

# Le *leadership* comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale

## *Leadership as a factor for change in the health field: the role of medical education*

Delphine ARWEILER<sup>1,2</sup>, Émilie NOYEAU<sup>2</sup>, Bernard CHARLIN<sup>2</sup>, Bernard MILLETTE<sup>2</sup>  
et Brian HODGES<sup>1</sup>

1 Wilson Centre for Research in Education, University Health Network, Faculty of medicine, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

2 Centre de Pédagogie Appliquée aux Sciences de la Santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Manuscrit reçu le 21 janvier 2010; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 10 octobre 2010; accepté pour publication le 6 janvier 2011

### Mots clés :

Éducation médicale ;  
gestion du changement ;  
*leadership* ;  
facultés de médecine ;  
gouvernance

**Résumé – Contexte :** Du fait de l'évolution de nos sociétés, il est nécessaire d'apporter des changements aux systèmes de santé afin qu'ils répondent plus adéquatement aux besoins. Les facultés de médecine apparaissent comme l'un des acