures.....	vii
Figure 1 : modèle théorique du leadership ou processus d’influence exercé pour l’implantation des GMF	vii
Liste des abréviations	viii
Remerciements	ix
Chapitre 1- Introduction	1
Chapitre 2-État des connaissances	6
2.1 Les GMF : innovations organisationnelles pour le renouvellement des services de santé primaires au Québec	6
2.2 Le leadership dans un contexte de changement organisationnel	9
2.2.1 Le leadership : un concept intimement lié au changement organisationnel	9
2.2.2 Les approches classiques du leadership : une perspective individuelle du leadership.....	11
2.2.3 Les nouvelles approches du leadership : une perspective basée sur les processus et l’influence collective et partagée	18
2.2.4 Leadership dans le contexte de changement des organisations de santé : complémentarité des approches collectives et individuelles du leadership	20
2.2.5 Manque de connaissances sur l’expression du leadership dans le contexte de transformation des organisations de santé de première ligne	23
2.3 Conclusion sur l’état des connaissances	25
Chapitre 3- Objectifs de la recherche et cadre conceptuel	28
3.1 Objectifs de recherche.....	28

3.2	Cadre conceptuel	28
Chapitre 4- Méthodologie		33
4.1	Stratégie et devis de recherche	33
4.2	Population à l'étude	34
4.2.1	Population cible	34
4.2.2	Échantillon.....	34
4.3	Définition des variables	35
4.4	Instruments de collecte des données	38
4.5	Déroulement de la collecte des données	38
4.6	Analyses	40
4.6.1	Déroulement et procédures d'analyse des données	40
4.6.2	Critères de rigueur	42
4.7	Considérations éthiques	44
Chapitre 5-Résultats		46
5.1	Description des GMF à l'étude	47
5.1.1	Histoire de cas : GMF A.....	47
5.1.2	Histoire de cas : GMF B.....	48
5.1.3	Histoire de cas : GMF C.....	50
5.2	Présentation des résultats empiriques	51
5.2.1	Leadership dans la phase d'identification et de reconnaissance du besoin de changement.....	51
5.2.2	Leadership pour l'élaboration d'une nouvelle vision de l'organisation (création des GMF).....	60
5.2.3	Phase d'opérationnalisation des GMF.....	69
Chapitre 6-Discussion		87
6.1	Leadership dans la phase d'identification et de reconnaissance du besoin de changement	89

6.2 Leadership pour l'élaboration d'une nouvelle vision de l'organisation (création des GMF).....	91
6.3 Leadership pour l'opérationnalisation du changement	94
6.4 Particularité du contexte de transformation des GMF et spécificité de l'exercice du leadership	96
6.5 Limites de l'étude	97
Chapitre 7-Conclusion.....	99
Références	102

Liste des figures

Figure 1 : modèle théorique du leadership ou processus d'influence exercé pour l'implantation des GMF

Liste des abréviations

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CRI : Clinique réseau intégrée

CRIU : Clinique réseau intégrée universitaire

CSSS : Centre de santé et des services sociaux

DME : Dossiers médicaux électroniques

DRMG : Département régional de médecine générale

DSI : Direction des soins infirmiers

DSP : Direction des services professionnels

GMF : Groupe de médecine de famille

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

SOGIQUE : Société de gestion informatique du Québec

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de recherche, Régis Blais, pour ses conseils méthodologiques avisés et le temps passé à relire et corriger ce mémoire. Je remercie ensuite, mon co-directeur de recherche Jean-Louis Denis, pour m'avoir donné le recul suffisant afin d'améliorer la rédaction du mémoire.

Merci ensuite à Ghislaine Tré, qui m'a aidée et guidée tout au long de la collecte des données et qui a su me conseiller pour mieux organiser l'analyse des données.

Un merci à Docteure Julie Lajeunesse, qui a collaboré à l'élaboration de la grille d'entrevue. Je tiens à remercier ensuite, Docteure Françoise Chagnon, pour m'avoir introduite et mise en contact avec les médecins responsables des trois GMF.

Enfin, un grand merci à tous les professionnels des trois GMF pour leur très précieuse collaboration ainsi que pour leur grand enthousiasme concernant cette étude.

Chapitre 1- Introduction

Depuis le début des années 2000, une attention grandissante est portée à la réorganisation des soins de première ligne à travers l'ensemble du Canada. Au Québec, après la création des CLSC (Centres locaux de services communautaires) qui n'a pas permis de répondre efficacement aux défis d'accessibilité et d'intégration des soins de première ligne, le gouvernement décide en 2001 d'implanter de nouvelles organisations : les groupes de médecine de famille (GMF). Les objectifs visés par la politique GMF sont d'augmenter l'accessibilité à la médecine de famille et assurer une meilleure intégration des soins via des ententes de services entre les GMF et les Centres de santé et des services sociaux (CSSS).

Alors que ce mode d'organisation est relativement récent, nous avons peu de recul sur la façon dont les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des GMF ont influencé le processus de réorganisation des services de médecine familiale. Pourtant le leadership, en tant que processus d'influence, est intimement lié à la réussite des initiatives de changement organisationnel. En effet, beaucoup d'auteurs reconnaissent que le leadership exercé est un élément clé pour la transformation organisationnelle (Armenakis et Bedeian 1999; Brown et Eisenhardt 1997 ; Eisenback, Watson et al 1999; Higgs et Rowland 2005; Ken 1998; Uhl-Bien 2006).

Beaucoup de travaux ont été réalisés sur le leadership dans le contexte de changement organisationnel. Ces travaux mettent surtout en évidence les qualités et les compétences des leaders, nécessaires au succès du changement organisationnel (Kan et Parry 2004; Kanter et Stein 1992; Kotter 1995). Les approches classiques du leadership offrent une

perspective individuelle du leadership qui se centre sur les caractéristiques des leaders plutôt que sur ce que font les leaders (Buchanan et al 2007); (Denis, Langlely et al. 2010). Elles offrent une vision dualiste du leadership (le leader influence, les collaborateurs suivent) selon laquelle les comportements et les caractéristiques des leaders représentent une importante source d'influence du changement, par leurs capacités à mobiliser leurs collaborateurs autour des initiatives de transformation organisationnelle.

Des auteurs se sont récemment questionnés sur la mesure dans laquelle le leadership dans les organisations de santé en changement peut être étudié selon cette seule perspective individuelle (Buchanan, et al. 2007; Denis, Langlely et al. 2010). Le secteur de la santé est un domaine caractérisé par sa complexité et son pluralisme d'acteurs. Les organisations de santé, et notamment les nouvelles organisations GMF, sont des lieux de travail qui font collaborer une multitude d'acteurs appartenant à des milieux de pratiques différents et dont les valeurs et les intérêts sont parfois divergents (Mintzberg 1997). Ces organisations font également l'objet de pressions externes du fait de leur soumission à des exigences de la part des organismes de réglementation et de financement (gouvernementaux) (Chreim, Williams et al. 2010). De par leur complexité et leur pluralisme, elles représentent donc des milieux dans lesquels le leadership ne peut être étudié uniquement selon une seule perspective individuelle, qui ne permet d'étudier qu'une facette du leadership et qui occulte parfois toute la complexité des dynamiques de changement organisationnel. Un certain nombre d'auteurs ont adressé des critiques au dualisme leaders-collaborateurs mis de l'avant dans les approches classiques du leadership (Buchanan et al 2007; Denis et al 2001; Chreim, Williams et al. 2010; Gronn 2002; Longo 2007 ; Francesco 2007). Pour Gronn (2002), dans les contextes de

changement dans les organisations de santé, il est nécessaire d'étudier le leadership non pas seulement comme l'exercice de l'influence d'un seul leader mais comme l'influence qui s'exerce à la fois de façon verticale et horizontale au sein de l'ensemble des acteurs impliqués dans le changement. Ainsi, une perspective distribuée et collective du leadership apparaît complémentaire d'une approche individuelle, pour étudier le changement dans de nouvelles organisations de santé comme les GMF. En effet, la création et l'implantation des GMF sont une entreprise à la fois collective, faisant intervenir une multitude d'acteurs internes et externes aux GMF et plus individuelle, à travers l'implication déterminante de médecins leaders dans la transformation du modèle d'organisation de la médecine familiale. Alors que les approches classiques offrent une vision davantage individuelle du leadership focalisée sur les caractéristiques des leaders, elles s'intéressent moins à la nature processuelle du leadership dans le changement. Ainsi, un certain nombre d'auteurs appellent à une étude processuelle du leadership, qui permet de mieux observer les rôles et actions des acteurs dans le processus de changement organisationnel (Denis et al 2001; Denis et al 2010; Denis, Langley et al. 2010; Uhl-Bien 2006). Selon ces auteurs, cette perspective offre une vision plus complexe et plus réaliste du leadership, car en s'intéressant aux dynamiques et processus du leadership, elle rend compte des mécanismes d'influence qui permettent de construire le changement. Alors que l'étude des compétences des leaders paraît particulièrement importante dans des contextes de changement, les approches classiques peinent parfois à relier ces capacités aux actions et rôles menés par ces mêmes acteurs du changement (Higgs et Rowland 2005). Ainsi une approche tournée vers les dynamiques ou processus d'influence permet de rattacher ces capacités\compétences aux activités développées pour

le changement. Elle permet également de mieux prendre en compte l'ensemble du contexte dans lequel le leadership émerge et évolue (Gilmartin et D'Aunno 2007).

Jusqu'à présent, les approches tournées vers une perspective collective et processuelle du leadership ont été peu utilisées dans la recherche sur le changement dans le domaine des services de santé primaires (Longo 2007; Francesco 2007). Plus spécifiquement, les GMF sont des organisations nouvelles pour lesquelles nous avons peu d'informations sur la façon dont le leadership s'est exercé et a évolué dans le temps pour mettre en place le changement poursuivi par la politique GMF. Quelques études ont été réalisées sur l'implantation de la première vague des GMF (Beaulieu et al. 2005; Breton et al. 2011; MSSS 2008), cependant elles renseignent peu sur l'influence du rôle et des actions des acteurs pour la création et l'implantation des GMF. En tant qu'organisations innovantes, les GMF représentent un objet de recherche particulièrement intéressant pour l'analyse du renouvellement des services de santé primaires du point de vue du leadership exercé.

Afin d'étudier le processus par lequel les différents acteurs impliqués dans la création des GMF ont eu de l'influence sur le renouvellement des services de santé primaires, une perspective processuelle du leadership est adoptée. L'analyse de l'exercice du leadership combine à la fois une vision collective et individuelle, car ces deux approches apparaissent complémentaires. Le premier objectif de la présente étude est de décrire les rôles et actions des acteurs clés impliqués dans la création des GMF dans les différentes phases du processus de réorganisation. Le deuxième objectif consiste à décrire les compétences ou capacités des acteurs associées aux différentes actions ou activités mises en œuvre pour renouveler la pratique de médecine familiale. Enfin, afin d'approfondir la

compréhension du processus d'influence des acteurs, le troisième objectif vise à porter une attention particulière sur les éléments du contexte d'implantation des GMF qui facilitent ou au contraire, nuisent au leadership exercé en faveur de la réorganisation des soins primaires. Une étude de cas a été adoptée, elle est basée sur des méthodes qualitatives, car elle est à même de mettre en évidence les éléments du contexte (Miles et Huberman 1994), influant sur la façon dont le leadership s'exerce et évolue tout au long du processus de changement.

Chapitre 2-État des connaissances

Dans une première partie de ce chapitre, un rappel du contexte d'implantation des GMF sera effectué. Ensuite, il s'agira d'identifier les grandes approches utilisées pour étudier le leadership dans des contextes de changement organisationnel. Enfin, dans les deux dernières sections, les rôles et les actions des acteurs de l'implantation des GMF ainsi que les facteurs contextuels influençant le changement seront mis en évidence, à travers les connaissances existantes.

2.1 Les GMF : innovations organisationnelles pour le renouvellement des services de santé primaires au Québec

Depuis le début des années 2000, une attention grandissante est portée à la réorganisation des soins de première ligne à travers l'ensemble du Canada. Cette prise de conscience politique et sociétale fait écho à la situation de relative inertie politique, de manque d'efforts et d'investissements concernant le renouveau des soins de santé primaires qui a caractérisé la période des années 1990 (Hutchison, Levesque et al. 2011). L'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population et la nécessaire maîtrise des dépenses de santé, ont conduit à l'impératif de performance des systèmes de santé qui dépend largement de l'organisation des services de santé primaires, représentant le point d'entrée du système de santé (Pomey et al 2009). La période des années 2000 est marquée par l'émergence de plusieurs rapports fédéraux, soulignant la responsabilité des gouvernements à intervenir dans la réorganisation des services de soins primaires afin d'améliorer notamment l'accès, la coordination, l'intégration et la qualité des soins. Le

rapport de la Commission Romanow (Romanow 2002) et celui de la Commission Kirby (Senate Standing Commission on Social Affairs, Science and Technology 2002) représentent un appel aussi bien au gouvernement fédéral qu'aux gouvernements provinciaux à l'action politique en faveur du renouvellement de la première ligne (Hutchison 2008). Ces divers rapports donnent lieu au «First Minister's Accord on Health Care Renewal» qui consacre une vision, des principes et des priorités d'action concernant notamment le renouvellement des services de santé primaires. Plus particulièrement, cet accord prévoit un fond fédéral durable en matière de financement des soins de santé primaires accordé aux provinces et représente un engagement des ministres provinciaux à investir davantage dans ce domaine de soins jugé prioritaire (Gouvernement du Canada 2003).

À travers le Canada, des initiatives provinciales sont donc prises en faveur de l'amélioration des soins de première ligne, dès le début des années 2000. De nouveaux modèles d'organisation ont émergé dans plusieurs provinces du Canada. Ces innovations tentent principalement d'intégrer les éléments jugés nécessaires à la réforme de la première ligne : des équipes multidisciplinaires, l'inscription des patients auprès d'un médecin de famille, une accessibilité accrue et une mixité des modes de paiement des médecins de famille (Breton et al. 2011; Hutchison et al. 2011; MSSS 2008).

Au Québec, la commission Clair (2000) propose un nouveau mode d'organisation des soins de première ligne afin d'améliorer l'accès aux médecins de famille et fournir des soins plus continus et intégrés (SECOR, 2000). Après la réforme entreprise dans les années 1970, basée sur la création des CLSC, qui n'a pas permis de répondre

efficacement aux défis d'accessibilité et d'intégration des soins de première ligne, le ministère annonce en 2001, sa volonté de développer et d'implanter les groupes de médecine de famille (GMF) au Québec. Les GMF représentent un regroupement volontaire de plusieurs médecins de famille (environ 10 équivalent temps plein), travaillant en étroite collaboration avec des infirmières et offrant une gamme étendue de services aux patients qui s'y inscrivent volontairement et dont les médecins ont une responsabilité partagée de la clientèle. Les objectifs affichés des GMF sont d'accroître l'accessibilité de la population à un médecin de famille par l'extension des heures d'ouverture notamment les fins de semaine et les jours fériés, de rendre plus disponibles les médecins par le biais du travail de groupe et de la collaboration interprofessionnelle (avec les infirmières) et enfin d'améliorer la gestion, la continuité des soins et le suivi des patients par l'intermédiaire d'ententes entre les GMF et les CSSS (Breton et al 2011; MSSS 2008). Les cliniques médicales désirant se constituer en GMF se sont ainsi engagées à répondre à ces exigences, en échange d'aides financières destinées à l'embauche de personnel administratif et à la location d'espace de travail. En plus de cela, des incitatifs financiers sont octroyés aux médecins (forfait à la capitation pour l'enregistrement de la clientèle et forfait pour les activités administratives du médecin responsable). Après la conception du modèle GMF et la définition des orientations et des outils nécessaires à l'accréditation de ces nouvelles organisations, une première vague de GMF a été accréditée entre 2002 et 2003. D'autres GMF se sont constitués progressivement et en février 2012 on comptait 232 GMF accrédités sur l'ensemble du Québec (MSSS, 2012).

Les GMF, en tant qu'innovations organisationnelles, nous poussent donc à nous questionner sur la façon par laquelle le changement s'est opéré dans le but de répondre aux défis de transformation des organisations de santé de première ligne en termes d'accessibilité, de collaboration interprofessionnelle, d'intégration et de qualité de soins. Ces nouvelles organisations poussent plus spécifiquement à nous interroger sur le processus par lequel les acteurs impliqués dans la création des GMF ont influencé le changement. L'influence des acteurs (ou leadership), dont le concept sera détaillé dans la prochaine section, est en effet un des éléments clés dans le processus de changement organisationnel.

2.2 Le leadership dans un contexte de changement organisationnel

2.2.1 Le leadership : un concept intimement lié au changement organisationnel

La notion de leadership est intimement liée au changement. En effet, le changement organisationnel est rattaché aux relations d'influence exercées entre l'ensemble des membres d'une organisation afin de modifier les activités et les pratiques organisationnelles (Ken 1998). Ainsi, il est reconnu que le leadership joue un grand rôle dans le processus de changement organisationnel. Parce que le changement requiert la définition et la mise en place d'un nouveau système d'organisation et de nouvelles pratiques, il dépend donc beaucoup de la façon dont les relations d'influence s'opèrent (Enseinback et al. 1999). Ainsi pour beaucoup de théoriciens du changement, le leadership est vu comme une variable affectant le processus de changement organisationnel (Armenakis 1999; Brown et Eisenhardt 1997; Eisenbach et al. 1999; Higgs et Rowland 2005). Alors que l'importance du leadership dans le processus de

changement fait consensus, une vaste littérature portant sur le leadership dans des contextes de changement s'est développée. Il existe deux grandes approches du leadership. Une approche individuelle du leadership s'intéresse aux domaines de compétences des leaders nécessaires pour garantir le succès et l'efficacité du changement. On pense aux approches relationnelles individualistes ou centrées sur les leaders (théorie LMX, leadership transactionnel, leadership transformationnel, approches situationnelles, et approches charismatiques). Il s'agit d'approches individuelles, qui identifient les types de comportements des leaders garantissant le succès des initiatives de changement. Complémentaire des approches individuelles du leadership, une nouvelle approche collective du leadership s'est développée relativement récemment. Elle se questionne sur les processus d'influence collective qui se manifestent durant la mise en place du changement organisationnel. Le leadership n'est donc plus une question de dominance personnelle ou d'influence interpersonnelle mais se caractérise par un processus d'interactions (ou de dialogue) dans lequel tous les membres de l'organisation sont engagés pour construire le changement. Cette approche s'inscrit dans une démarche davantage contextualisée puisqu'il s'agit d'analyser l'influence des rôles et actions des acteurs du changement mais aussi celle du contexte sur la construction du changement organisationnel.

Dans les deux prochaines sections sont présentées les deux grandes approches du leadership en lien avec le changement organisationnel : les approches centrées sur les caractéristiques des leaders garantissant le succès du changement et les approches centrées sur les processus de leadership (ou d'influence) qui se manifestent pour la

structuration du changement organisationnel. Cette revue de la littérature se termine enfin par une section dédiée aux approches utilisées en santé pour étudier le leadership.

2.2.2 Les approches classiques du leadership : une perspective individuelle du leadership

Les approches classiques du leadership, populaires des années 1940 jusqu'aux années 1990, s'intéressent aux caractéristiques des leaders nécessaires afin de mener un changement organisationnel efficace. Elles se focalisent sur les attitudes, les comportements, les qualités et compétences mobilisés par les leaders dans leur relation avec leurs employés ou collaborateurs (Uhl-Bien 2006). Dans ces approches, l'étude du leadership implique l'analyse des relations interpersonnelles dans lesquelles les leaders et leurs collaborateurs sont engagés. Ces interactions sont observées en tant que relation d'influence dans laquelle les leaders, par leurs attitudes et comportements, s'efforcent d'aligner les comportements de leurs collaborateurs à l'atteinte des buts communs de l'organisation (Armenakis et Bedeian 1999; Brown et Eisenhardt 1997 ; Eisenback, Watson et al 1999; Higgs et Rowland 2005). Dans les diverses approches classiques et individuelles du leadership, deux grandes sources d'influence sont envisagées. L'influence personnelle basée sur le charisme correspond à la définition des approches charismatiques du leadership, comme la théorie wébérienne ou encore la théorie transformationnelle (Conger et Kunungo 1987). L'influence basée sur le pouvoir lié à la position hiérarchique est envisagée quant à elle dans les approches transactionnelles ou encore dans les approches situationnelles.

Dans le cadre de la théorie wébérienne sur l'autorité charismatique, l'influence n'est pas considérée comme simple synonyme de pouvoir, mais comme l'habileté d'un individu à générer de l'influence auprès d'un groupe d'individus. L'autorité ou l'influence qui découle de ce pouvoir personnel n'est donc pas liée à la position hiérarchique ou de pouvoir mais à la légitimité reconnue et instituée au sein du groupe (Conger et Kanungo 1987). Un certain nombre d'auteurs ont, suite aux travaux de Weber, identifié les dimensions ou qualités associées au leadership charismatique. Une première dimension correspond à la vision transcendante ou idéologique que véhicule le leader auprès de ses collaborateurs. Une autre caractéristique du leader charismatique est son habileté à inspirer et construire un climat de confiance autour de lui. Les habiletés rhétoriques et l'expression d'idéaux révolutionnaires ou innovants constituent d'autres dimensions mises en évidence dans le cadre des approches charismatiques du leadership (Blau 1963; Dow 1969; Friedrich 1961; Marcus 1961).

En lien avec les approches charismatiques, les approches relationnelles centrées sur les leaders dont la théorie LMX (Leader-Member Exchange) fait partie, s'intéressent plus spécifiquement au leadership qui se manifeste lorsque les leaders et leurs collaborateurs sont capables de développer des relations de qualité qui se traduisent par de l'influence (Katz and Kahn 1978). Cette théorie décrit comment des relations d'influence se développent au sein d'une dyade de partenaires/collaborateurs (interaction entre les leaders et les subordonnées) afin de générer une base d'influence (Graen et Uhl-Bien 1995). Elle permet également de voir comment ces interactions interpersonnelles d'influence permettent l'atteinte des buts organisationnels ou assurent le succès du changement organisationnel (Gerstner et Day 1997).

En lien avec les approches charismatiques et relationnelles du leadership, les travaux développés par Bass (Bass 1990; 1999) font état de deux styles de leadership reliés à la performance ou au succès des initiatives de changement organisationnel, qui se manifestent dans les relations, interactions entre les leaders et les collaborateurs. Les deux styles de leadership font référence à des agrégats de compétences ou capacités dont les leaders disposent afin de mettre en œuvre le changement au sein d'une organisation. A travers ses travaux, il examine comment ces deux styles de leadership, considérés comme complémentaires, permettent et assurent l'engagement et l'implication des collaborateurs afin d'atteindre les buts fixés par l'organisation (le changement par exemple). Le leadership transactionnel se manifeste dans le cadre de la relation hiérarchique (de pouvoir légitime coercitif ou de supervision) qui caractérise la relation superviseur/leader-collaborateurs. L'employeur et l'employé/collaborateur sont engagés dans une transaction. Le superviseur explique à l'employé ce qu'il attend de lui, en termes d'activités, de tâches, de performance et de résultats. En contrepartie, l'employé reçoit de la part du leader-superviseur la reconnaissance du travail accompli, si son travail correspond aux attentes et exigences définies par ce dernier. A l'inverse, une sanction peut lui être infligée si son travail ne répond pas à ce qui lui est demandé. C'est donc la récompense du travail fourni ou à l'inverse l'évitement de la sanction qui motive l'employé à s'engager et fournir des efforts dans son travail. Par cette transaction, l'atteinte des buts de l'organisation (dans le cadre du changement) est donc rendue possible par l'atteinte des intérêts individuels de chacun des employés (intérêt=reconnaissance de leur travail).

Le deuxième style ou approche de leadership, qui a fait l'objet d'un grand nombre de travaux particulièrement dans le contexte de changement organisationnel, est caractérisé de transformationnel. Il s'agit d'une théorie développée par Burns (1978), appliquée d'abord dans le contexte politique, puis reprise par Bass (1985) qui transpose cette théorie au contexte organisationnel. Le leadership transformationnel s'applique particulièrement bien aux situations de changement et de transformation d'une organisation, cette théorie du leadership a d'ailleurs été fortement marquée par la littérature sur le changement organisationnel (Enseinback 1999). En effet, la littérature sur le leadership véhicule l'idée que le leadership transformationnel s'applique mieux aux situations de changements importants (situations non routinières, caractérisées par une restructuration ou une adaptation) (Bass 1990; Beer et Nohria 2000; Nadler et Tushman 1999; Pawar et Eatsman 1997). D'après la définition de Bass (1985), le leadership transformationnel caractérise le processus par lequel le ou les leaders convainquent et motivent leurs collaborateurs à accepter et à s'impliquer dans le changement, en élaborant une vision commune du changement (c'est-à-dire partagée par tous) afin d'assurer la transmission des intérêts du groupe au détriment des intérêts individuels. Un cadre conceptuel du leadership proposé par Bass (1985) et repris dans de nombreuses études, repose sur quatre caractéristiques clés du leader en lien avec le changement organisationnel.

La première caractéristique du cadre de Bass (1985) correspond à l'influence idéalisée du leader ou son charisme, c'est-à-dire sa capacité à transmettre à ses collaborateurs une vision et le sens de la mission (ou buts) collective par le respect et la confiance qu'il leur inspire. La deuxième caractéristique correspond au pouvoir d'inspiration et de

motivation du leader, lorsqu'il est en mesure de motiver ses collaborateurs à fournir davantage d'efforts, en communiquant des attentes de manière simple et compréhensible. Une troisième caractéristique du leader transformationnel est reliée à la considération qu'il accorde à ses collaborateurs. Par sa prise en compte des besoins de ses coéquipiers, il leur accorde de l'attention, de l'écoute, et leur fournit de l'aide et des conseils de manière individualisée. Enfin, la dernière caractéristique du leader est reliée à sa capacité de stimuler intellectuellement ses collaborateurs, en leur montrant de nouvelles façons de faire, de relativiser et de résoudre des problèmes de manière rationnelle (Bass 1990).

Au-delà des simples caractéristiques du leader transformationnel, d'autres auteurs ont tenté de relier les compétences et qualités du leader transformationnel aux différentes phases du processus de changement organisationnel. Tichy et Devanna (1990) ont ainsi mis en évidence trois grandes étapes ou phases qui caractérisent le leadership transformationnel. L'identification et la reconnaissance du besoin de changement impliquent de la part du leader une communication intensive avec ses collaborateurs pour leur faire comprendre pourquoi les pratiques et les comportements doivent changer (Fiol et al, 1999; Tichy et Devanna 1990). Puisque la résistance au changement est pour une part attribuable aux réactions de crainte et d'incertitude engendrées par le changement (Goleman 1998), le leader doit jouer, lors de cette première phase, de ses compétences interpersonnelles afin de comprendre, réguler et apaiser les réactions de ses collaborateurs par la communication des idées et des raisons présentes derrière le changement (Tichy and Devanna 1990). La deuxième phase correspond à l'élaboration d'une vision stratégique et motivante, qui pousse le leader à fixer et communiquer les buts et missions de l'organisation en changement en accord avec les intérêts et valeurs de

l'ensemble des collaborateurs. Selon Ford and Ford (1994), cette nouvelle vision doit être attirante et source de motivation plutôt que de générer un mécontentement vis-à-vis du statu quo.

Ces deux premières phases du processus de leadership transformationnel impliquent pour le leader un rôle stratégique (Potter et Hooper 2005). Le leadership stratégique correspond à la capacité du leader à relier la vision du changement qu'il véhicule à l'environnement organisationnel (Denis et al. dans Ferlie, Lynn JR., Pollitt 2005), que ce soit pour faire reconnaître la nécessité de changer ou pour élaborer une vision renouvelée de l'organisation qui réussisse à motiver et impliquer les acteurs dans le changement poursuivi (Potter et Hooper 2005). La troisième phase de cette approche du leadership correspond à la mise en place du changement, qui mobilise pour le leader sa capacité à stimuler les collaborateurs afin de les aider à repenser leur pratique, mais aussi de la considération pour eux qui se traduit par une aide et des conseils quant à la façon de conduire le changement (Bass 1985).

Pour Bass (1999), les deux styles de leadership (transactionnel et transformationnel) sont complémentaires en situation de changement organisationnel. Des études empiriques supportent cette même idée, selon laquelle le leadership transformationnel ajoute un impact sur la réussite du changement (Waldam, Bass, Yammarino dans Clark et Clark 1990). Ainsi, un leader efficace est considéré à la fois comme transactionnel et transformationnel. La mobilisation de l'un ou l'autre style de leadership ou les deux à la fois est vue comme importante dans toutes les phases du processus de changement (Armenakis et Bedeian 1999; Kanter et Stein 1992; Battilana 2010). L'exercice d'un leadership transformationnel, davantage tourné vers la communication, correspond aux

phases plus stratégiques d'identification du besoin de changement et d'élaboration d'une nouvelle vision ou pratique. En revanche, les deux styles de leadership sont importants pour mettre en place le changement, lorsqu'il s'agit à la fois de définir, mettre en place et contrôler les activités et d'obtenir la coopération des acteurs vis-à-vis du changement de pratique (Battilana 2010).

Dans le but de mieux comprendre l'impact des différents comportements des leaders sur le changement, les approches situationnelles ou contingentes ont davantage permis de prendre en compte le contexte dans lequel se trouve l'organisation en changement. Sous ces approches, on retrouve un large éventail de théories qui cherchent à expliquer pourquoi certains types de leadership peuvent s'avérer efficaces dans certaines situations et non dans d'autres. Le plus souvent, les modèles théoriques cherchent à tenir compte des caractéristiques personnelles du leader, de celles des subordonnées et du type de situation, défini entre autres par la nature du travail, la structure organisationnelle et les contraintes de l'environnement (Fiedler 1967; Bryman 1996). Par exemple, les travaux de Fiedler (1967) ont identifié deux types de leadership efficaces : un leadership orienté vers les relations interpersonnelles et un leadership orienté vers les procédures ou activités liées au changement. Ces deux types de leadership sont vus comme potentiellement efficaces s'ils sont adaptés aux contextes ou situations organisationnelles.

Les approches individuelles sont très pertinentes pour identifier les capacités mobilisées par les leaders pour construire et mettre en œuvre le changement dans une organisation. Au-delà même des simples caractéristiques des leaders, les approches individuelles, on pense notamment aux approches transformationnelles et situationnelles, offrent un cadre

d'analyse intéressant pour identifier les qualités de leadership associées à différents contextes et phases de changement organisationnel. L'approche collective du leadership, paraît très complémentaire de l'approche classique (individuelle), en s'intéressant non pas uniquement au leader comme seule source d'influence mais à l'implication et à l'influence de l'ensemble des membres d'une organisation pour la construction du changement. Pour un certain nombre d'auteurs, cette nouvelle approche permet de dépasser la vision individuelle du leadership qui envisage ce dernier comme une relation d'influence unidirectionnelle (leader-collaborateurs) (Uhl-Bien 2006; Gronn 2002), pour s'intéresser aux relations d'influence mutuelle de tous les membres d'une organisation (Fulop et Day 2010; Iles et Preece 2006; Ken 1998 ; Uhl-Bien 2006; Yukl 1999). En s'intéressant au leadership du point de vue des processus sociaux d'influence, l'approche collective se focalise davantage sur le contexte dans lequel ces processus collectifs se structurent.

2.2.3 Les nouvelles approches du leadership : une perspective basée sur les processus et l'influence collective et partagée

Dans une perspective complémentaire de l'approche individuelle du leadership, une nouvelle approche dite « réaliste » s'est développée récemment au sein de la littérature sur le leadership dans le changement organisationnel (Hunt 1991; Lock 1991; Yukl 1994; Parry 1998; Denis et al. 2001; Uhl-Bien 2006, Denis et al. 2010). Les critiques sont adressées au dualisme leader-suiveurs (ou employés), envisagé dans les approches classiques du leadership. Les tenants d'une approche « réaliste », ne voient pas dans le leadership un phénomène d'autorité hiérarchique ou d'autorité charismatique, mais plutôt

une combinaison de l'influence horizontale et verticale qui prévaut dans de nombreux contextes organisationnels (Gronn 2002; Alexander et al. 2001). Selon cette approche, le leadership qui se manifeste dans le cadre du changement, est vu comme un processus d'influence qui structure la nouvelle organisation et non comme un résultat des actions individuelles des leaders (Uhl-Bien 2006). Ainsi, selon Uhl-Bien (2006), il s'agit d'une approche qui considère le leadership comme un processus d'organisation ou de structuration du changement. À l'inverse des approches individuelles, le leadership est observé sous l'angle collectif plutôt qu'individuel; il s'agit alors d'étudier les processus sociaux ou collectifs qui influencent la façon dont est mis en œuvre le changement (Hunt 1991; Lock, Kirkpatrick 1991; Yukl 1994). La position de dominance hiérarchique ou l'autorité charismatique d'un individu leader n'est plus vue comme la seule source d'influence, mais c'est l'effort et l'implication de tous les acteurs du changement qui sont étudiés. C'est pourquoi ces approches modernes sont souvent qualifiées d'approches de leadership partagé ou distribué. Le leadership partagé peut être défini comme les processus d'interactions entre les membres d'une organisation, par lesquels les tâches et les responsabilités sont distribuées au sein de l'organisation toute entière, à la fois de manière horizontale, c'est-à-dire entre les membres d'une même hiérarchie, et verticale, c'est-à-dire à travers la hiérarchie (Fletcher 2004; Denis 2012).

Pour Parry (1998), la raison d'étudier le leadership du point de vue du processus est qu'il se caractérise par sa nature progressive, durable et continue et non statique. Pour ces auteurs, les processus sociaux d'influence sont indissociables du contexte dans lequel ils se manifestent et dans lequel l'organisation évolue (social, historique, culturel, financière, etc.) (Ken W 1998; Uhl-Bien 2006). En effet, le contexte influence le processus de

décision ou d'influence (leadership), en orientant les relations et interactions entre les acteurs du changement (Uhl-Bien 2006). C'est pourquoi, l'approche du leadership partagé considère que l'analyse du leadership doit passer par la prise en compte du contexte. C'est une approche réaliste, qui prend en compte toute la complexité du leadership dans le changement. Soucieux de capturer la complexité de la dynamique ou processus de leadership, plusieurs auteurs ont appelé à une utilisation plus importante des méthodes de recherche qualitative (Avolio et Bass 1995; Bryman 1992; Yukl 1994). Pour eux, ces méthodes permettent de mieux analyser le leadership sous l'angle du processus et facilitent une étude approfondie du contexte.

Dans la lignée de ces nouvelles approches, certains auteurs ont appelé à s'intéresser plus particulièrement aux pratiques dans l'étude du leadership (Alvesson et Sveningsson 2003a; 2003b; Carroll et Lester 2008; Knights et Willmott 1992). Cette perspective du leadership ancrée dans les pratiques, s'attache aux actions et activités des acteurs qui permettent de comprendre le processus (le comment) par lequel les individus participent à la structuration du changement organisationnel. Pourtant, peu d'études empiriques ont jusqu'à présent adopté une approche du leadership basée sur les pratiques, en termes d'actions ou d'activités (Denis, Langley et al. 2010).

2.2.4 Leadership dans le contexte de changement des organisations de santé : complémentarité des approches collectives et individuelles du leadership

Dans le domaine de la santé, des questions ont été soulevées relativement récemment sur la façon dont le leadership se forme et se manifeste dans les organisations de santé en changement (Buchanan et al. 2007; Denis et Langley 2001). Alors que beaucoup d'études

ont été réalisées dans d'autres secteurs, notamment privés, et sur le changement dans les organisations de première ligne, ces études examinent peu la question de la manifestation du leadership en faveur de la mise en place du changement (Francesco 2007). Le secteur de la santé présente des caractéristiques particulières et il semble évident que les dynamiques de leadership peuvent représenter des caractéristiques spécifiques, non partagées avec d'autres organisations. Les organisations de santé constituent un lieu pluraliste dans lequel coexistent des groupes de pratiques différents, qui possèdent différents intérêts, valeurs et expertises entrant souvent en concurrence (Mintzberg, 1997). De plus, ces organisations font face à une pression externe (gouvernement, ministère de la santé) plus forte que celle subie par d'autres types d'organisation (Gilmartin et D'Aunno 2007). Ces caractéristiques spécifiques se retrouvent particulièrement dans les nouvelles organisations que sont les GMF, au sein desquels des professionnels de pratiques différentes sont amenés à collaborer, et qui subissent un encadrement spécifique et renforcé de leur fonctionnement (activités et pratiques encadrées par le gouvernement).

Malgré l'évidence qu'une pratique collaborative en santé amène de meilleurs résultats, la recherche indique que l'intégration des pratiques de professionnels de milieux différents est un processus difficile (Ferlie et al. 2005). Néanmoins, des études mettent en évidence que le changement par l'intégration de pratiques multiples est possible et peut arriver à dépasser les frontières culturelles et de valeurs qui séparent les différents domaines professionnels en santé (Denis, Lamothe, Langley, et Valette 1999). Pour certains auteurs, ce changement est possible s'il est étroitement associé à une forme collective et distribuée de leadership (Denis, Lamothe, Langley 2001); (Denis, Langley et al. 2010)

(Buchanan, Addicott, Fitzgerald, Ferlie et al. 2007). En effet, une approche collective et distribuée paraît particulièrement appropriée pour étudier le leadership dans le contexte de la création et implantation des GMF. Ces nouvelles organisations regroupent des professionnels dont la volonté de s'associer émane d'une décision collective plutôt qu'individuelle. En outre, il s'agit d'organisations faiblement hiérarchisées et centralisées, caractérisées par des relations de pairs entre les médecins associés, bien qu'un médecin occupe une fonction de responsable. Néanmoins, il semble aussi que le leadership puisse s'exercer de manière plus individuelle par des médecins leaders (médecins responsables) dont l'implication est déterminante pour la transformation du modèle de pratique de la médecine familiale. Ainsi, une approche individuelle du leadership paraît également pertinente dans la mesure où elle permet d'analyser le leadership exercé par des leaders médicaux influents. Au-delà de l'influence des médecins, il semble que d'autres professionnels aussi bien internes (infirmières, gestionnaires) qu'externes (CSSS, DRMG, Gouvernement) puissent jouer un rôle dans le changement opéré à travers la constitution des GMF. Pour ces raisons, les perspectives individuelles et collectives du leadership apparaissent complémentaires pour analyser comment le leadership se manifeste et s'exerce par des leaders médicaux et plus globalement à travers les relations engagées entre tous les acteurs impliqués dans la mise en place des GMF. En outre, une perspective processuelle plutôt que statique du leadership, est vue comme particulièrement appropriée dans le contexte de changement des organisations de santé, (Denis, Lamothe, Langley 2001; Buchanan, Addicott, Fitzgerald, Ferlie et al. 2007; Chreim, Williams et al. 2010). Ainsi, plutôt qu'identifier uniquement les caractéristiques des leaders dans la mise en place du changement qui

donnent une perspective statique du leadership, il est intéressant de pouvoir observer comment les rôles et actions des professionnels se sont manifestés et ont évolué au fil de la création des GMF. Cette perspective basée sur le processus rend compte d'une vision plus réaliste de la question du leadership qui s'est manifesté dans la création des GMF. De plus, une approche processuelle est à même d'analyser de façon plus approfondie le contexte, qui peut orienter la façon dont le leadership s'exerce dans le cadre de la mise en place des GMF. En effet, des éléments du contexte organisationnel et plus largement reliés à l'environnement dans lequel évoluent les GMF peuvent faciliter ou nuire à ce processus de leadership. On peut penser par exemple aux ressources humaines, financières et matérielles accordées aux GMF, au cadre législatif et réglementaire entourant la création des GMF ou encore aux facteurs reliés à la culture et aux valeurs des différents professionnels travaillant au sein des GMF. Parce que l'analyse du leadership sous l'angle des processus nécessite une étude en profondeur du contexte, les méthodes de recherche qualitatives sont appropriées. Ainsi, elles permettent de prendre en compte davantage le contexte mais aussi d'observer de manière plus approfondie la dynamique du leadership.

2.2.5 Manque de connaissances sur l'expression du leadership dans le contexte de transformation des organisations de santé de première ligne

2.2.5.1 Rôles et actions des acteurs dans l'exercice du leadership

Peu d'études ont examiné les activités mises en place par les acteurs impliqués dans l'implantation des GMF. Quelques études ont été réalisées afin d'évaluer l'implantation des GMF mais elles renseignent peu sur la façon dont le leadership est exercé et évolue

au fil du temps. Néanmoins, ces études ont permis d'identifier les activités et les rôles principaux mis en œuvre afin d'implanter les GMF (Beaulieu 2006 ; Breton et al. 20011; MSSS 2008). Deux de ces études ont porté sur des données d'entrevues collectées auprès de cinq GMF de première vague, présentant des caractéristiques diversifiées (Beaulieu 2006; MSSS 2008). Le rôle crucial du médecin responsable a été souligné pour les activités de supervision entourant tout le processus de réorganisation de la pratique, en termes d'élaboration des protocoles de soins infirmiers ou encore d'élaboration des contrats d'association avec l'ASSS (Beaulieu 2006). Il joue également un rôle important en communiquant auprès de ses pairs, sa vision idéale de la pratique que représente pour lui, le modèle d'organisation des GMF. Enfin, ces études ont identifié l'implication collective des médecins associés au niveau de la gestion clinique des GMF, en termes de services et de programmes offerts à la clientèle.

2.2.5.2 Facteurs contextuels influençant l'exercice du leadership

Ces études ont permis d'identifier quelques facteurs contextuels affectant l'implantation des GMF. Elles n'ont par contre pas permis d'identifier les facteurs en lien avec l'exercice du leadership, comme il s'agit d'analyser dans le cadre de la présente étude. Parmi ceux-ci, on trouve le manque de soutien de l'ASSS, notamment, pour l'octroi des budgets et l'aide à l'implantation des dossiers médicaux électroniques ou encore concernant l'élaboration des protocoles de soins infirmiers. Des facteurs facilitant l'implantation ont également été identifiés, parmi lesquels on trouve le soutien à l'implantation par les chargés de projet de l'ASSS, qui ont guidé les GMF concernant les étapes et les procédures d'implantation des GMF. Le financement du soutien clérical par l'ASSS, constitue un autre facteur facilitant l'implantation, par l'ajout d'un technicien en

administration, dont le rôle est décrit comme important pour les activités d'inscription de la clientèle (Beaulieu 2006; MSSS 2008).

2.3 Conclusion sur l'état des connaissances

Comme mentionné précédemment, les approches classiques du leadership ne permettent d'aborder qu'une facette du leadership exercé dans le cadre du changement organisationnel. En se centrant spécifiquement sur les caractéristiques d'un leader efficace, ces approches offrent une perspective individuelle du leadership, selon laquelle seuls les individus en position de leaders peuvent influencer le changement au sein d'une organisation, par leur pouvoir hiérarchique ou encore par leur charisme. Dans le contexte du renouvellement des soins primaires et spécifiquement dans le cadre des nouvelles organisations GMF, cette perspective semble ne pas refléter toute la pluralité des acteurs qui exercent du leadership. Les GMF représentent des lieux de pratiques multidisciplinaires faiblement hiérarchisées, dans lesquels le changement s'opère à la fois par un effort collectif coopératif et par les actions individuelles des médecins leaders influents. Certaines approches classiques, représentent un cadre d'analyse intéressant pour relier les capacités des leaders au contexte organisationnel (approches situationnelles) ou encore aux différentes phases de changement (approches transformationnelles). Néanmoins, elles ne permettent pas toujours une analyse en profondeur du contexte. Dans le cadre de la création des GMF, une étude approfondie de tous les éléments du contexte, à la fois organisationnels mais aussi politiques, règlementaires et culturels doit être envisagée. En effet, les éléments du contexte peuvent représenter des facteurs facilitant ou des obstacles au leadership exercé pour le

changement dans le contexte de création et d'implantation des GMF au Québec. Enfin, les approches individuelles, en ne s'intéressent qu'aux comportements des leaders, peinent parfois à rendre compte du processus de leadership du point de vue du rôle et des actions entreprises pour la mise en place du changement.

Les nouvelles approches processuelles et collectives semblent constituer une perspective plus complexe pour analyser le leadership dans le changement. Comme elles poussent à s'intéresser aux dynamiques d'influence qui se manifestent dans le changement, elles permettent de se questionner sur les rôles et actions menés par les acteurs du changement et sur l'ensemble des éléments du contexte qui influencent leurs rôles et actions. Elles offrent également une perspective collective et distribuée du leadership, complémentaire d'une vision individuelle, qui convient particulièrement bien aux nouvelles organisations que sont les GMF dont la création fait intervenir une multitude d'acteurs (médecins, gestionnaires, agence santé, etc.). Enfin par une utilisation plus importante des méthodes qualitatives (que dans les approches classiques), elles mènent à une analyse plus détaillée du processus par lequel les acteurs impliqués mettent en place le changement, en permettant de porter une attention plus grande vis-à-vis du contexte dans lequel s'inscrit le changement organisationnel (caractéristiques organisationnelles, cultures et valeurs, contexte réglementaire et politique, etc.). Ces approches processuelles et collectives du leadership sont relativement récentes et ont jusqu'à présent peu été utilisées pour étudier le leadership dans les organisations de santé en changement, notamment de première ligne. Les GMF sont des organisations innovantes dont la création et l'implantation sous l'angle du leadership n'ont pas encore fait l'objet d'étude approfondie. Quelques études ont brièvement décrit les activités menées par les acteurs dans l'implantation des GMF,

cependant les rôles et les actions n'ont pas été documentés de manière approfondie, au même titre que les facteurs pouvant faciliter ou entraver l'implantation des GMF. En tant qu'organisations nouvelles, les GMF représentent donc un objet de recherche particulièrement intéressant pour l'analyse du renouvellement des services de santé primaires du point de vue de l'exercice du leadership.

Chapitre 3- Objectifs de la recherche et cadre conceptuel

3.1 Objectifs de recherche

Cette recherche vise à mieux comprendre le processus collectif, la dynamique collective, de leadership qui s'est manifesté de la création jusqu'à l'implantation des GMF au Québec. Il s'agit donc d'étudier le processus par lequel les différents acteurs impliqués dans la création des GMF ont exercé de l'influence, ont joué un rôle dans la réorganisation des services de soins primaires, pour construire de nouvelles pratiques, un nouveau mode d'organisation. Plus spécifiquement, cette recherche a pour objectif de décrire les rôles et actions des acteurs clés impliqués dans la création des GMF dans les différentes phases du processus de réorganisation. Elle vise également à décrire les compétences, les capacités des acteurs associées aux différentes actions, activités mises en œuvre pour renouveler la pratique de médecine familiale, l'organisation de services de santé primaires. Afin d'approfondir la compréhension du processus d'influence des acteurs, une attention particulière est portée à l'étude des éléments du contexte des GMF qui facilitent ou au contraire nuisent au leadership exercé en faveur de la réorganisation des soins primaires.

3.2 Cadre conceptuel

Afin de répondre aux objectifs de recherche, un cadre conceptuel a été développé à partir des travaux de deux auteurs, qui ont été évoqués plus haut. Les travaux de Tichy et Devanna (1990) ainsi que de Kotter (1996) présentent différentes phases de leadership pour les organisations en changement, utilisées dans le cadre des approches

transformationnelles. Ces phases de leadership sont appropriées pour l'étude de l'évolution du leadership dans le cadre des GMF. Elles permettent de mettre en évidence l'expression du leadership, de l'idée de la création des GMF jusqu'à leur implantation opérationnelle. La première phase, qui correspond à l'identification et à la reconnaissance du besoin de changement, représente l'étape en amont de la création des GMF. La deuxième fait référence à l'élaboration d'une vision stratégique du changement, elle correspond au leadership exercé durant la phase de création des GMF. Enfin, la troisième correspond à l'opérationnalisation du changement, lorsqu'il s'agit de mettre en place les activités opérationnelles destinées à la restructuration. La mise en place des GMF représente le changement poursuivi et correspond à l'output ou variable dépendante du processus de leadership, puisque ce dernier agit sur la façon dont le changement est mis en œuvre. Le leadership inclut, selon une définition processuelle, les rôles et les actions que les acteurs réalisent afin de mettre en œuvre le changement. Les rôles et actions représentent des variables intermédiaires dans le processus de leadership. Ces variables influencent le leadership et sont elles-mêmes influencées par les phases de changement (les rôles et actions diffèrent dépendamment des phases de transformation de l'organisation) et par des variables contextuelles. En effet, le contexte, à la fois interne et externe, agit sur l'exercice du leadership. Les facteurs contextuels facilitent ou au contraire entravent le processus de leadership. Ces facteurs facilitant et ces barrières peuvent être regroupés selon quatre catégories : des facteurs liés au contexte politique et réglementaire; des facteurs liés aux valeurs professionnelles et aux cultures organisationnelles; des facteurs organisationnels ou encore des facteurs personnels, en lien avec les capacités ou compétences des acteurs. L'environnement politique des

organisations de santé et plus particulièrement celui des GMF, représente une importante source d'influence du changement. En effet, la création puis l'implantation des GMF s'inscrit dans un contexte spécifique dans lequel un ensemble d'acteurs à la fois internes aux GMF et externes (MSSS, ASSS, DRMG, CSSS) se livrent à des jeux de pouvoir pour influencer le changement en fonction de leurs propres visions et intérêts (Mintzberg, 1999). Par ailleurs, le contexte réglementaire encadrant la pratique des GMF, constitue un autre type de facteur qui a une influence sur la façon dont le leadership peut s'exercer pour mettre en œuvre le changement. Les valeurs professionnelles des acteurs ainsi que la culture organisationnelle représentent aussi des facteurs pouvant influencer le leadership pour la création et l'implantation des GMF. Ces derniers représentent un milieu de pratique interprofessionnelle dans lequel les médecins, les infirmières et les gestionnaires qui disposent de valeurs professionnelles différentes, travaillent ensemble. De plus, la rencontre de cultures organisationnelles spécifiques (celles des cliniques privées, des unités de médecine familiale et des CLSC), représente un élément pouvant affecter la manière dont les acteurs exercent leur leadership. Des éléments liés à la structure organisationnelle des GMF tels que la taille, l'affiliation universitaire ou non, l'emplacement géographique, le fonctionnement du groupe ou encore l'offre de services, sont à même d'influer sur la façon dont les décisions sont prises à l'interne pour transformer la pratique. Enfin, des facteurs personnels, reliés aux capacités ou compétences des acteurs, représentent un élément important à prendre en compte afin de décrire le style ou la forme de leadership exercé pour conduire le changement.

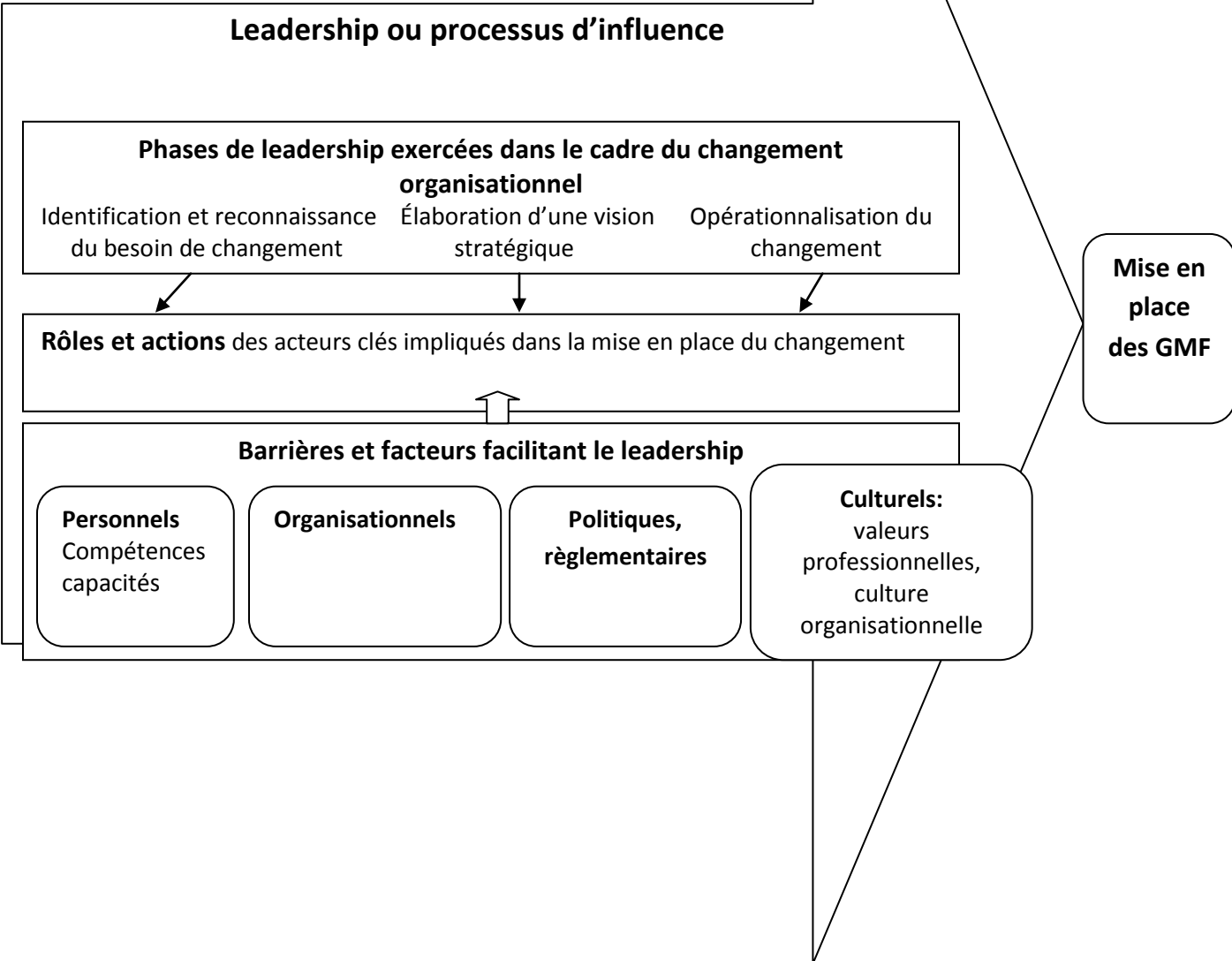
Ces différentes catégories de facteurs sont interreliées puisqu'elles peuvent s'influencer entre elles. Par exemple, les valeurs professionnelles des acteurs, en orientant les jeux de

pouvoir entre les différents acteurs, peuvent avoir une influence sur le contexte politique dans lequel s'inscrit la transformation de la pratique de la médecine familiale. Des facteurs organisationnels, par exemple la taille du GMF, peuvent avoir une incidence sur le style de leadership exercé, c'est-à-dire sur les compétences mobilisées pour conduire le changement.

Figure 1 :

Modèle du processus d'influence ou du leadership exercé dans le contexte de mise en place des GMF

Modèle adapté de Tichy et Devanna (1990)
et Kotter (1996)



Chapitre 4- Méthodologie

4.1 Stratégie et devis de recherche

L'approche retenue pour la réalisation de la recherche est de type synthétique. Cette approche a été choisie car elle permet d'analyser des phénomènes complexes et ainsi d'examiner l'ensemble des relations entre plusieurs variables interreliées (Contandriopoulos et al. 1990). Le leadership dans le contexte de changement organisationnel est en effet un phénomène complexe, caractérisé par un ensemble de variables qui interagissent entre elles, de façon multidirectionnelle. Notre étude porte sur l'expression du leadership dans un contexte de transformation d'une organisation. Il s'agit ainsi d'examiner l'évolution du processus ou dynamique de leadership, selon les différentes phases de leadership envisagées dans le cadre conceptuel. L'approche synthétique est particulièrement appropriée à l'étude du leadership puisqu'elle permet de faire émerger un certain nombre de variables spécifiques au contexte des cas étudiés, qui ne sont pas abordés dans la littérature (Patton 2002). Elle permet notamment de mettre en évidence les rôles et actions des acteurs ainsi que les facteurs contextuels influençant l'exercice du leadership, qui ont été jusqu'à présent peu étudiés de manière approfondie dans la littérature sur les GMF.

Notre stratégie de recherche est l'étude de cas multiples. Elle a été retenue car elle permet une analyse relativement profonde et fine des cas étudiés (trois GMF) (Contandriopoulos et al. 1990). De plus, le fait d'étudier à la fois trois cas permet de rendre compte s'il existe une reproduction des mêmes processus de leadership (à travers les GMF) selon les phases de leadership, ou si au contraire, il existe une variation dans le déroulement ou le processus du leadership (Contandriopoulos et al. 1990). Cette analyse parallèle de

plusieurs cas assure une plus grande confiance quant à la généralisation des résultats de l'étude contrairement à une étude de cas unique. Notre étude de cas multiples comprend un seul niveau d'analyse qui représente l'ensemble des acteurs internes aux GMF (médecins omnipraticiens, infirmières et adjoints administratifs). Cette unité d'analyse nous paraît particulièrement pertinente dans la mesure où les acteurs internes aux GMF sont les personnes les mieux placées pour raconter et véhiculer leur vision du leadership exercé pour mettre en œuvre les nouvelles organisations que sont les GMF.

4.2 Population à l'étude

4.2.1 Population cible

La population cible de notre étude représente l'ensemble des groupes de médecine de famille (GMF) accrédités et implantés au Québec de 2003 à 2012. Les critères d'exclusion sont les GMF étant encore en phase d'implantation, c'est-à-dire les organisations n'ayant pas encore été accréditées par le ministère, les GMF n'ayant pas encore embauché d'infirmières ou encore les GMF n'ayant pas accompli toutes les démarches d'implantation (inscription des patients, informatisation). Ces GMF sont exclus, n'ayant pas réalisé la totalité des activités d'implantation, dans lesquels nous cherchons à analyser l'exercice du leadership.

4.2.2 Échantillon

L'échantillon sélectionné pour représenter la population cible de l'étude est de type non probabiliste et par choix raisonné. Le jugement d'experts dans le secteur des soins de première ligne ayant une grande expertise dans ce milieu, a permis de déterminer des GMF ayant à la fois des caractéristiques communes et des contextes organisationnels

différents, puisqu'il s'agissait d'analyser les régularités du phénomène de leadership tout comme les variations dans les dynamiques de leadership. Les critères de sélection suivants permettent de s'assurer de la diversité des cas choisis: la taille du GMF, l'emplacement des GMF selon des zones urbaines ou rurales, leur affiliation ou non avec un hôpital universitaire et leur formation en partenariat avec un Centre de Santé et de Services Sociaux ou de façon autonome. Les trois GMF suivants ont été choisis pour l'étude :

- Un grand GMF situé en zone urbaine, affilié avec un hôpital universitaire.
- Un GMF de taille moyenne situé en zone urbaine, non affilié à un hôpital universitaire.
- Un petit GMF situé en zone rurale, non affilié à un hôpital universitaire.

4.3 Définition des variables

Le concept étudié dans le cadre de cette recherche est celui du leadership dans un contexte de changement organisationnel. La notion de leadership, définie précédemment, correspond à un processus (par définition, qui varie dans le temps, qui évolue) social d'implication et d'influence des acteurs, qui détermine la façon dont le changement s'opère dans les organisations en transformation (dans ce cas-ci, les GMF). Puisque le leadership est défini ici de manière processuelle, cette notion est examinée en mettant en lumière les actions et les activités que les acteurs réalisent dans les différentes phases de leadership nécessaires à l'implantation de ces nouvelles organisations. Les actions et les rôles des acteurs constituent des variables intermédiaires, puisqu'elles influencent le processus de leadership et sont à la fois influencées par les phases de leadership ainsi que par les facteurs contextuels. Les activités ou rôles mis en œuvre pour le changement

peuvent recouvrir plusieurs dimensions (tel que vu dans la littérature), selon la classification des différents niveaux de leadership exercés. La dimension stratégique du leadership (ou leadership stratégique) se définit comme l'ensemble des activités et des rôles visant à véhiculer, par la communication, une nouvelle vision des missions et des buts d'une organisation en restructuration. La dimension opérationnelle du leadership correspond aux actions et rôles exercés afin de mettre en œuvre le changement de façon efficace et opérationnelle. Le leadership partagé ou collectif se définit comme les processus d'interactions entre les membres d'une organisation, par lesquelles les tâches et les responsabilités sont distribuées au sein de l'organisation toute entière, à la fois de manière horizontale, c'est-à-dire entre les membres d'une même hiérarchie ou d'un même groupe professionnel, et verticale, c'est-à-dire à travers la hiérarchie ou entre les groupes professionnels (Fletcher 2004; Denis 2012).

Les activités et rôles des acteurs sont influencés par un ensemble de variables interreliées. Une des variables à l'étude correspond aux compétences ou aux capacités des acteurs à s'impliquer dans la mise en œuvre du changement et à influencer positivement ou négativement le processus de changement. Cette variable peut comprendre deux grandes dimensions, qui correspondent aux deux styles de leadership principaux envisagés dans la littérature. Le leadership transactionnel est défini comme la relation hiérarchique qui unit le superviseur (leader) et son collaborateur. Plusieurs sous-dimensions, correspondant aux capacités des acteurs, sont associées au style de leadership exercé par le superviseur ou leader : la définition des tâches à accomplir, le contrôle et la vérification du travail effectué et la reconnaissance de l'effort fourni. Le deuxième style de leadership est dit transformationnel. Il correspond au style de leadership par lequel le ou les leaders

convainquent et motivent leurs collaborateurs d'accepter et de s'impliquer dans le changement, en élaborant une vision commune et partagée du changement afin d'assurer la transmission des intérêts du groupe au détriment des intérêts individuels. Pour ce style de leadership, plusieurs sous-dimensions sont examinées : l'influence idéalisée du leader (ou charisme) qui peut être définie comme sa capacité à influencer ses collaborateurs par son charisme; sa capacité d'inspirer et de motiver; sa capacité de considération envers ses collaborateurs à travers son aide et ses conseils individualisées mais aussi à travers sa capacité de déléguer; la stimulation intellectuelle qui correspond à sa capacité de montrer aux collaborateurs comment résoudre les problèmes et de leur enseigner de nouvelles façons de faire; son pouvoir de négociation et de conviction. Le contexte organisationnel est également étudié en tant que variable influençant les rôles et actions des acteurs dans le processus de leadership. Il peut recouvrir plusieurs dimensions : la taille du GMF, sa situation géographique, sa nature (privée ou rattachée à un centre hospitalier universitaire), les services offerts avant la création ainsi que ses liens avec le réseau de la santé avant son implantation. L'environnement politique est également pris en compte comme variable influente, il s'agit du contexte réglementaire lié à la création et implantation des GMG (lois, critères, exigences imposés aux GMF en termes d'horaires d'ouverture, de services offerts, de nombre de patients inscrits, etc). Enfin les facteurs sociaux comme les relations interpersonnelles (au sein des GMF) ainsi que des facteurs culturels comme les cultures et valeurs professionnelles des acteurs ou professionnels sont examinés comme pouvant également influencer le leadership dans les différentes phases d'implantation des GMF.

4.4 Instruments de collecte des données

Les données ont été recueillies principalement par entrevues individuelles semi-dirigées. Afin de mesurer l'ensemble des variables, une grille d'entrevue a été élaborée. La qualité de cet instrument de mesure a été assurée par un test puis une validation en plusieurs étapes avec l'ensemble des chercheurs impliqués dans l'étude, dont certains ont une grande expertise dans le domaine des soins de santé de première ligne. Une première version de la grille d'entrevue a été réalisée, puis testée en entrevue avec un médecin omnipraticien exerçant en GMF et ayant été fortement impliqué dans la création et l'implantation d'un GMF. Par la suite, une modification a été réalisée afin de compléter des dimensions non représentées dans la grille d'entrevue (annexe 1). Des sources documentaires ont été également consultées afin d'examiner en profondeur le contexte organisationnel de chacun des GMF (organigrammes, documents d'organisation interne). Des documents officiels sur le contexte réglementaire auquel sont assujettis les GMF ont également fait l'objet d'une analyse afin de mieux comprendre les activités exigées par le ministère pour l'implantation des GMF.

4.5 Déroulement de la collecte des données

Afin d'identifier les GMF à inclure dans l'étude, deux informateurs disposant d'une grande expertise dans le secteur de la médecine familiale au Québec ont d'abord été contactés. Ces informateurs clés nous ont ensuite orientés vers trois GMF ayant des caractéristiques organisationnelles différentes et dans lesquels ils connaissaient les médecins responsables. Ces derniers ont d'abord été contactés par courriel, puis par téléphone afin de leur donner des détails sur le projet de recherche. Après qu'ils aient

accepté de participer, une première entrevue a été cédulée avec chacun d'eux. Dans chaque GMF, le responsable a ensuite identifié les personnes susceptibles de pouvoir contribuer à l'étude en raison de leur connaissance de la mise en place des GMF. Des entrevues individuelles ont été menées avec chaque personne identifiée. Dans le GMF A, cinq entrevues ont été réalisées. Trois médecins omnipraticiens ont été interviewés dont le médecin responsable du GMF, une des infirmières ainsi que la technicienne en administration. Dans le GMF B, quatre entrevues ont été réalisées avec deux médecins omnipraticiens, dont le médecin responsable du GMF, une des infirmières et la directrice adjointe de la clinique. Enfin, au GMF C, quatre entrevues ont été menées avec deux médecins omnipraticiens dont le responsable du GMF, une des infirmières et le technicien en administration.

Les entrevues ont été menées sur une période de trois mois, du 10 février jusqu'au 15 avril 2012. Les données issues des entrevues ont couvert l'ensemble des variables et des dimensions étudiées, les entrevues ont également permis de laisser suffisamment de liberté aux interviewés dans leur récit, afin de faire émerger de nouveaux thèmes (variables et dimensions) qui n'ont pas été envisagés dans la grille d'entrevue (c'est-à-dire pas présents dans la littérature). Les entrevues ont toutes été réalisées en binôme avec une étudiante au doctorat spécialiste de la question des services de santé de première ligne au Québec. Ce travail en duo a facilité une plus grande rigueur dans la collecte des données, puisque des questions complémentaires ont été soulevées par les deux interviewers lors des entrevues, afin d'approfondir la compréhension des récits exposés et ainsi s'assurer qu'aucun élément de compréhension ne manquait.

Les entrevues ont toutes été enregistrées sur support audionumérique, après avoir obtenu l'accord de chaque participant.

4.6 Analyses

4.6.1 Déroulement et procédures d'analyse des données

L'analyse s'est déroulée sur une période de cinq mois, du 16 février jusqu'au 30 juin 2012. Les entrevues ont été intégralement retranscrites par un professionnel chargé de la transcription. Le contenu des entrevues a ensuite été analysé à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo9. Ce logiciel permet de codifier des segments (unités de sens) d'entrevues; les codes sont ensuite regroupés au sein de nœuds qui correspondent aux dimensions associées à chacune des variables étudiées. Les variables liées au contexte organisationnel de chacun des GMF ont été regroupées selon des attributs qui correspondent aux caractéristiques relatives aux différents cas étudiés.

Une grille d'analyse thématique (ou de codification) a été élaborée préalablement. Cette grille couvre les principaux thèmes issus de la littérature qui correspondent aux différentes variables étudiées présentées plus haut. La grille thématique a été élaborée selon un processus itératif, puisque les thèmes ou codes ont été améliorés, modifiés et raffinés en parallèle de la collecte des données. Une première codification des trois premières entrevues a permis d'ajuster et de raffiner les codes mais également d'ajouter des thèmes émergents qui n'avaient pas été abordés dans la grille initiale ainsi que dans la littérature. Afin de s'assurer de la justesse ou de l'objectivité de la codification, un exercice de contre-codification à partir des trois premières entrevues a été réalisé avec un membre de l'équipe de recherche. Cette étape a permis de s'assurer que les mêmes codes

étaient attribués aux mêmes unités de sens et que chacun possédait la même définition des codes. À la suite de cette étape une grille thématique définitive a été arrêtée, contenant une définition de chacun des codes, afin de s'assurer que la codification était discriminante, constante et standardisée (Van der Maren 1996). Une fois la codification terminée, une étape de condensation des données a été réalisée. Cette étape a consisté à regrouper des codes semblables sous une même catégorie, diviser des codes comportant des distinctions, ou encore rédiger des mémos servant à interpréter les codes ou les catégories identifiées. Le travail d'organisation des données s'est fait tout le long du processus de codage, jusqu'à la rédaction des résultats, elle est donc indissociable du processus d'analyse des données (Miles et Huberman 2003).

Enfin, une dernière étape d'élaboration et de vérification des résultats (Miles et Huberman 2003) a consisté à explorer les questions de recherche en construisant des tableaux d'analyses à l'aide de l'outil « encodage matriciel » sur Nvivo9. Ces tableaux regroupent en colonnes les variables intermédiaires (les actions et rôles des acteurs clés dans la mise en place du changement) et, au sein des rangées, les différentes variables influençant les rôles et actions étudiés (les compétences ou capacités mobilisées, les facteurs organisationnels, les facteurs règlementaires, etc). Ces croisements de variables ont permis de voir quelles compétences étaient associées aux activités exercées, mais aussi quels facteurs (organisationnels, règlementaires, personnels, etc) ont facilité ou entravé le leadership dans l'initiation et l'implantation des nouvelles organisations GMF. La consultation de documents portant sur l'historique et l'organisation interne (organigramme, services offerts, etc) des GMF, a permis de compléter les données obtenues à la suite des entrevues. Un guide d'implantation GMF fourni par l'ASSS aux

GMF, a également pu être consulté afin d'identifier les différentes activités réglementaires devant être mises en place pour l'implantation de ces nouvelles organisations.

4.6.2 Critères de rigueur

Cette section passe en revue les critères de rigueur d'une recherche qualitative proposés par Lincoln et Guba (1985) et identifie les stratégies de recherche mises en œuvre afin d'y répondre.

4.6.2.1 Crédibilité

Les données qui ont été recueillies dans le cadre de cette recherche proviennent de sources (informateurs) différents (médecins omnipraticiens, infirmières et gestionnaires). Cette diversification des informateurs permet de s'assurer que la recherche prend en compte une multitude de points de vue, de position et de perception sur le phénomène à l'étude (Miles et Huberman, 2003). En outre, une consultation rigoureuse de documents retraçant le contexte organisationnel de chacun des GMF ainsi que le contexte réglementaire des GMF, a permis de contraster les perceptions des répondants avec des traces écrites. C'est donc la triangulation à la fois des sources de données (informateurs) et des méthodes de recueil (entrevues et documents) qui a permis d'assurer une certaine rigueur de la recherche (Miles et Huberman, 2003). Avec la réalisation de treize entrevues, nous pensons avoir atteint une certaine saturation des données empiriques, puisque les dernières entrevues qui ont été codées n'ont pas fait apparaître de thèmes nouveaux. Un journal de bord méthodologique a été tenu afin de consigner nos perceptions, impressions, et pré-analyses tout au long du processus de recherche. Ce

journal a permis d'alimenter notre réflexion sur le phénomène à l'étude (réflexivité) et d'orienter l'analyse des données de manière plus rigoureuse.

Enfin, une vérification de la manière de coder (exercices de contre-codage) s'est faite en binôme avec un autre membre de l'équipe de recherche, ce qui a permis de s'assurer de la justesse et de l'objectivité du codage. Le partage critique des points de vue a également été fait pour les analyses et les interprétations préliminaires des données.

4.6.2.2 Fidélité

La fidélité dans le cadre de la recherche est assurée par un processus d'analyse clairement détaillé et transparent. L'analyse des données a été réalisée selon un processus rigoureux et détaillé, respectant les étapes d'analyse préconisées par un certain nombre d'auteurs (Miles et Huberman, 2003; Van der Maren, 1987; Kirk et Miller, 1986). La grille d'analyse thématique qui a été utilisée lors du processus de codage a permis de mieux organiser le travail de codage. Les étapes de codage sont clairement identifiées et respectent le critère de standardisation. Enfin, les étapes finales d'analyse des données (condensation des données et interprétation des données) sont bien définies. Toute la documentation systématique des procédures d'analyse, de traitement et d'interprétation des données permettent ainsi de vérifier la fidélité et la constance dans l'application des principes de recherche qualitative (Van der Maren, 1987).

4.6.2.3 Transférabilité

La description du contexte qui a été réalisée pour chacun des cas étudiés (GMF) permet de voir dans quelle mesure les résultats de la recherche peuvent s'appliquer à d'autres GMF ayant un contexte semblable ou comportant des similitudes. Une généralisation à d'autres contextes, même s'ils comportent des caractéristiques communes, doit cependant pouvoir être réalisée avec une certaine attention. Afin de faciliter la transférabilité des

résultats de la recherche, l'échantillon assure une diversification à la fois des répondants (donc des points de vue sur le phénomène) et des cas étudiés, par la divergence du contexte organisationnel des GMF choisis.

4.6.2.4 Confirmabilité

Un des moyens utilisés afin de respecter le critère de confirmabilité a été de s'efforcer à entretenir une certaine réflexivité sur le phénomène étudié. L'étude d'un phénomène comporte toujours une part de subjectivité, qui est fortement associée à la recherche qualitative. Afin de limiter cette subjectivité, un journal de bord a été tenu tout au long de la recherche afin de consigner les observations, les réflexions ainsi que les impressions sur le phénomène à l'étude. Cette méthode a permis de prendre conscience des préjugés et des à priori, pour en tenir compte avant d'analyser les données empiriques et d'interpréter les résultats de la recherche.

4.7 Considérations éthiques

La présente recherche a reçue l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Afin de respecter le principe de consentement libre et éclairé de participation à la recherche, tous les répondants de l'étude ont reçu suffisamment longtemps avant l'entrevue, un formulaire de consentement à la recherche. Ce formulaire comprend une brève description de la recherche et de ces objectifs, rappelle les droits garantis aux participants à la recherche en matière de consentement, de respect de la confidentialité des données, de l'anonymat des participants et les avisant de leur droit à se retirer de la

recherche à tout moment et ce sans préjudice. Les formulaires ont été signés avant chaque début d'entrevue par chacun des participants.

Afin de garantir la confidentialité des données et l'anonymat des participants, les données ont été recueillies et analysées de manière anonyme. Pour cela, les données permettant l'identification des participants ont été codées par les chercheurs qui sont les seules personnes à pouvoir accéder aux données de la recherche. De plus, les documents susceptibles de pouvoir révéler l'identité des participants sont conservés de manière sécuritaire.

Chapitre 5-Résultats

Cette recherche vise à mieux comprendre le leadership exercé par les acteurs clés, pour l'initiation et l'implantation des GMF au Québec. L'étude du leadership s'inscrit dans un contexte de changement organisationnel, puisque les GMF représentent des innovations organisationnelles. Comme vu dans la section consacrée à la revue de la littérature, le leadership est défini comme le processus d'implication et d'influence faisant intervenir un ensemble d'acteurs pour initier et mettre en œuvre le changement organisationnel. Ainsi, en tant que processus, le leadership est analysé selon les différentes phases de leadership associées au changement organisationnel, identifiées plus haut dans le cadre conceptuel. L'influence et l'implication des acteurs sont mises en évidence, ceci, de la phase d'identification et de reconnaissance du besoin de changement jusqu'à la phase d'implantation des GMF (opérationnalisation du changement), en passant par l'initiation, qui correspond dans le cadre théorique proposé, à l'élaboration d'une vision nouvelle de l'organisation (fixation des buts et des missions de l'organisation). A travers ces différentes phases de leadership, il s'agit de faire ressortir les rôles et actions des acteurs clés tout en les reliant aux compétences (qualités et capacités) mobilisées ainsi qu'aux différents facteurs organisationnels, contextuels (réglementaire, législatif, politique) et culturels (valeurs et cultures professionnels) qui facilitent ou entravent l'expression du leadership.

La première partie du chapitre présente une histoire de cas, pour chacun des GMF étudiés. Cette description des trois cas à l'étude permettra de mettre en évidence le contexte organisationnel de chacune des cliniques afin de mieux comprendre la

dynamique ou le processus de leadership qui s'est manifesté tout au long de la création et de l'implantation des GMF. La deuxième partie présente les résultats empiriques de l'étude. Il s'agira de mettre en évidence les résultats répondant aux questions de recherche et ainsi de faire ressortir les dynamiques de leadership communes aux trois cas ainsi que les différences observées.

5.1 Description des GMF à l'étude

5.1.1 Histoire de cas : GMF A

Le premier cas à l'étude est un GMF urbain affilié à un centre hospitalier universitaire. Il a été créé en avril 2003 (première accréditation), il constitue un des premiers GMF créés en milieu urbain et rattachés à un hôpital universitaire. Le GMF est issu du regroupement de deux sites. Le premier site correspond à une clinique de médecine familiale située au sein d'une unité de médecine familiale (UMF) affiliée à un centre hospitalier universitaire. La pratique qui y est exercée était relativement individualiste, les 7 omnipraticiens n'ayant pas une pratique médicale très collaborative. Le deuxième site correspond à une petite polyclinique (située dans un bâtiment en face de l'UMF) regroupant dix médecins omnipraticiens (dont trois ont accepté de travailler en GMF) qui ont une pratique davantage tournée vers la collaboration entre médecins. Le GMF regroupe dix médecins omnipraticiens et compte actuellement plus de 20 000 patients inscrits. Les démarches de création du GMF ont été réalisées par l'ancien médecin responsable du GMF qui s'est retiré de ses fonctions environ six mois après l'accréditation du GMF mais est demeuré médecin associé. Il a été remplacé par un

nouveau médecin (ne faisant pas partie du GMF) qui est toujours le médecin responsable du GMF.

Depuis sa création le GMF est devenu Clinique-Réseau en mars 2008 puis Clinique-Réseau Intégrée Universitaire en octobre 2009. La Clinique-Réseau Intégrée compte actuellement une cinquantaine de médecins, quatre infirmières cliniciennes, une infirmière praticienne, deux adjointes administratives ainsi que de nombreux autres professionnels de santé venant du CLSC partenaire (ex : kinésiologue, nutritionniste, psychologue, travailleur social). La CRIU comprend une clinique de suivi, une clinique de sans rendez-vous ainsi que des cliniques spécialisées. Un médecin directeur médical a été nommé pour la supervision et la gestion clinique de la CRIU. Il partage les responsabilités de gestion conjointe GMF-CRIU avec le médecin responsable du GMF, ils travaillent donc en collaboration pour le développement du GMF. Une collaboration conjointe pour la gestion du CRIU a également été mise en place entre le CSSS et le GMF-CRIU. La directrice des services professionnels du CSSS partenaire travaille de pair avec le directeur médical du CRIU pour la gestion administrative et des ressources humaines de la CRIU.

5.1.2 Histoire de cas : GMF B

Le GMF B est issu d'une grosse polyclinique privée en milieu urbain (située à Montréal) créée en 1975 par trois médecins associés dont deux d'entre eux travaillaient comme médecins omnipraticiens dans un hôpital. Avant les années 1990, la polyclinique comptait environ 60 000 patients par année et était ouverte 365 jours par année jusqu'à 22h tous les soirs. La polyclinique comprenait également deux infirmières (une travaillant

en journée et l'autre le soir). Dans un contexte de coupures budgétaires (difficultés financières) dans les années 1990, la polyclinique a restreint son activité en termes d'heures d'ouverture. En 2006, la polyclinique est devenue Clinique-Réseau sous l'initiative du médecin responsable de la supervision et du développement de la clinique; ce médecin est actuellement responsable du GMF. Puis en 2008, la clinique a obtenue sa première accréditation pour devenir GMF. Avec son statut de Clinique-Réseau, la clinique a renforcé le développement (formalisation) d'ententes et des corridors de services déjà existants (services de radiologie, d'analyses médicales, corridors avec l'urgence d'un hôpital) avec des cliniques spécialisées situés dans le même édifice et avec un hôpital universitaire, ainsi qu'un programme conjoint avec le CLSC et un centre d'éducation pour la santé. La création de la Clinique-Réseau puis du GMF émane de l'initiative de l'actuel médecin responsable du GMF qui occupait des fonctions au sein du DRMG (coordinateur) et qui connaissait la nouvelle politique en faveur de la réorganisation de la médecine familiale (GMF et Cliniques-Réseaux). À l'heure actuelle (2012), le GMF est en phase de ré-accréditation et compte 25 000 patients inscrits par année. Au sein du GMF, on compte 17 médecins omnipraticiens (soins pédiatriques, intensifs ou urgence) et 12 médecins spécialistes font partie de la clinique (gastroentérologie, allergologie, chirurgie générale, chirurgie plastique neurologie et endocrinologie), deux infirmières cliniciennes ont été engagées et y travaillent à temps complet. Le GMF-Clinique-Réseau compte également une infirmière de liaison ainsi qu'une adjointe administrative et du personnel clérical.

5.1.3 Histoire de cas : GMF C

Le GMF C est issu d'une clinique médicale privée qui existe depuis une trentaine d'années. La clinique est située en milieu rural, dans la région des Laurentides. Il s'agit d'une clinique qui a toujours eu une vocation de première ligne, c'est-à-dire qu'il n'y a jamais eu de médecins spécialistes dans la clinique. Depuis sa création, la clinique est constituée d'un noyau stable de quatre médecins associés et propriétaires, auquel se sont ajoutés, il y a vingt ans, deux médecins sociétaires qui louent leur bureau.

Sous l'initiative du médecin responsable, la clinique a commencé à faire les démarches pour être GMF en 2004 (au début de la politique GMF). Ne pouvant satisfaire les exigences liées à la prise en charge GMF, par manque de médecins, les médecins associés décident de créer une alliance avec trois autres petites cliniques afin de partager les responsabilités et les horaires imposées pour la prise en charge en GMF (partage des heures d'ouverture et des consultations sans- rendez-vous). Cette initiative (demande d'ententes entre cliniques) est refusée par l'agence en 2005. Finalement la demande de partage de responsabilité avec les trois autres cliniques sera acceptée par l'agence de la santé et des services sociaux et le GMF sera accrédité en 2008. Les quatre cliniques signataires de l'entente (dont le GMF C) sont toutes indépendantes et constituent donc quatre GMF distincts ayant leur propre mode de fonctionnement et d'administration.

Parmi les six médecins omnipraticiens, quatre d'entre eux font de la prise en charge, notamment pour les personnes vulnérables. Un médecin partage son activité entre l'obstétrique et la prise en charge traditionnelle (consultations avec rendez-vous) et le dernier médecin ne fait que de l'obstétrique. Tous les médecins travaillent à temps plein. Le GMF compte un administrateur (ou adjoint administratif, chargé essentiellement de la

gestion budgétaire et financière du GMF), une infirmière spécialisée qui était en fonction dans la clinique avant la création du GMF, deux infirmières cliniciennes embauchées depuis un an et deux secrétaires. A l'heure actuelle (2012), le GMF compte environ 12 000 patients inscrits et il est en phase de ré-accréditation. Avant la création du GMF, la clientèle se situait autour de 8 000 patients.

5.2 Présentation des résultats empiriques

5.2.1 Leadership dans la phase d'identification et de reconnaissance du besoin de changement

Le besoin de changement, c'est-à-dire de créer un GMF, est pour tous les cas étudiés, identifié au niveau interne (au sein même des cliniques). C'est une idée amenée dans tous les cas par les chefs ou responsables de la clinique, c'est-à-dire par les médecins qui ont toujours eu une responsabilité de supervision, de gestion ou de développement des services et programmes de soins au sein de leur clinique. Dans les trois cas, l'idée de se constituer en GMF émane des médecins qui ont depuis longtemps exercé un fort leadership pour la création et le développement de leur clinique.

Au sein du GMF A, l'idée de création du GMF émane de l'ancien chef de l'UMF au sein de laquelle le GMF s'est intégré. Dans le GMF B, l'initiateur du projet est le médecin maintenant responsable du GMF. Ce médecin a toujours eu un fort leadership sur le développement de la clinique. C'est lui qui est l'initiateur de la création de la clinique en 1975 et c'est également lui qui a contribué au développement de la clinique en mettant en place des corridors de services avec un hôpital universitaire ainsi qu'avec d'autres cliniques spécialisées.

Enfin pour le GMF C, l'initiateur est également le responsable du GMF, qui est à l'origine de la création de la clinique et qui a toujours un rôle moteur pour le développement de sa clinique et de sa gestion.

Dans tous les cas, la création des GMF témoigne d'une volonté identifiée par les chefs ou responsables de changer de pratique et de s'inscrire dans un renouvellement des soins de première ligne. Dans le GMF C, le médecin responsable a voulu changer de pratique car depuis quelques années, il qualifiait sa pratique de routinière et disait éprouver moins d'intérêt à exercer la médecine familiale sous cet angle de pratique:

« c'est devenu un peu... un peu... [bonne hésitation], je vous dirais moins d'intérêt, on commençait à avoir un peu moins d'intérêt. Et... est arrivé les nouveaux GMF, naturellement, l'éclosion des GMF avec... une nouvelle approche au niveau des soins qu'on pouvait donner » (médecin responsable, GMF C).

Dans tous les GMF, la volonté de renouveler la pratique de médecine familiale s'inscrit dans l'idée d'améliorer les services de première ligne. L'amélioration de la première ligne voulue par les responsables ou chefs de clinique, recouvre plusieurs aspects. Le premier aspect correspond à l'idée d'augmenter l'accessibilité de la médecine familiale, en s'appuyant notamment sur des services mieux organisés et répondant aux besoins réels des patients (services de sans rendez-vous, ouverture aux heures défavorables).

« Il y a beaucoup de patients qui se retrouvaient ce qu'on appelle « orphelins », donc sans médecin, et il fallait trouver un moyen de changer la façon qu'on pratiquait pour les desservir mieux, augmenter l'accessibilité» (médecin responsable, GMF B).

L'autre aspect identifié comme un élément important dans la volonté de changer de pratique correspond à l'amélioration de la prise en charge des patients. Dans tous les cas, les médecins responsable ou chefs ont évoqué cet aspect-là.

«Puis avec l'infirmière GMF, ça nous aidait au niveau du travail même des patients, le suivi des patients, suivre des patients diabétiques qui seront beaucoup mieux parce que la qualité du suivi est meilleure, est plus... pointue» (médecin responsable, GMF B).

L'amélioration de la prise en charge et notamment du suivi du patient est dans une majorité d'entrevues reliée au travail en collaboration avec une infirmière (soutien infirmier). L'infirmière est considérée comme un support pour le médecin dans la prise en charge et le suivi du patient, notamment pour le traitement des patients ayant des problèmes de santé chroniques.

« Alors que de l'autre côté je défendais ardemment le modèle de l'infirmière qui s'approchait plus du travail de l'infirmière praticienne, fait qu'on en parlait beaucoup mais pour moi c'était développer une infirmière compétente, qui donne des soins optimaux et qui fait tout ce que le médecin devrait pas faire dans un bureau privé » (ancien médecin responsable, GMF A).

Dans le GMF A, une autre raison a été évoquée par les trois médecins omnipraticiens interviewés. Pour eux, l'idée derrière la création du GMF est celle de représenter un véritable « *role model* », c'est-à-dire un exemple de pratique pour les résidents. En tant que clinique faisant partie d'une UMF et assumant une responsabilité d'enseignement

auprès des résidents, les médecins ont identifié une responsabilité à l'égard des résidents afin de leur enseigner une nouvelle façon de pratiquer, notamment à travers le travail interdisciplinaire et collaboratif avec les infirmières :

« Bien je pense qu'il y a des gens comme Dr (X) et Dr (Y) à l'époque, ils étaient convaincus du «role model » de l'enseignant. Alors qu'est ce qui a le plus favorisé, c'est quand les intérêts étaient communs, entre l'enseignement et le développement du GMF. Il est essentiel d'enseigner à nos résidents un fonctionnement, un modèle interdisciplinaire; le GMF nous permet d'atteindre cet objectif-là ». (Médecin omnipraticien, GMF A).

Suite à l'identification du besoin de changement, véhiculé dans chaque cas par les chefs ou responsables des cliniques, les médecins associés ont tous émis des craintes ou de la résistance à la création du GMF. Néanmoins, la nature des craintes et le degré de résistance différaient selon les cliniques. Dans les GMF A et B, les médecins ont exprimé des peurs reliées à la responsabilité collective vis-à-vis des patients inscrits :

« On propose un engagement écrit, ça fait que tout le monde a dit : « Mais là si je signe, moi, ça m'oblige à quoi face à quelqu'un? Je prends quelqu'un, responsable GMF, si quelqu'un s'en va, on va être obligés d'assumer les... ». Bref, que quelqu'un mette sa signature, c'est très très très individualiste, un... médecin, qu'il soit omnipraticien, spécialiste ou n'importe quoi, c'est très individualiste ». (Médecin omnipraticien, GMF B).

Pour le GMF A, une autre crainte a été évoquée. Une grande partie des médecins craignaient un encadrement plus strict de leur pratique, notamment à travers l'obligation

de devoir assurer des services aux heures défavorables et des consultations sans rendez-vous :

« Il y avait beaucoup de médecins qui ne voulaient pas nécessairement embarquer parce qu'ils ne voulaient pas nécessairement faire des heures défavorables non plus ». (Ancien médecin responsable, GMF A).

Au sein du GMF C, il n'y a pas eu de véritable crainte mais plutôt des interrogations concernant la charge de travail qu'amènerait la création du GMF.

Le degré de résistance a été relativement variable pour chacun des GMF. Une grande partie des médecins du GMF A ont manifesté de la résistance au projet de création du GMF, alors que dans les deux autres cas, la résistance a été moindre voire inexistante pour le GMF C. Les dynamiques de reconnaissance sont variables selon les GMF. Néanmoins, on observe une dynamique, processus comparable dans les GMF A et B. En effet, on remarque que le temps a joué un rôle dans le processus de reconnaissance car progressivement les médecins ont accepté, suivant ceux qui avaient déjà donné leur accord pour la création du GMF (effet d'entraînement).

Afin de convaincre les médecins partenaires d'accepter le projet de création du GMF, les chefs ou responsables de clinique ont tous joué un rôle stratégique. Cela s'est manifesté par des actions d'explication et de communication intensive de la nouvelle pratique liée au mode d'organisation prévu dans les GMF. La communication a aussi bien été formelle, par l'organisation de réunions de groupe des médecins, qu'informelle, par une communication individuelle auprès de chaque médecin partenaire :

« Mais avant ça, j'ai commencé à faire des réunions d'équipe pour savoir si les gens étaient intéressés, des réunions des médecins de famille de notre unité où tous les médecins étaient là. Je leur ai présenté et décrit le modèle » (Médecin responsable, GMF A).

« Ah non. Non, non, non, il faisait du lobbying, madame, du lobbying. [Rires] C'est un politicien. Euh non, ça se fait beaucoup sur une base individuelle ». (Médecin omnipraticien, GMF B).

Dans tous les GMF, une des stratégies utilisées pour obtenir l'adhésion des médecins au changement a été de présenter les avantages qui résultent de la création d'un GMF, en termes de support infirmier, informatique et administratif.

« Puis à un moment donné, bien, il nous a présenté ça, puis... aussi les commentaires d'autres cliniques qu'il avait, puis il nous a présenté les avantages qu'on pouvait y trouver, hein, les... infirmières, l'informatique... Certains avantages aussi au niveau des rémunérations, des choses comme ça ». (Médecin omnipraticien, GMF C).

Les avantages communs aidant à la reconnaissance du changement sont le soutien infirmier (facteur présent dans toutes les entrevues), administratif, informatique et financier (pour une majorité des entrevues) :

« le GMF en tant que tel, avec l'organisation de travail, c'est quand même intéressant pour nous de travailler en collaboration avec des infirmières, de faciliter notre travail au niveau de l'informatique. C'est toutes des choses qui, en vieillissant, on se dit : « Oui,

mais peut-être que ça pourrait nous aider », etc. Et ces gens-là ont embarqué ».
(Médecin omnipraticien, GMF B).

« Ils s'aperçoivent à un moment donné que tous les avantages s'en allent [s'en vont] à ceux qui se regroupent dans un GMF, au point de vue financier et au niveau... services, tu sais, je veux dire... ils ont de tout là, dans une clinique, travailleuse sociale, psychologue, etc. là..., puis les infirmières GMF » (Médecin responsable, GMF B).

L'influence stratégique (ou actions stratégiques) des chefs ou responsables pour l'acceptation du projet GMF auprès des médecins associés, est reliée, selon une majorité de participants, à des capacités de communication intensive et individualisée. Les médecins partenaires associent l'influence du médecin responsable à ses capacités de convaincre mais aussi à son charisme ou encore à ses qualités de diplomatie, de souplesse et de rassemblement.

« Écoutez, il a un style, comme son style de gestion, très coopératif, ... absolument pas... autocratique, et... participatif » (Médecin omnipraticien, GMF B).

« Je pense que l'appréciation du leadership des leaders qu'il y a eu avant moi, je trouve qu'il y avait beaucoup de charme de charisma, charisma en anglais...du charme...ç'a permis de foncer et d'avancer ».(Médecin omnipraticien, GMF A).

« Le leadership, c'est à la base, c'est...d'être capable de convaincre un groupe d'aller dans une direction... ». (Médecin omnipraticien, GMF C).

Dans deux des GMF le contexte ou milieu organisationnel a facilité l'influence des médecins responsables auprès de leurs associés. Au sein du GMF B, l'existence préalable

d'une structure comparable à celle du mode d'organisation GMF (services de sans rendez-vous, services aux heures défavorables) a permis une adhésion plus facile au projet de création du GMF de la part des médecins associés. Pour le GMF C, la bonne cohésion de l'équipe de médecins (et le fait qu'il s'agissait d'un petit groupe) a facilité l'influence du médecin responsable en faveur de l'adhésion des médecins associés au projet de création du GMF.

Un tableau de synthèse présente les principaux résultats pour la phase d'identification et de reconnaissance du besoin de changement (Tableau 1).

Tableau 1 : synthèse des résultats pour la phase d'identification et de reconnaissance du besoin de changement

Activités	Acteurs clés	Rôles et actions	Capacités	Facteurs communs influençant le leadership
<p>Identification et reconnaissance du besoin de changement</p>	<p>Médecins responsables ou chefs de cliniques</p>	<p>-Explication de la nouvelle pratique GMF, basée sur une communication intensive</p> <p>-Rôle stratégique afin de présenter les avantages liés à la pratique GMF</p>	<p>Capacités liées au style de leadership transformationnel :</p> <p>-capacités interpersonnelles et de communication</p> <p>-considération envers les associés (écoute, disponibilité)</p> <p>- influence idéalisée ou charisme</p> <p>Autres capacités :</p> <p>- Force de persuasion</p> <p>- capacité de rassembler, diplomatie</p>	<p>-Facteurs liés aux valeurs professionnelles :</p> <p>-volonté d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins</p> <p>- Facteurs organisationnels:</p> <p>-cohésion de l'équipe médicale (GMF C)</p> <p>-existence d'une structure comparable au mode d'organisation GMF (GMF B)</p>

5.2.2 Leadership pour l'élaboration d'une nouvelle vision de l'organisation (création des GMF)

Cette première phase de leadership correspond à l'étape de création ou d'initiation des GMF, qui correspond aux activités reliées à la définition des contrats d'association entre les médecins associés désirant se regrouper en GMF et l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS). Dans tous les GMF, les démarches de création ont intégralement été menées par le médecin désigné responsable du GMF, avec l'appui d'acteurs externes au niveau des CSSS et du DRMG notamment, ainsi qu'avec le soutien des chargés de projet au niveau de l'ASSS.

On observe un processus relativement similaire entre les GMF (B et C), en matière d'élaboration et d'acceptation des alliances (ententes) avec d'autres cliniques. Pour tous les cas, le processus est caractérisé par sa longueur qui est liée à certaines rigidités de la part de l'ASSS concernant l'acceptation des contrats d'ententes. En outre, on note un fort leadership externe (influence et support externe) dans le processus de négociation avec l'ASSS, qui a facilité l'acceptation des contrats d'association.

- **L'élaboration d'ententes avec d'autres cliniques: une activité facilitante voire indispensable à la création des GMF**

Dans les deux GMF (B et C), les médecins responsables ont établi des ententes avec d'autres cliniques afin de partager les responsabilités de prise en charge et ainsi de remplir les exigences de prise en charge imposées pour la création des GMF. Le partage des responsabilités s'est négocié autour des consultations sans rendez-vous et de

l'ouverture aux horaires défavorables (soirs et fin de semaine). Pour le GMF C, les négociations de partage de responsabilités se sont faites avec trois autres petites cliniques afin que chacune d'entre elles puissent répondre aux critères GMF. Par contre, pour le GMF B disposant de plus de ressources (plus grand nombre de médecins), une entente a été négociée avec une seule autre clinique pour la prise en charge des sans rendez-vous et les fins de semaine. Dans les deux cas, le développement d'ententes entre cliniques est un élément stratégique facilitant la création des GMF. Dans le GMF C, cette stratégie a été indispensable à la création du GMF, étant donné la petite taille de la clinique et donc l'impossibilité de cette clinique à faire face seule aux exigences imposées aux GMF.

« Alors je pense que Dr (X) avait compris que si on s'associait avec d'autres cliniques on serait capable de mettre sur pied quelque chose qui pouvait tenir. Parce que dans les GMF, il y a des contraintes de fins de semaine et de garde , puis de soir, puis etc., puis en plus notre groupe on n'est pas capable de faire ça on est pas assez nombreux ».
(Médecin omnipraticien, GMF C).

Pour le GMF B, cette stratégie a été utilisée par le médecin responsable afin de ne pas imposer aux médecins de la clinique une prise en charge trop défavorable (les sans rendez-vous les fins de semaine) qui puisse les décourager d'adhérer au nouveau mode d'organisation GMF.

« Bon là il fallait ouvrir le soir puis la fin de semaine, j'ai dit : Ah! J'ai fait une entente avec une clinique de sans rendez-vous, ils vont nous couvrir le centre la fin de semaine (...) ça fait que ya pas de difficulté, les médecins veulent pas travailler les fins de

semaine? (...) Ça fait que toujours essayer de donner de quoi aux personnes qui font des choses que les autres veulent pas faire ».(Médecin responsable, GMF B).

▪ **Un processus de négociation des contrats d'ententes relativement long et difficile**

Dans tous les GMF, les premières démarches de création du GMF (établissement du contrat d'association avec l'ASSS) se sont soldées par un refus de la part de l'agence. Dans les deux derniers GMF, les raisons du rejet du contrat d'association ont été liées au refus de l'agence d'accepter des ententes entre cliniques concernant le partage de certaines responsabilités de prise en charge. Dans les deux cas, les participants évoquent une certaine rigidité de l'agence concernant les critères GMF (pour la première vague GMF, début de l'implantation des GMF) et leur manque d'ouverture concernant le partage de responsabilités entre différentes cliniques voulant devenir GMF.

« Mais les premiers modèles de GMF, les exigences étaient très grandes (...), les exigences étaient trop rigides, ça fonctionnait pas ». (Médecin responsable, GMF C).

Pour le GMF A, le premier échec de création du GMF est relié au refus de l'agence d'accepter la création d'un GMF au sein d'une UMF. Un médecin a évoqué la volonté de l'ASSS au commencement de la politique GMF, de favoriser le développement des GMF au sein de grandes cliniques privées (polycliniques), plutôt que dans des UMF.

Dans tous les cas, les processus de définition puis de redéfinition des missions en termes de prise en charge ont été relativement longs. En effet, cela s'est échelonné en moyenne sur deux ans pour chacune des cliniques (pour le GMF A entre 2001 et 2003, pour le

GMF B entre 2006 et 2008 et pour le GMF C entre 2004 et 2008). Les médecins notent une certaine lourdeur dans le processus d'élaboration des contrats liée aux refus initiaux des contrats d'ententes (GMF) et ce notamment pour les GMF B et C. Ils ont évoqué, durant le processus d'accréditation, une certaine difficulté à négocier avec l'ASSS sur certains aspects des missions liées aux GMF (organisation de la prise en charge).

Suite aux refus de création, toutes les cliniques ont donc du faire un effort pour modifier les contrats d'association et ainsi mieux répondre aux critères de prise en charge rattachés aux GMF. Ce processus de définition puis de redéfinition des contrats comporte des éléments communs entre les trois cliniques en termes d'implication et d'influence d'acteurs clés externes, aux capacités mobilisées par les acteurs clés pour aboutir à la création des GMF ainsi qu'aux facteurs facilitant le processus de négociation avec l'agence.

- **Un fort leadership externe dans le processus de négociation des contrats d'association auprès de l'ASSS**

Pour tous les GMF, les activités de redéfinition des contrats d'association avec l'agence dévolues aux médecins responsables GMF ont été fortement appuyées et soutenues par des acteurs externes : les DRMG, les CSSS et des chargés de projet GMF de l'ASSS. Ces acteurs ont exercé une forte influence dans le processus de négociation avec l'agence, puisqu'ils ont joué comme intermédiaire entre les GMF, les cliniques et l'agence. Dans cette phase de négociation d'ententes entre cliniques (pour le GMF B et C), les médecins responsables ont fait appel à des acteurs externes ayant une forte capacité à influencer la décision de l'agence (de par leur bonne connaissance des personnes chargées de projets GMF à l'agence). Pour les GMF B et C, le soutien d'acteurs externes a été un élément

facilitant en ce qui concerne l'acceptation du partage des responsabilités entre différentes cliniques auprès de l'ASSS.

« Oui, c'était lui, il a joué comme intermédiaire auprès de l'agence...il a fallu faire accepter le principe d'une clinique sur deux, deux adresses différentes, avec le sans rendez-vous qui répond aux horaires dans une clinique, la prise en charge ailleurs ».

(Médecin responsable, GMF B).

Les acteurs supportant la négociation avec l'agence diffèrent entre ces deux GMF. Dans le cas du GMF B, l'appui d'un consultant externe et du chargé de projet (de l'ASSS) en lien avec un certain nombre de professionnels au niveau de l'agence a permis de faire accepter le contrat d'entente prévoyant un partage d'horaires et de responsabilités de prise en charge entre le GMF et une autre clinique. Le médecin responsable du GMF C a compté quant à lui sur le support de médecins membres du DRMG, de la Direction des services professionnels du CSSS ainsi que sur le directeur de l'hôpital du CSSS. Pour le GMF A, la négociation au niveau du contrat d'entente a porté sur l'acceptation d'une clause spécifique prévoyant une dérogation à la responsabilité collective des médecins GMF vis-à-vis de la clientèle inscrite. On retrouve encore à nouveau comme acteur supportant la négociation auprès de l'agence un médecin membre du DRMG ainsi qu'un professionnel travaillant à l'ASSS.

- **Compétences ou capacités mobilisées dans le processus de négociation des contrats d'association**

Pour tous les cas, ce processus de négociation autour des modalités de responsabilités et fonctionnement des GMF a fait appel à des capacités de négociation et de force de

conviction que ce soit pour les médecins responsables ou pour les acteurs externes supportant la négociation. Pour les GMF B et C notamment, il a fallu que les médecins responsables démontrent aux acteurs externes la crédibilité et la solidité de leur projet d'ententes avec d'autres cliniques. À leur tour, les acteurs externes ont dû exercer une influence auprès des professionnels de l'agence en charge de l'acceptation des projets de création GMF. La capacité de négociation de ces acteurs a été facilitée par leur influence auprès de l'ASSS (en tant que membre du DRMG, responsable DSP du CSSS) de par leur position stratégique dans le réseau de la santé et leur connaissance des professionnels de l'ASSS en charge des GMF.

« Ça fait que eux autres ont quand même une écoute vis-à-vis de l'agence et vis-à-vis de nous. Ça fait que tu sais, c'est des gens qui sont quand même influents, ils vont au-dessus, au gouvernement, il y a une table des présidents DRMG au Québec. Ça fait que ces gens-là ont beaucoup travaillé pour que notre projet aboutisse ». (Médecin responsable, GMF C).

- **Facteurs aidant ou facilitant le leadership dans le processus de négociation pour la création des GMF**

Il ressort de l'analyse, trois facteurs communs, partagés par les GMF qui ont représenté des éléments facilitant l'implication et l'influence des acteurs qui ont joué un rôle clé dans le processus d'élaboration et de négociation des contrats d'entente auprès de l'agence. Le premier facteur le plus représenté, pour tous les GMF, correspond au partage d'une même vision de la nécessité de créer une nouvelle organisation GMF sur leur territoire. L'adhésion d'un certain nombre d'acteurs externes (DRMG, DSP du CSSS ou encore d'autres acteurs) à la création de nouveaux modèles de pratique visant à renforcer

l'accessibilité et l'intégration des services de première ligne sur leur territoire, a représenté un élément facilitant leur soutien et leur support important envers les GMF.

« Eux autres ils ont accepté ça, ils ont dit : nous autres, on pense que la première ligne c'est important, puisque si la première ligne fonctionne bien, puis c'est la logique de la chose, ça va amener beaucoup moins de consultations à l'urgence et au niveau de l'hôpital ». (Médecin responsable, GMF B).

Le deuxième élément qui a facilité la prise de leadership des acteurs externes dans le processus de négociation des contrats d'ententes (projets de création GMF) correspond à l'existence d'un réseau de contacts et d'une bonne entente entre les médecins responsables et les acteurs externes supportant leur dossier de création auprès de l'agence.

« Et le CSSS qui est l'hôpital, avec son directeur général que moi j'avais une bonne relation avec, j'ai dit : écoute, on a besoin d'appui, on a besoin de quelqu'un qui veut des GMF ». (Médecin responsable, GMF C).

Enfin dans tous les cas, l'assouplissement des critères d'organisation et de fonctionnement des GMF par le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a également permis de faciliter la négociation auprès de l'agence concernant les contrats d'association. Ce contexte plus propice au changement vers un mode d'organisation plus souple des GMF (deuxième vague GMF) a permis notamment pour les GMF B et C de faire accepter plus facilement leur projet d'ententes avec d'autres cliniques.

« Et lorsque j'ai vu certaines ouvertures d'esprit dans l'attribution des GMF, à partir de là j'ai vu que le projet était beaucoup plus réalisable et viable ». (Médecin responsable, GMF C).

Un tableau de synthèse présente les principaux résultats pour la phase d'élaboration d'une nouvelle vision de l'organisation GMF (tableau 2).

Tableau 2 : synthèse des résultats pour la phase d'élaboration d'une nouvelle vision de l'organisation (création des GMF)

Activités	Acteurs clés	Rôles et actions	Capacités	Facteurs influençant le leadership
Élaboration d'une vision nouvelle de l'organisation	Acteurs internes : Médecins responsables	-Élaboration et négociation des contrats d'association avec l'ASSS -Élaboration et négociation des contrats d'ententes avec d'autres cliniques (pour le partage de responsabilités)	-Capacité de négocier	Facteurs règlementaires et politiques : -En début de processus de création, rigidité des critères concernant le partage de responsabilités de la part de l'ASSS (ententes entre GMF et cliniques) -Assouplissement des critères d'organisation et de fonctionnement des GMF par l'ASSS - Position politique stratégique des acteurs externes pour influencer les négociations Facteurs liées aux valeurs : -Volonté d'améliorer les services de première ligne
	Acteurs externes: CSSS partenaires, DRMG, chargés de projet de l'ASSS	Rôle stratégique dans la négociation des contrats d'ententes et d'association auprès de l'ASSS		

5.2.3 Phase d'opérationnalisation des GMF

Dans la présente section, il s'agit de présenter le leadership mené par les acteurs clés en termes d'activités développées à l'issue de la création des GMF (une fois les GMF accrédités), afin d'implanter les GMF et ainsi d'opérationnaliser leur fonctionnement. Ces activités sont regroupées selon les grandes catégories suivantes : la gestion du GMF (inscription des patients, intégration du personnel et gestion clinique); l'intégration des infirmières au sein du GMF; l'élaboration des protocoles de soins infirmiers; l'implantation des dossiers médicaux électroniques et le développement de la coordination des soins avec les réseaux locaux de services (RLS). Le regroupement en catégories permet de mieux analyser le leadership qui s'est exprimé spécifiquement pour chacune de ces activités et ainsi d'identifier le rôle spécifique des acteurs clés, les compétences mobilisées et les facteurs facilitant ou nuisant au leadership pour l'implantation de ces activités.

5.2.3.1 *La gestion du GMF*

Au moment de l'implantation et de l'opérationnalisation des GMF, les médecins responsables chargés de la bonne gestion du GMF ont eu un rôle de supervision au niveau des nouvelles activités à développer, afin de réorganiser la pratique et le fonctionnement des cliniques devenues GMF. Leur implication en tant que responsables de la supervision du GMF dans toutes les activités est perçue comme centrale, même si d'autres acteurs internes ont également participé à cette réorganisation. Les médecins associés ont pris le leadership dans le développement de certaines activités, notamment liées à la gestion des activités cliniques (développement et gestion des programmes de

soins). Les techniciens en administration dont le support a été important dans le processus de réorganisation administrative, ont eu notamment une implication forte dans tout le processus d'inscription des patients.

- **Réorganisation administrative pour l'inscription des patients**

Au niveau de la réorganisation du travail concernant l'inscription des patients, la supervision a été assurée par les médecins responsables (dans les GMF A et B), en collaboration avec le personnel administratif (technicien en administration et secrétariat). Cette réorganisation a consisté en la formation du personnel de secrétariat concernant le remplissage des feuilles d'inscription de la clientèle et leur classement. Le processus d'inscription diffère selon ces deux GMF. Alors que dans le GMF B, le rôle de la technicienne en administration auprès du secrétariat a été central pour la réussite de la réorganisation, le GMF A a rencontré des problèmes pour inscrire ses patients en début de processus du fait du mauvais support et d'un manque de coopération de la part du secrétariat partagé avec celui de l'hôpital (dans lequel est situé le GMF). Pour le GMF C, la réorganisation administrative a été supervisée par un médecin associé qui a obtenu un bon support et une bonne coopération de la part du personnel administratif. Le rôle stratégique exercé par les médecins en charge de la supervision a été un élément facilitant (GMF B et C) la réorganisation administrative, de par leur rôle d'explication de la mission du GMF en termes d'inscription des patients. Cette activité stratégique a néanmoins échoué pour le GMF C, puisque le manque de coopération du secrétariat a retardé le processus d'inscription.

- **Activités de gestion du personnel (intégration du personnel)**

La gestion du personnel est assurée par des acteurs différents selon les GMF. Cette activité est centrale dans les contextes de changement (qui caractérisent les nouveaux GMF) où l'intégration de nouveaux professionnels (administratif, infirmiers, mais aussi d'autres professionnels de la santé dans un des GMF) et l'apprentissage de nouveaux rôles ont été nécessaires. Dans le GMF A, l'implication du médecin responsable a été particulièrement centrale dans tout ce qui entoure la supervision du personnel administratif (formation des commis et de la technicienne en administration) ainsi que l'intégration des médecins au GMF sur deux lieux différents, afin de les faire collaborer. Depuis la création de la CRIU, le rôle du médecin responsable s'est davantage dilué puisqu'il a compté sur le support du médecin chef de la CRIU et de deux professionnelles du CSSS (la Directrice des Services Professionnels de l'hôpital et l'administratrice de la CRIU), en matière de gestion des ressources humaines. Il s'est donc installé un véritable modèle de cogestion (en matière de personnel) entre d'une part les deux médecins responsables respectivement du GMF et de la CRIU et, d'autre part les professionnels du CSSS venus travailler de concert avec la CRIU-GMF.

« Alors on comprend que quand on est devenu CRI, j'ai vraiment l'impression que mon rôle à moi est vraiment dilué (...) ya eu des réunions pour dire qui fait quoi ». (Médecin responsable, GMF A).

Au sein du GMF B, le rôle de l'adjointe administrative a été particulièrement important au niveau de la supervision de l'équipe administrative et de l'intégration physique des

infirmières (dans les locaux). Pour le GMF C, ce rôle a été mené par un médecin associé qui avait un fort intérêt pour la gestion des relations humaines.

« Et puis on a une médecin qui est excellente pour la gestion, des relations humaines, elle travaille toujours en lien avec les secrétaires et naturellement les autres employés ».

(Médecin responsable, GMF C).

▪ **La gestion des activités cliniques : une gestion partagée entre les médecins associés des GMF**

Dans tous les GMF, la gestion des services de soins offerts aux patients est partagée entre médecins. Pour les GMF A et B notamment, des comités cliniques sont organisés et représentent l'occasion pour les médecins de proposer, selon leurs intérêts de nouveaux programmes. La décision de développer les programmes est prise collectivement. Cependant le médecin responsable représente la personne décisionnelle qui décide in fine de développer un nouveau service selon les ressources disponibles et la priorité en fonction des besoins de la clientèle. Cette responsabilité collective ou partagée a été facilitée par les médecins responsables, par leur capacité à déléguer la gestion des services à leurs associés et à laisser l'initiative aux autres médecins de proposer de nouveaux services.

« On a une partie « divers », où ça veut dire : on est là pour en parler, si vous avez des intérêts particuliers, c'est de le soumettre au groupe ». (Médecin omnipraticien, GMF B).

« T'as besoin d'autres médecins, des petits capitaines qui vont gérer des affaires. Alors t'as besoin d'un médecin qui va gérer tout le volet santé mentale (...). Et après ça quelqu'un pour le diabète hypertendu (...). Puis quelqu'un pour les services courants, le

sans rendez-vous (...). Alors j'ai besoin de capitaines pour aider à gérer ça ». (Médecin omnipraticien, GMF A).

5.2.3.2 *Processus d'intégration des infirmières cliniciennes GMF*

Pour tous les GMF, le rôle du médecin responsable a été crucial en matière d'intégration du corps infirmier. Il a été un véritable promoteur du rôle nouveau de l'infirmière clinicienne auprès des médecins associés; il a représenté un soutien aux infirmières quant à la définition de leur rôle auprès des médecins (aide à se positionner, à faire valoir leur rôle) et à leur intégration au sein de l'équipe. Dans tous les GMF, les médecins responsables ont organisé des réunions avec l'ensemble de l'équipe médicale afin de présenter les infirmières et leur rôle, afin de faciliter leur intégration.

« Dans le but d'intégrer les infirmières, on a fait certaines démarches pour permettre une meilleure connaissance du rôle de l'infirmière auprès du GMF. Je les ai invitées à venir dans le groupe et les ai encouragées à elles-mêmes décrire leur propre rôle ». (Médecin responsable, GMF A).

Les infirmières ont eu également un leadership important quant à leur propre intégration. Elles ont dû positionner leur rôle vis-à-vis des médecins et démontrer leur utilité par une communication intensive avec les médecins de manière individuelle. Afin de permettre une collaboration, elles ont proposées régulièrement aux médecins, surtout au début, d'intervenir dans le suivi de leurs patients. Afin de mieux intervenir dans leur nouveau rôle, la plupart d'entre elles ont pris l'initiative de participer à des formations cliniques les aidant pour le traitement et le suivi des patients.

« Je pense que le secret c'est de les apprivoiser chacun individuellement. Savoir comment on peut leur démontrer qu'on peut changer quelque chose avec leurs patients ».

(Infirmière, GMF B).

L'implication des médecins associés en faveur de l'intégration des infirmières et d'une collaboration est variable selon les GMF et a évolué au fil du temps. Dans les GMF A et B, une partie des médecins a manifesté, à l'arrivée des infirmières, une certaine réticence quant au rôle novateur de l'infirmière, ce qui a compromis une bonne collaboration au début puisque certains médecins ne réfèrent pas de patients aux infirmières. Au sein du GMF A, l'éloignement physique de certains médecins vis-à-vis des infirmières, travaillant dans des bureaux éloignés, a représenté un obstacle quant au travail d'équipe. Le médecin responsable a dû y remédier en rapprochant les bureaux des infirmières de ceux des médecins. Dans les GMF A et B, la collaboration s'est établie au fil du temps, avec la confiance qui s'est progressivement installée entre les médecins et les infirmières.

« Il y a des médecins qui ont commencé à référer un petit peu là et puis il y a un boum, il y a des médecins qui ont commencé à référer beaucoup, à y penser (...). Ça fait que c'est le temps, le temps a beaucoup aidé ». (Infirmière, GMF A).

Pour l'une des infirmières du GMF B, la collaboration a été facilitée par la connaissance de certains médecins avec qui elle avait travaillé préalablement. Pour le GMF C, l'intégration des infirmières a été plus rapide et les médecins ont plus rapidement référé leurs patients aux infirmières. L'apprentissage de leur rôle a été facilité par l'établissement d'horaires réservés à l'aide et aux conseils cliniques donnés par trois médecins qui se sont partagés cette responsabilité. Le travail en collaboration avec une

infirmière praticienne spécialisée au préalable a grandement facilité la confiance dans le rôle des infirmières cliniciennes et a donc été un élément facilitant la délégation de tâches au profit des infirmières de GMF.

5.2.3.3 *Processus d'élaboration des protocoles de soins infirmiers*

En matière d'élaboration des protocoles de soins, prévoyant les responsabilités et le rôle des infirmières, les médecins responsables ont tous exercé un fort leadership. Leurs activités ont consisté à établir des protocoles de soins adaptés à la pratique de leur clinique, en adéquation avec les besoins de leur clientèle. Pour cela, tous les médecins responsables ont ajusté des protocoles existant dans d'autres cliniques ou hôpitaux. Une consultation de l'équipe médicale a été organisée dans chacun des GMF, afin que les médecins donnent leur accord pour les différents protocoles de soins proposés par les médecins responsables. Ce processus d'élaboration a été dans tous les cas fortement soutenu par les directions des soins infirmiers (DSI) des CSSS partenaires. Une étroite collaboration s'est donc établie entre chaque médecin responsable et les responsables des DSI et leur rôle d'aide et de conseils a été perçu positivement par tous les GMF.

« La même chose à la DSI, on a travaillé beaucoup ensemble pour les protocoles, les ordonnances collectives ». (Médecin responsable, GMF B).

Néanmoins, pour le GMF C, le processus d'élaboration a été retardé du fait de la responsabilité partagée à la fois de la DSP (direction des services professionnels) et de la DSI du CSSS, qui complexifie et ralentit la prise de décision notamment pour l'approbation des protocoles.

Dans deux des GMF (A et C), les médecins responsables déplorent un manque d'implication de la part de l'agence et du ministère concernant l'établissement de protocoles de soins standardisés ou du moins l'élaboration de balises aidant les GMF dans l'élaboration des protocoles de soins.

« Au niveau des ordonnances collectives, si je regarde le début des ordonnances ya aucun support, chacun faisait son ordonnance. Finalement il y avait beaucoup d'énergie déployée alors que ça aurait pu être pensé à l'avance. On peut-tu avoir un comité comme ils ont fait pour le protocole d'immunisation du Québec, donnez-nous au moins des balises pour qu'on ne soit pas tous à faire ». (Médecin responsable, GMF A).

Pour tous les GMF, le partage d'information avec des hôpitaux ou d'autres cliniques a permis d'accélérer le processus en ajustant des protocoles de soins déjà existants. La bonne entente avec le CSSS partenaire, et ce notamment avec les responsables des DSI, (GMF B et C) a représenté un élément facilitateur dans la bonne collaboration et dans l'aide et le support fournis. Pour le GMF A, à l'inverse, son manque d'intégration au sein de l'hôpital et du CLSC, du fait de la mauvaise connaissance du GMF en termes de rôle et de missions, est venu en début d'implantation retarder le processus puisque le GMF et le CLSC ont davantage peiné à collaborer concernant les protocoles de soins. L'élément facilitant la reconnaissance de leur existence et de leurs missions (facilitant leur intégration) au sein du CLSC et de l'hôpital universitaire a été la création du CSSS en 2004. Pour le médecin responsable, cela a facilité la coopération des directions du CSSS et notamment celle de la DSI en matière d'élaboration des protocoles de soins.

« Ben en fait le CSSS n'existait pas quand on était GMF et il est devenu CSSS et ça a facilité la reconnaissance de notre existence (...). Donc ça a été très bien reçu, j'ai eu un

très bon support de la part des gens du CSSS, donc ça nous a vraiment beaucoup aidé ».
(Médecin responsable, GMF A).

Enfin, la centralisation du pouvoir décisionnel au médecin responsable, chargé de la supervision dans l'élaboration des protocoles de soins, a facilité le travail d'équipe, en collaboration avec les CSSS, du fait qu'il ait été l'interlocuteur privilégié auprès des CSSS partenaires.

« Mais au niveau de la communication avec le CSSS, au niveau des infirmières, l'application des nouveaux protocoles et la discussion qu'il y a à faire, ça c'est le médecin responsable qui fait ça. Et ça, c'est quand même facilitant je dirais ». (Médecin omnipraticien, GMF B).

5.2.3.4 Processus d'implantation des dossiers médicaux électroniques

L'implantation de l'informatisation au sein des GMF a représenté un processus complexe et relativement long qui a demandé une implication de l'ensemble des professionnels à l'interne. Dans deux des GMF, l'implantation des dossiers médicaux électroniques (DME) a nécessité plus d'une année de travail, dans le GMF A, l'informatisation n'est pas encore achevée et a débuté depuis plus de deux ans. Des acteurs différents ont assuré la supervision (le leadership) dans le cadre de ce processus. Néanmoins, les médecins ont davantage influencé l'implantation des DME. Dans les GMF A et C, il s'agit des médecins (un médecin responsable et un médecin associé) qui ont pris en charge cette activité et l'ont supervisée. Par contre, dans le GMF B, l'implantation informatique a été supervisée par l'adjointe administrative, en lien avec le médecin responsable. Le

processus d'informatisation des dossiers patients a nécessité la mise en œuvre d'un ensemble d'activités : le choix des logiciels et des fournisseurs pour la numérisation des dossiers papiers ainsi que pour la gestion des dossiers électroniques, les demandes de subvention auprès de l'agence, la réorganisation du classement des dossiers, la numérisation des dossiers et la formation des médecins et des infirmières à l'utilisation du logiciel des gestion des dossiers médicaux électroniques (système informatisé des dossiers patients). Alors que les activités de choix des logiciels et de demandes de subvention ont fortement impliqué les personnes en charge de la supervision du processus, les activités de numérisation et de classement des dossiers ont mobilisé une grande partie des acteurs internes (médecins, infirmières, personnel administratif) qui ont tous collaboré au processus.

Dans deux des GMF (A et C), les médecins en charge de la supervision de l'informatisation ont déploré la complexité et la lourdeur du processus d'acceptation de la part de l'agence, pour l'implantation des DME. En effet, les médecins ont évoqué la longueur des étapes de contrôle et de vérification du projet d'informatisation (vérification des logiciels choisis, formulation des budgets alloués pour l'implantation) qui ont ralenti l'implantation des DME.

« Bien récemment on parlait du dossier médical électronique parce qu'on est dans un long processus d'essayer d'implanter ça. Et c'est compliqué parce qu'on est en établissement et le ministère a pendant longtemps gelé les fonds. Et on se sentait isolés car on se faisait imposer « là il faut choisir tel logiciel et telle compagnie » ». (Médecin omnipraticien, GMF C).

Au sein du GMF A, on note également un manque de souplesse et de clarté concernant le choix des logiciels et dans le GMF C un manque de souplesse quant à l'octroi du budget spécifique pour l'informatisation alors qu'un budget global aurait permis de répartir les ressources sur les activités jugées prioritaires (comme le DME par exemple). Dans ces deux mêmes GMF, les médecins déplorent le manque de conseils et d'aide de la part de l'ASSS, et notamment de la SOGIQUE concernant le choix des logiciels à implanter et parallèlement une trop grande rigidité liée au contrôle du projet d'informatisation en matière de budgets.

« Les obstacles on en a eu quelques-uns, je pense que la question de notre besoin réel de matériel, ça a été difficile de l'évaluer parce que on avait des contradictions quand la SOGIQUE est venue... ». (Médecin responsable, GMF A).

« Ça fait que les soumissions et puis tout ça, c'est lourd. Moi je verrais ça...à la place du gouvernement, on vous donne le budget pour avoir des balises, ça nous prend de l'informatique, des infirmières...». (Médecin omnipraticien, GMF C).

5.2.3.5 Développement de la coordination des soins avec les autres acteurs institutionnels des réseaux locaux de services (RLS)

Dans deux des GMF étudiés (A et B), le réseautage avec les réseaux locaux de services s'est développé progressivement. Le GMF C n'a, quant à lui, pas encore pu développer des services offerts conjointement avec les acteurs du réseau local de services. Pour ces GMF A et B, les médecins responsables mais aussi d'autres médecins associés ont joué un rôle particulièrement important, par leur volonté de développer le GMF en établissant des programmes de soins partagés ou des corridors de services. Au sein du GMF A, la création de la CRIU après l'implantation du GMF a permis le développement de

programmes de soins partagés avec le CLSC. Des professionnels de santé (nutritionnistes, travailleurs sociaux, psychologues) sont venus travailler avec les médecins du GMF. Pour le GMF B, la création d'une clinique-réseau avant la création du GMF a permis de renforcer les ententes informelles (corridors de services) existantes établies avec d'autres cliniques spécialisées et des hôpitaux. La collaboration des cliniques spécialisées et de l'hôpital universitaire, pour le développement de ces corridors de services, a été facilitée par le fait que le médecin responsable était en lien avec des médecins spécialistes pratiquant dans le même édifice et ayant des responsabilités au sein d'un hôpital universitaire.

« Lorsqu'on avait un problème en neurologie, puis le neurologue était pas ici, bien on l'appelait puis tout de suite il voyait notre patient à l'hôpital. Ça fait que ça faisait nos corridors de services. Et puis aussi des spécialistes dans l'édifice qui étaient chefs de département à l'hôpital X, ça fait qu'on avait installé des corridors informels. Mais là avec l'avènement de la clinique-réseau, ça nous a permis de faire une entente plus formelle pour les scans et les résonnances magnétiques ». (Médecin responsable, GMF B).

Pour le GMF A, la collaboration du CLSC pour le développement de programmes conjoints a été facilitée par le partage de la même vision de la pratique de première ligne qui garantit une forte accessibilité et une efficacité des soins par une meilleure coordination des soins en première ligne. Néanmoins, la collaboration a été progressive, la coopération entre les nouveaux professionnels et les médecins GMF a été un peu difficile du fait de leur appartenance à des cultures professionnelles différentes et de la

difficulté des médecins GMF à travailler en collaboration avec ce genre de professionnels. Le rôle du médecin responsable de la CRIU a donc été d'encourager et d'inciter les médecins à référer leurs patients aux professionnels et ainsi engager une collaboration.

« C'est un changement culturel aussi de travailler avec d'autres professionnels...on est vraiment 50 médecins et 15 professionnels. Alors ils sont super entourés de docteurs. Là tu viens dans une clinique où les médecins veulent ça...c'est un peu moins le fun car ils se sentent plus encadrés, limités (...) donc il y a eu un rééquilibrage à faire ». (Médecin omnipraticien, GMF A).

« Oui parce qu'il faut s'assurer que les médecins réfèrent bien leurs patients. Alors « n'oubliez pas il y a un nouveau service, on a embauché un travailleur social récemment ». Alors il faut le rappeler aux médecins (...). Il y a un leadership à faire parce que je suis en train d'informer les médecins de ce que l'équipe de professionnels peut faire ». (Médecin omnipraticien, GMF A).

Un tableau de synthèse présente les résultats principaux de la phase d'opérationnalisation du changement (tableau 3).

Tableau 3 : synthèse des résultats pour la phase d'opérationnalisation du changement

Activités		Acteurs clés	Rôles et actions	Capacités	Facteurs influençant le leadership
Gestion des GMF	Inscription des patients	Médecins responsables et soutien des techniciens en administration	Formation du personnel clérical concernant les procédures d'inscription	Capacités liées au style de leadership transformationnel : -Stimulation intellectuelle, à travers les formations	Barrière organisationnelle (GMF A) : -manque de coopération du personnel clérical de l'hôpital
	Intégration du personnel	-GMF A : médecin responsable -GMF B : adjointe administrative -GMF C : médecin associé	Formation du personnel clérical		Barrière organisationnelle (GMF A) : - Partage du personnel clérical avec l'hôpital (manque de vision de la pratique GMF)

Tableau 3 (suite)

Activités		Acteurs clés	Rôles et actions	Capacités	Facteurs influençant le leadership
Gestion des GMF	Gestion clinique	Ensemble des médecins des GMF, avec la supervision du médecin responsable	Gestion partagée des différents services ou programmes de soins Organisation de comités cliniques pour décider des orientations cliniques	Capacités liées au style de leadership transformationnel : Capacité de déléguer les tâches aux associés	Facteurs organisationnels : Centralisation du pouvoir décisionnel final au médecin responsable
Intégration des infirmières		Médecins responsables	Explication et promotion du rôle de l'infirmière auprès des associés	Capacités de conviction et de persuasion	Facteurs organisationnels : -barrières (GMF A) : éloignement physique des médecins et des infirmières -facteurs facilitant (GMF B et C) : travail préalable avec des infirmières cliniciennes
		Infirmières	Promotion de leur propre rôle, à travers une communication intensive avec les médecins	Capacités liées au leadership transformationnel : considération envers les médecins (disponibilité, écoute)	

Tableau 3 (suite)

Activités	Acteurs clés	Rôles et actions	Capacités	Facteurs influençant le leadership
Élaboration des protocoles de soins	Acteurs internes : médecins responsables	Préparation des protocoles de soins en fonction de la pratique	-----	<p>Barrières réglementaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Absence de balises ou de standardisation des protocoles <p>Facteurs organisationnels facilitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Échange de protocoles existant avec d'autres cliniques -Centralisation du pouvoir décisionnel au médecin responsable
	Acteurs externes : DSI des CSSS	Support pour la préparation des protocoles	<p>Facteurs reliés au leadership transformationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacité de considération (aide et conseils) 	

Activités	Acteurs clés	Rôles et actions	Capacités	Facteurs influençant le leadership
Implantation des DME	Supervision par des acteurs différents selon les GMF : -GMF A : le médecin responsable -GMF B : l'adjointe administrative -GMF C : un médecin associé	Choix des logiciels et des fournisseurs, rédaction des demandes de subvention auprès de l'ASSS, formation de l'équipe soignante à l'utilisation des logiciels	Capacités reliés au leadership transformationnel : -stimulation intellectuelle à travers les formations	Barrières réglementaires : -longueur des délais pour l'octroi des budgets informatiques de la part de l'ASSS -manque de souplesse pour le choix des logiciels de la part de l'ASS
	Mobilisation de l'ensemble du personnel pour la mise en place	Numérisation des dossiers médicaux papiers, réorganisation du classement des dossiers	-----	

Tableau 3 (suite)

	Acteurs clés	Rôles et actions	Capacités	Facteurs influençant le leadership
Développement de la coordination des soins avec les RLS	Médecins responsables en collaboration avec des médecins associés	Établissement de programmes de soins partagés (GMF A) et corridors de services (GMF B)	-----	<p>Facteurs organisationnels facilitant (GMF B) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Corridors informels existant -Réseau de contact au sein du RLS <p>Facteur facilitant lié aux valeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Partage de la même vision de la pratique, en termes de coordination des soins (entre responsables GMF et cliniques ou hôpitaux) <p>Barrière liée aux valeurs professionnelles (GMF A):</p> <ul style="list-style-type: none"> -difficulté des médecins omnipraticiens à collaborer avec les autres professionnels de santé

Chapitre 6-Discussion

Avant de répondre aux questions de recherche étudiées dans le cadre de ce mémoire, il convient tout d'abord de faire un bref rappel des principaux résultats empiriques qui seront ensuite discutés et comparés à la littérature identifiée plus haut.

Cette recherche a permis de mettre en évidence le processus d'influence (leadership) des acteurs clés impliqués dans la création et l'implantation des GMF au Québec et ceci en fonction des trois grandes phases de leadership associées au changement organisationnel présentes dans le cadre conceptuel proposé. Concernant la première phase correspondant à l'identification et à la reconnaissance du besoin de changement (c'est-à-dire de créer un GMF), le rôle et l'influence des médecins responsables ont été particulièrement importants. Leur rôle s'est manifesté par une communication intensive auprès des médecins associés afin de les convaincre de participer au projet de création du GMF, en leur démontrant notamment les avantages et les intérêts collectifs d'une nouvelle pratique de la médecine familiale. La deuxième phase de changement qui correspond dans notre cadre conceptuel à l'élaboration d'une nouvelle vision de l'organisation, a consisté à définir les nouvelles modalités de pratique et de fonctionnement des cliniques pour se conformer aux critères réglementaires imposés aux GMF par le ministère de la Santé et des Services Sociaux. Dans ce processus, les médecins responsables ont eu un rôle majeur dans le cadre de l'élaboration des contrats d'association avec l'ASSS. D'autres acteurs externes (DRMG, CSSS mais aussi des professionnels de l'agence) ont fourni un appui important et nécessaire dans le processus de négociation de l'acceptation des contrats d'association auprès de l'ASSS. Enfin, une fois les GMF accrédités, la phase d'implantation ou d'opérationnalisation a permis de mettre en place un certain nombre

d'activités : réorganisation administrative à travers l'inscription des patients, intégration des infirmières et collaboration avec les médecins, la gestion clinique, l'implantation des DME et enfin le développement d'une coordination des soins avec les RLS. Ces activités dépendamment de leur nature, ont fait intervenir au-delà des médecins responsables, un grand nombre d'acteurs à la fois internes (médecins associés, infirmières, adjoints administratifs) et externes (CSSS, DRMG, ASSS) aux GMF. L'opérationnalisation des GMF a donc représenté une phase où la collaboration à la fois de l'équipe GMF mais aussi de l'externe s'est grandement manifestée et a été nécessaire à l'implantation des nouvelles activités.

Les données recueillies dans les trois GMF ont permis de constater que le cadre conceptuel utilisé dans notre étude est particulièrement utile pour analyser le leadership des acteurs dans la mise en place du renouvellement organisationnel lié aux GMF. Les trois phases de leadership associées au changement organisationnel, présentes dans le cadre conceptuel proposé, permettent en effet d'identifier comment le leadership en tant que processus d'influence évolue au fil du temps. Cela est particulièrement utile pour analyser les rôles et actions des acteurs clés, les capacités associées ainsi que les barrières et les facteurs facilitant, qui sont spécifiques selon les étapes de leadership dans un contexte de transformation organisationnelle.

Notre étude a enfin permis de mettre en évidence la complémentarité des approches individuelles (dites classiques) et collectives. L'approche individuelle du leadership, comme nous l'avons vu précédemment, se focalise principalement sur les caractéristiques ou capacités d'un leader pour mettre en œuvre le changement de manière efficace.

L'approche collective quant à elle, voit dans l'exercice du leadership, une entreprise collective et partagée plutôt qu'émanant d'un seul leader. Dépendamment des phases de changement, la pertinence des deux approches a été mise en lumière. L'idée de changer de pratique ainsi que les démarches de création des GMF, émane de l'implication et de l'influence déterminantes des leaders médicaux, alors que la phase d'opérationnalisation du changement fait intervenir l'ensemble de acteurs à la fois internes et externes aux GMF.

La suite de la discussion met en lumière les résultats empiriques au regard de la littérature identifiée plus haut et ceci pour les trois phases de leadership identifiées dans le cadre conceptuel. Enfin, dans une dernière section, la spécificité du contexte de transformation des organisations de santé de première ligne, en termes d'exercice du leadership, est discutée.

6.1 Leadership dans la phase d'identification et de reconnaissance du besoin de changement

Dans cette première phase de leadership, on retrouve la même évolution des rôles et des actions des acteurs, que celle envisagée dans la littérature dans le cadre des approches transformationnelles du leadership (Tichy, Devanna, 1990; Kotter 1996). Le leadership se manifeste par l'introduction de l'idée du changement par un leader clé (le médecin responsable) qui la communique à ses associés. L'identification de changement amène un certain nombre de craintes évoquées par les associés qui éprouvent, au début, une résistance à l'idée de renouveler leur pratique. Le rôle du médecin leader consiste donc à communiquer de manière intensive et individualisée, en évoquant les raisons associées au

changement auprès de ses médecins partenaires. Le rôle du leader est vu comme nécessaire afin qu'il véhicule la nouvelle vision de la pratique associée au changement (Battilana 2010; Armenakis et Bedeian 1999; Kanter et al. 1992) et ainsi convaincre les associés de l'opportunité du changement.

Cette phase de leadership implique un rôle et des actions stratégiques de la part du leader et les capacités associées à ce leadership stratégique correspondent aux qualités associées au leader transformationnel (Battilana 2010; Armenakis and Bedeian 1999; Kanter et al. 1992). Les médecins leaders, par leur rôle stratégique font appel à leur influence idéalisée ou charismatique, par laquelle ils sont en mesure de véhiculer et transmettre à leurs associés une nouvelle vision de la pratique et le sens de la mission collective, par le respect et la confiance qu'il leur inspire (Bass 1990). Une autre capacité est la considération qu'ils accordent aux médecins associés, par leur écoute et leur disponibilité afin d'apaiser les craintes liées au changement (Bass 1990). Deux autres compétences associées au leadership des médecins leaders ont été mises en évidence. Ces capacités de leadership n'ont pas été envisagées dans la littérature. Néanmoins, elles pourraient être intégrées au sein des catégories de compétences envisagées dans le cadre des approches transformationnelles. Ainsi, la capacité des médecins leaders à convaincre leurs associés de l'opportunité du changement semble être rattachée à leur influence charismatique ou idéalisée, puisque la confiance accordée aux leaders agit en faveur de l'acceptation du renouvellement de leur pratique. Enfin, par leur communication de l'opportunité du changement, les médecins leaders font appel à leur capacité de rassembler l'équipe médicale autour des intérêts collectifs liés au renouvellement de la pratique. Cette

compétence encore une fois convient bien au leadership transformationnel dont la définition met en avant la communication d'une vision commune du changement en mesure d'être partagée par tous et donc de rassembler tous les membres de l'organisation autour d'intérêts communs (Bass 1990).

Deux grands types de facteurs influençant le leadership pour l'identification et la reconnaissance du besoin de changement, ont été mis en évidence. La bonne cohésion de l'équipe médicale ainsi que la petite taille de l'équipe (pour l'un des GMF) ont représenté des facteurs organisationnels facilitant l'influence des médecins leaders pour la reconnaissance du besoin de changer de pratique. Enfin, le partage de la même vision de la pratique de médecine familiale en termes d'accessibilité et de satisfaction des besoins de la population a été un élément culturel ou lié aux valeurs, qui a permis d'influencer positivement le changement. À l'opposé, la vision ou culture individualiste (refus d'une responsabilité collective à l'égard des patients, d'une pratique interdisciplinaire et collaborative) de la médecine familiale, pour certains médecins, a représenté un facteur empêchant ou retardant la reconnaissance du besoin de modifier la pratique.

6.2 Leadership pour l'élaboration d'une nouvelle vision de l'organisation (création des GMF)

Dans cette deuxième phase de leadership envisagée dans le cadre conceptuel, les rôles et les actions des acteurs clés ont consisté à définir de nouvelles missions de l'organisation GMF (Tichy et Devanna, 1990), par l'élaboration des contrats d'association qui fixent les orientations en matière de prise en charge des patients. Cette activité repose sur l'implication importante des médecins responsables. Néanmoins, on note une influence

d'avantage collective et partagée que dans la première phase de leadership, où l'influence individuelle des médecins leaders a davantage été déterminante pour l'acceptation du changement. En effet, l'élaboration des nouvelles missions et buts de l'organisation GMF repose davantage sur l'ensemble des interactions d'influence entre les acteurs internes et externes des futurs GMF (Lock et Kirkpatrick, 1991; Yukl, 1994; Hunt, 1991). Au niveau interne, la définition du renouvellement de la pratique s'est faite de manière collective et consensuelle avec l'équipe médicale (partage des horaires et des modalités de prise en charge). Au niveau externe, les critères de prise en charge imposés par le ministère ont conduit à un processus de négociation entre les cliniques et les ASSS afin de trouver un consensus pour le fonctionnement et les missions des futurs GMF. La pression réglementaire, exercée par l'externe a donc influencé le leadership mené pour la création des GMF. Des acteurs externes (DRMG, CSSS) ont également exercé une forte influence dans cette phase d'initiation des GMF, en soutenant le projet de création auprès des ASSS en charge d'accréditer les nouveaux GMF.

Le rôle et les actions des acteurs clés sont ici encore une fois associés à un leadership stratégique. Au niveau interne, les médecins leaders ont eu à définir les modalités et les horaires de partage des responsabilités qui suscitent l'adhésion de tous les médecins associés, tout en respectant leurs intérêts afin de les motiver à s'impliquer dans le changement poursuivi. Cette capacité stratégique de rassembler autour d'intérêts partagés, apparaît parmi les compétences identifiées dans les travaux de Bass (1990) et d'Avolio et Bass (1995). L'établissement d'ententes au niveau du partage des responsabilités avec d'autres cliniques a donc représenté un moyen de ménager les

médecins associés afin de ne pas leur imposer de charge de travail supplémentaire qui puisse les décourager d'adhérer au nouveau mode d'organisation GMF. Cette capacité est reliée au style de leadership transformationnel envisagé par Bass, qui correspond aux capacités d'inspiration et de motivation afin d'obtenir l'adhésion et l'implication du groupe en faveur du changement (Bass 1990). Au niveau externe, l'appui stratégique des DRMG et des CSSS, en matière de négociation avec les ASSS, a permis de faire accepter l'accréditation des cliniques pour obtenir le statut de GMF. Ces acteurs externes, jouant le rôle d'intermédiaires dans le processus de négociation, ont donc exercé une forte influence de par leur capacité de convaincre.

Dans cette phase de création, on observe un processus d'influence indissociable du contexte à la fois règlementaire et culturel dans lequel se situe le renouvellement de la pratique de première ligne. Comme l'ont souligné certains auteurs, l'exercice du leadership est en effet fortement dépendant de l'environnement dans lequel une organisation se transforme (Ken W 1998; Uhl-Bien 2006). Le contexte règlementaire associé à la création des GMF (encadrement de la pratique GMF par le ministère), a représenté un facteur empêchant ou du moins ralentissant, au début de la première vague GMF, l'influence des acteurs en faveur de la création des GMF, du fait de la rigidité des critères imposés aux cliniques. A l'inverse, le contexte culturel, relié aux valeurs de pratique, a été un élément facilitant le leadership pour le renouveau de la pratique, par un partage du même idéal ou d'une vision novatrice de la pratique par l'ensemble des acteurs qui ont été impliqués dans l'initiation des GMF.

6.3 Leadership pour l'opérationnalisation du changement

La phase d'opérationnalisation envisagée comme la troisième phase de changement dans notre cadre conceptuel, met en évidence l'implication et l'influence d'un ensemble d'acteurs aussi bien internes (médecins, infirmières, gestionnaires) qu'externes (CSSS, ASSS, DRMG), afin de mettre en place les activités opérationnelles qui garantissent l'atteinte des nouvelles missions et buts des GMF. Ainsi, cette phase correspond davantage aux définitions et approches partagées ou collectives du leadership, dans le sens du leadership basé sur les relations d'influence mutuelle et multidirectionnelle de l'ensemble des acteurs impliqués dans le changement organisationnel (Iles and Preece 2006; Ken W 1998; Yukl 1999; Uhl-Bien 2006; Fulop and Day 2010). En effet, les activités opérationnelles mises en place reposent davantage sur un partage des responsabilités. L'ensemble des médecins s'est partagé la responsabilité en matière de gestion clinique, des services offerts aux patients. Les infirmières ont exercé une influence concernant la collaboration avec les médecins en matière de prise en charge des patients. Les adjoints administratifs ont eu quant à eux un fort leadership concernant la réorganisation administrative des GMF notamment en matière d'inscription de la clientèle. Au niveau externe, les CSSS notamment, ont exercé un fort support concernant l'élaboration des protocoles de soins en coopération avec les GMF.

La mise en place des activités opérationnelles met en évidence deux styles de leadership exercés par l'ensemble des acteurs impliqués dans leur domaine de réorganisation respectifs : un leadership à la fois transactionnel et transformationnel. Ces deux styles sont vus comme nécessaires à la mise en place du changement car ils sont considérés comme complémentaires (Armenakis et Bedeian 1999; Kanter et al. 1992; Battilana

2010). On note en effet des compétences ou capacités reliées au style de leadership transactionnel. Les médecins responsables et les médecins associés ont exercé un leadership transactionnel, notamment lorsqu'ils ont dû définir le rôle des infirmières ou encore au moment de définir les tâches administratives assurées par le technicien en administration et le personnel clérical. Il en est de même pour l'ASSS, à travers ses activités de définition et de vérification des budgets attribués aux GMF et des critères réglementaires imposés aux GMF. Des capacités associées au leadership transformationnel ont permis d'obtenir la coopération et l'implication de tous les membres du GMF mais aussi de la part d'autres acteurs externes pour mettre en œuvre les activités opérationnelles. Ainsi, on retrouve les capacités de stimulation intellectuelle, à travers notamment la formation, l'aide et les conseils permettant d'expliquer et de montrer de nouvelles façons de faire et, de résoudre les problèmes qui se posent au niveau organisationnel (Bass 1990).

Dans cette phase, on retrouve plusieurs catégories de facteurs qui ont influencé le leadership pour la mise en place du changement qui dépendent des types d'activités mises en place. Un certain nombre de facteurs organisationnels ont aidé ou facilité le leadership. Le rapprochement physique de l'équipe (membres des GMF) et sa bonne cohésion a permis une meilleure collaboration à la fois entre médecins et entre l'équipe médicale et les infirmières. L'existence d'une structure de prise en charge comparable au mode d'organisation GMF (corridors de soins) a représenté un élément facilitant notamment concernant le développement de la coordination des soins avec le RLS. La rigidité des critères réglementaires imposés par l'ASSS (procédures budgétaires, exigences liées à l'informatisation) a été un facteur retardant le processus

d'informatisation. Enfin, des facteurs reliés aux valeurs ou aux cultures professionnelles ont représenté à la fois des éléments facilitant et des barrières pour l'exercice du leadership. Le partage de la même vision de la pratique a facilité la coopération et la collaboration des acteurs aussi bien internes (médecins et infirmières) et externes (CSSS, autres cliniques), notamment concernant les activités d'intégration des infirmières et d'élaboration des protocoles de soins infirmiers. Par contre, la divergence de culture professionnelle entre les médecins et les autres professionnels de santé a constitué un facteur entravant le leadership, notamment pour le développement de la coordination des soins avec les professionnels de santé des CSSS.

6.4 Particularité du contexte de transformation des GMF et spécificité de l'exercice du leadership

Comme mentionné dans le chapitre consacré à la revue de la littérature, la gouvernance des organisations de santé (dans ce cas-ci les GMF) est caractérisée par sa complexité. La transformation des GMF fait intervenir une multitude d'acteurs à la fois internes, soit les membres des GMF (médecins, infirmières, gestionnaires) et externes, soit les acteurs des RLS, c'est-à-dire les ASSS, les CSSS, les DRMG, des cliniques, des hôpitaux etc. À l'interne, les GMF présentent des caractéristiques spécifiques, de par la coexistence et la collaboration de groupes professionnels différents (médecins, infirmières, gestionnaires, autres professionnels de santé), qui possèdent des valeurs, des intérêts et des expertises parfois divergents (Mintzberg, 1997). À l'externe, les GMF font face à d'importantes pressions externes de la part de l'ASSS, en matière réglementaire (encadrement du fonctionnement et de la pratique) et budgétaire, plus fortes que celles subies par d'autres organisations privées (Gilmartin et D'Aunno 2007). De plus, les GMF constituent des

miro-organisations cherchant à atteindre le statut d'organisations, ce qui les différencie d'un certain nombre d'autres organisations qui ont atteint une plus grande maturité.

Pour ces raisons, le contexte d'implantation des nouvelles organisations que sont les GMF ainsi que leur statut organisationnel, comportent des particularités non partagées avec d'autres organisations. Ainsi, l'exercice du leadership est certainement spécifique au contexte de changement entourant l'implantation des GMF. Ce contexte particulier influence la dynamique de leadership et le rôle et les actions des acteurs clés impliqués. C'est pourquoi l'étude du contexte qui a été menée dans le cadre de cette étude apparaît particulièrement importante, afin de mieux comprendre et analyser le rôle et les actions des acteurs, mais aussi les facteurs contextuels facilitant ou entravant l'exercice du leadership en faveur de l'implantation des GMF. L'étude processuelle, adaptée pour analyser l'expression du leadership dans le cas de la création des GMF, a été à même de capturer d'une part, la complexité du leadership, à travers l'étude approfondie du contexte et d'autre part son évolution au fil du temps.

6.5 Limites de l'étude

Le fait d'avoir étudié trois GMF ayant des caractéristiques différentes, en termes de taille, de statut (universitaire ou non) et d'emplacement géographique (urbain ou rural), favorise une certaine applicabilité des résultats de notre étude à d'autres GMF. Néanmoins, un plus grand échantillon de cas aurait certainement permis de généraliser les résultats avec une plus grande confiance. Il aurait été intéressant d'étudier plusieurs GMF ayant des caractéristiques similaires (sur les trois critères pris en compte), afin de voir dans quelle mesure les GMF ayant des attributs comparables ont des dynamiques de leadership

similaires. En outre, une étude de cas comportant plusieurs niveaux d'analyse aurait permis de prendre en compte une plus grande diversité de points de vue sur le phénomène étudié. Ainsi, on aurait pu, en plus des acteurs internes aux GMF (médecins, infirmières et gestionnaires), inclure dans l'étude les acteurs périphériques de première ligne ayant contribué à la création et à l'implantation des GMF. On aurait ainsi pu interviewer les responsables des CSSS partenaires des GMF (directeur des services professionnels, directeur des soins infirmiers), mais aussi les chefs de DRMG, ou encore les chargés de projet GMF au niveau de l'ASSS.

Finalement, notre étude s'est contentée d'étudier l'évolution du processus d'influence et d'implication des acteurs clés en faveur du renouvellement de la médecine familiale. Il s'agit donc d'une étude exploratoire qui a permis de voir comment se manifeste le leadership dans un contexte de changement organisationnel dans le cadre des services de soins de première ligne. Afin d'approfondir l'analyse du leadership dans les contextes de transformation des organisations de santé, il reste un effort à fournir pour les futures recherches, afin de mesurer l'impact de l'exercice du leadership sur les résultats du changement organisationnel. Il convient donc de mettre en évidence si l'exercice du leadership permet d'atteindre les buts des GMF en termes d'accessibilité, de collaboration interprofessionnelle et de coordination des soins avec les réseaux locaux de services.

Chapitre 7-Conclusion

Dans le contexte de renouvellement des services de première ligne au Québec, les GMF ont été mis en place afin d'accroître l'accessibilité des soins en offrant des services de médecine familiale de proximité en intégration avec les services de deuxième et troisième ligne offerts dans les réseaux locaux de services. Alors que les GMF sont des organisations relativement récentes, il existe à l'heure actuelle relativement peu d'information sur l'implantation des GMF et sur la façon dont les acteurs impliqués ont influencé la création et le développement de ces organisations. En s'intéressant au leadership, en tant que processus d'implication et d'influence des acteurs dans le contexte de création et d'implantation des GMF, la présente étude a permis de mettre en évidence les rôles et les actions des principaux acteurs du changement et ceci tout au long du processus de transformation organisationnelle. Le cadre conceptuel proposé ici a permis d'identifier l'évolution du rôle des acteurs, de l'amont de la création (identification et reconnaissance du besoin de changement) jusqu'à l'implantation opérationnelle des activités des GMF. Un certain nombre de facteurs facilitant le leadership des acteurs a également été mis en avant : les capacités ou compétences des acteurs, les facteurs organisationnels, l'environnement réglementaire, mais aussi les facteurs liés à la culture et aux valeurs professionnelles des acteurs.

On a pu mettre en évidence l'importance du leadership des acteurs internes et notamment du médecin responsable dont le rôle a été crucial dans toutes les phases de leadership, que ce soit pour communiquer la nouvelle vision de la pratique à ses associés et les convaincre du besoin de changer de pratique, pour définir le nouveau mode d'organisation et de fonctionnement des GMF ou encore pour aider à définir le rôle et le

partage des responsabilités à l'interne entre tous les membres du GMF (médecins, infirmières, personnel administratif). On a pu observer un leadership collectif et partagé lorsqu'il s'agit d'opérationnaliser le changement par la mise en place des activités diverses, de réorganisation administrative, d'élaboration des protocoles de soins, d'informatisation ou encore de développement de la coordination avec le RLS. À l'externe, plusieurs acteurs ont exercé un fort leadership, en soutenant les GMF lors de l'implantation de différentes activités. La collaboration CSSS-GMF a permis de faciliter la mise en place des protocoles de soins infirmiers, tandis que le soutien de l'ASSS s'est manifesté dans son encadrement pour la mise en place des activités d'implantation des GMF. D'autres acteurs comme les DRMG ont soutenu le projet de création des GMF auprès de l'ASSS quand il s'agissait de négocier certains critères d'organisation des GMF.

Ainsi, les deux approches du leadership (individuelles et collectives), semblent se compléter plutôt que s'opposer. Une approche individuelle est pertinente lorsqu'il s'agit d'identifier les rôles et les capacités associés aux leaders médicaux, qui ont exercé un fort leadership, particulièrement au début du processus de création des GMF. Enfin, une approche collective est utile pour identifier les relations d'influence entre l'ensemble des acteurs à la fois internes et externes des GMF, dans le cadre de l'implantation des GMF.

Des efforts en termes de leadership restent à fournir tant à l'interne qu'à l'externe pour assurer un développement des GMF vers une collaboration accrue avec l'ensemble des acteurs institutionnels des RLS, afin de continuer à améliorer l'intégration des soins dans le réseau de la santé. Un fort leadership est nécessaire de la part du ministère et des ASSS

afin de soutenir le développement des systèmes informatiques et de mettre au point des outils capables de mieux gérer les clientèles et d'appuyer les décisions cliniques de manière rapide et efficace. Plus d'efforts sont enfin à fournir en termes d'intégration du rôle des infirmières au sein des équipes médicales. Cette intégration devrait se faire par le développement continu de nouveaux protocoles de soins afin de permettre aux infirmières d'assurer un suivi systématique pour l'ensemble des problèmes de santé qui se présentent.

Références

Alexander JA., Comfort MB., Weiner BJ., Bogue R. (2001). "Leadership in collaborative community health partnerships". Nonprofit Management and Leadership **12**(2):159.

Alvesson M, Sveningsson S. (2003a). "Good visions, bad micro-management and ugly ambiguity: contradictions of (non-) leadership in a knowledge-intensive organization". Organization Studies **24**(6):961-988.

Alvesson M, Sveningsson S. (2003b). "Managers doing leadership: the extraordinaryization of the mundane". Human Relations **56**(2):1435-1459.

Armenakis, A. A. and A. G. Bedeian (1999). "Organizational Change: A Review of Theory and Research in the 1990s." Journal of Management **25**(3): 293-315.

Avolio, B. J. and B. M. Bass (1995). "Individual consideration viewed at multiple levels of analysis: A multi-level framework for examining the diffusion of transformational leadership." The leadership Quarterly **6**(2): 199-218.

Bass, B. M. (1990). "From transactional to transformational leadership – learning to share the vision." Organizational Dynamics **18**(3): 19-31.

Bass, B. M. (1999). "Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership." European Journal of Work and Organizational Psychology **8**(1): 9-32.

Bass BM. (1985). *Leadership and performance beyond expectation*. New-York: Free Press.

Battilana, J. (2010). "Leadership competencies for implementing planned organizational change." The leadership Quarterly **21**(3): 422-438.

Beaulieu MD, Denis JL, D'Amour D, Haggerty J, Hudon E, Lamothe L, Jobin G, Goudreau J, Guay H, Lebeau R. (2005). "L'implantation des groupes de médecine de famille, le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Résultats préliminaires de la première année d'observation". IRSPUM, 2005.

Beer M., Nohria N. (2000). *Breaking the code of change*. Boston: Harvard Business School Press.

Blau, P. (1963). "Critical remarks on Weber's theory of authority". American Political Science Review 57: 305-315.

Breton M., Levesque J-F., Pineault R., Hogg W. (2011). "L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires". Pratiques et Organisation des Soins 42(2) :101-109.

Brown, S. L. and K. M. Eisenhardt (1997). "The Art of Continuous Change: Linking Complexity Theory and Time-Paced Evolution in Relentlessly Shifting Organizations." Administrative Science Quarterly 42(1): 1-34.

Bryman AE. (1996). "Leadership in organizations". Dans Clegg SR, Hardy C, Nord WR eds. *Handbook of organization studies*. Thousand Oaks: Sage, 276-292.

Bryman AE. (1992). *Charisma and leadership in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Buchanan David A, Addicott R., Fitzgerald L., Ferlie E., and Baeza JI. (2007). "Nobody in charge: Distributed change agency in healthcare". Human Relations 60(7): 1065-1090.

Buchanan David A, Huczynski A. (2007). *Organization behaviour: an introductory text*. Lieu: Prentice-Hall International, 487p.

Burns JM. (1978). *Leadership*. New-York: Harper & Row.

Carroll B, Lester L. (2008). "Defaulting to management: leadership defined by what it is not". Organization **15**(1):75-96.

Chreim, S., B. E. Williams, et al. (2010). "Change agency in a primary health care context: the case of distributed leadership." Health Care Management Review **35**(2): 187-199.

Conger J.A, Kanungo R.N. (1987). "Toward a behavioral theory of charismatic leadership in organizational settings". The Academy of Management Review **12**(4):637-647.

Contandriopoulos AP., Champagne F., Potvin L., Denis J-L., Boyle P. (1990). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Denis, J-L., Langley A, Sergi A. (2012). "Leadership in the plural". The Academy of Management Annals **6**(1): 211-283.

Denis, J.-L., A. Langley A, et al. (2010). "The Practice of Leadership in the Messy World of Organizations." Leadership **6**(1): 67-88.

Denis, J-L., Langley A, Rouleau L. (2005). "Rethinking leadership in public organizations". Dans *The Oxford handbook of public management*, Ferlie E, Lynn Jr. LE, Pollitt C eds. Oxford: Oxford University Press, 446-467.

Denis, J.L, Lamothe, L, & Langley A. (2001). "The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations". Academy of Management Journal **44**(4): 809–37.

Denis JL, Lamothe L, Langley A, Valette A. 1999. "The struggle to redefine boundaries in the healthcare system". Dans *Restructuring the professional organization: accounting, healthcare and law*, Brock DM, powell MJ, Hinings CR eds. London: Routledge, 105-131.

Dow T.E, Jr. (1969). "The theory of charisma". Sociological quarterly **10**: 306-318.

Eisenbach R., Watson K., Pillai R. (1999). "Transformational leadership in contexte of organizational change". Journal of Organizational Change Management **12**(2):80-89.

Ferlie E, Fitzgerald L, Wood M, Hawkins C. (2005). "The non spread of innovations: the mediating role of professionals". Academy of Management Journal **48**(1):117-134.

Fiedler, F.E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. New York: McGraw-Hill.

Fiol CM., Harris D., House R. (1999). "Charismatic leadership: strategies for effecting social change". Leadership Quaterly **10**(3):449-482.

Fletcher, J.K. (2004). "The paradox of postheroic leadership: an essay on gender, power and transformational leadership". Leadership Quaterly **15**(5): 647-661.

Ford, J. D. and L. W. Ford (1994). "Logics of Identity, Contradiction, and Attraction in Change." The Academy of Management Review **19**(4): 756-785.

Francesco, F. L. (2007). "Implementing managerial innovations in primary care: can we rank change drivers in complex adaptive organizations?" Health Care Management Review **32**(3): 213-225.

Friedrich C.J. (1961). "Political leadership and the problem of the charismatic power". *Journal of Politics* **23**: 3-24.

Fulop, L. and G. E. Day (2010). "From leader to leadership: clinician managers and where to next?" *Australian Health Review* **34**(3): 344-351.

Gerstern CR., Day DV. (1997). "Meta-analytic review of of leader-member-exchange theory: correlates and construct issues". *Journal of Applied Psychology* **82**(6): 827-844.

Giglio L., Diamante T., Urban JM. (1998). "Coaching a leader: leveraging change at the top". *Journal of Management Development* **17**(2): 93-105.

Gilmartin M.J, D'Aunno T.A. (2007). *Leadership research in healthcare: A review and roadmap. Annals of the Academy of Management* . Vol 1, (Brief, A & Walsh, J.P (eds.), New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.

Gilmartin MJ, D'Aunno TA. (2007). "Leadership research in Healthcare : a review and roadmap". *The Academy of Management Annals* **1**(1):387-438.

Goleman D. (1998). *Working with emotional intelligence*. London: Bloomsbury.

Government of Canada. (2003). *First Ministers' accord on health care renewal*. Ottawa: Health Canada.

Graen G., Uhl-Bien M. (1995). "Relationship-based approach to leadership: development of leader-member-exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: applying a multi-level multi-domain perspective". *The Leadership Quarterly* **6**(2): 219-247.

Gronn, P. (2002). "Distributed leadership as a unit of analysis." *The leadership quarterly* **13**(4): 423-451.

Higgs, M. and D. Rowland (2005). "All changes great and small: Exploring approaches to change and its leadership." Journal of Change Management 5(2): 121-151.

Hunt JG. (1991). *Leadership: a new synthesis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Hutchison, B. (2008). "A long time coming: primary healthcare renewal in Canada." Healthcarepapers 8(2): 10-24.

Hutchison, B., J.-F. Levesque, et al. (2011). "Primary Health Care in Canada: Systems in Motion." Milbank Quarterly 89(2): 256-288.

Iles, P. and D. Preece (2006). "Developing Leaders or Developing Leadership? The Academy of Chief Executives' Programmes in the North East of England." Leadership 2(3): 317-340.

Kan, M. M. and K. W. Parry (2004). "Identifying paradox: A grounded theory of leadership in overcoming resistance to change." The leadership quarterly 15(4): 467-491.

Kanter R.M, Stein B. et Jick T. (1992). *The challenge of organizational change: how companies experience it and leaders guide it*. New York. Free Press.

Katz D., Kahn RL. (1978). *The social psychology of organizations*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Ken W, P. (1998). "Grounded theory and social process: A new direction for leadership research." The leadership Quarterly 9(1): 85-105.

Kirk J, Miller ML. 1986. *Reliability and validity in qualitative research*. (Vol 1, Qualitative research methods, Sage university papers). NewBury Park, CA: Sage publications.

Knights, D. and H. Willmott (1992). "Conceptualizing leadership processes: a study of senior managers in a financial services company." Journal of Management Studies **29**(6): 761-782.

Kotter J.P. (1995). "Leading change: why transformation efforts fail". Harvard Business review **73**(2): 59-67.

Lincoln EG, Guba YS. (1985). *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks: Sage publications.

Lock EA, Kirkpatrick SA. (1991). "Leadership: do traits matter? ". Academy of Management Executive **5**(2), 48-60.

Marcus J.T. (1961). Transcendence and charisma. Western Political Quarterly **14** : 236-241.

Miles AM, Huberman MB. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2nde édition). Bruxelles : De Boeck.

Miles Matthew B., Huberman A. Michael. (1994). *The qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2nd edition. Thousand Oaks. Sage Publications.

Mintzberg, H. (1997). "Toward Healthier Hospitals". Health Care Management Review **22**(4): 9–18.

Mintzberg, H., Ahlstrand B., Lampel J. (1999). *Safari en pays stratégie. L'exploration des grands courants de la pensée stratégique*. Paris. Village Mondial, 432 pages.

MSSS. (2012). « A propos des GMF ».

«<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/gmf/index.php?a-propos-fr>».

(page consultée le 20 janvier 2012).

MSSS (2008). *Evaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecins de famille au Québec*. MSSS. Décembre 2008.

Nadler DA., Tushman ML. (1999). "The organization of the future: strategic imperatives and core competencies for the 21st century". Organizational Dynamics **28**(1):45-60.

Patton MQ. 2002. Strategic themes in qualitative inquiry. In *Qualitative Research and evaluation methods*, Patton MQ eds. Thousand Oaks: Sage Publications, 37-73.

Pawar BP., Eastman KK. (1997). "The nature of implication of contextual influences on transformational leadership: a conceptual examination". The Academy of Management review **22**(1): 80-109.

Pomey M.P, Martin E., Forest PG. (2009). "Quebec's family medicine groups: innovation and compromise in the reform of front-line care". Canadian Political Science Review **3**(4): 31-46.

Potter J., Hooper A. (2005). *Developping strategic leadership skills*. London: The Chartered Institute of Personnel Development.

Romanow Roy J. (2002). *Building on values: the future of health care in Canada*. Ottawa: Commission on the Future of Healthcare in Canada.

SECOR(2000). "La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés: Positionnement des cabinets privés un cadre d'orientation". Le médecin du Québec **35**(3):103-34.

Senate Standing Committee on Social Affairs , Science and Technology. (2002). *The health of Canadians—The federal role of*. Volume six: recommendations for reform. Ottawa.

Senge, PM. (1997). Communities of leaders and learners. *Harvard Business Review* 75(5):30-31.

Tichy N., Devanna M. (1990). *The transformational leader*. New-York: Wiley College.

Van der Maren. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. (2nde édition). Montréal : PUM.

Uhl-Bien, M. (2006). "Relational Leadership Theory: Exploring the social processes of leadership and organizing." *The leadership Quarterly* 17(6): 654-676.

Waldam D., Bass B., Yammarino F. (1990). The augmenting effect of transformational leadership. In Clark K, Clark M, *Measures of leadership* (p115-169). West Orange, NJ: Leadership Library of America.

Wheathley, MJ. (1992). *Leadership and the new science: learning about organization from an orderly universe*. San Francisco: Berett- Koehler Publishers.

Yukl, G.A. (1999). "An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories." *The leadership Quarterly* 10(2): 285-305.

Yukl G.A. (1994). *Leadership in organizations*. (3rd edition). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Annexe 1

Grille d'entrevue

Structure de l'entrevue

A – Des questions porteront sur votre expérience et sur la présence et le rôle des leaders dans la création des GMF, plus particulièrement sur celui du leadership des médecins, des directeurs et d'autres acteurs clés.

B – Nous poursuivrons avec des questions sur l'influence des facteurs reliés au système de santé, aux leviers politiques et au contexte qui faciliteraient ou empêcheraient le développement du leadership.

C – Enfin nous vous demanderons de nous proposer des moyens qui renforceraient ce leadership, surtout celui des médecins, pour renouveler les soins de santé primaire au Québec.

A – Le leadership dans le processus de création et d'implantation d'un GMF

- 1- Quel était votre contexte de travail avant la création du GMF (fonction, responsabilités, lieu et équipe de travail)?
- 2- Quelle(s) est votre fonction(s) actuelle dans le GMF ou le système de santé?
- 3- Pouvez-vous nous décrire brièvement l'historique/la chronologie de la création de votre GMF : lancement de l'idée, acteurs, activités développées, spécificités de votre GMF et l'évolution de votre GMF au cours du temps? Quel a été votre rôle dans ces événements?

- 4- Quels sont les acteurs clés qui ont été impliqués dans le processus de mise en œuvre du GMF?
 - a. Qui sont-ils?
 - b. Si ce sont des acteurs internes du GMF : de quel groupe de professionnels sont-ils?
 - c. Si ce sont des acteurs du système de santé : à quel niveau interviennent-ils?

- 5- Qu'est-ce que cela signifie pour vous exercer du leadership?

- 6- Comment s'est manifesté le leadership de ces acteurs au moment de la prise de décision de création (initiation) et de l'implantation du GMF?
 - a. Quel(s) rôle(s) ont-ils eu au moment de la création du GMF? Et particulièrement celui d'un médecin leader, du responsable du GMF?
 - b. Quelles qualités et compétences ces acteurs ont-ils mobilisé pour initier le changement/la création du GMF?
 - c. A quels moments clés ces acteurs ont-ils été importants?

- 7- Comment l'influence ou l'implication (leadership) des acteurs a-t-elle évolué dans le temps (entre la phase d'initiation et la phase d'implantation/d'opérationnalisation du GMF)?

- 8- Si c'était à refaire, que faudrait-il développer afin d'améliorer/ renforcer l'influence ou l'implication (leadership) des acteurs clés de la mise en œuvre de votre GMF?

B- Facteurs influençant le leadership dans le processus d'initiation et d'implantation du GMF :

- 9- Quelles ont été les interactions entre les acteurs-clés (que vous avez cités auparavant) avec et les autres acteurs des différents pôles de décision ?
 - a. Au sein du GMF

- b. Entre le CSSS partenaire et votre GMF
- c. Entre d'autres organisations de première ligne ou du système de santé (ministère, régie régionale, FMOQ) et votre GMF
- d. Entre le DRMG et votre GMF

10- Quels sont les éléments du contexte (acteurs, processus de décision et d'implantation, évènements, leviers politiques, facteurs systémiques, etc.) qui ont facilité ou été un obstacle à votre travail de création et d'implantation du GMF/en faveur du changement des soins primaires au Québec ?

C- Renforcement du leadership

11- Quelle appréciation faites-vous de l'influence ou implication (leadership) exercée pour la création et l'implantation de votre GMF : influence/implication médicale (interne) mais aussi influence/implication des acteurs externes (régie régionale, DRMG, CSSS...)? Quel(s) type(s) d'aide ou support auriez-vous aimé avoir de la part des acteurs externes (régie régionale, DRMG, CSSS, FMOQ...)?

12- Selon vous, comment pourrait-on renforcer l'influence/implication des acteurs clés de la mise en œuvre des GMF et plus particulièrement celle des médecins

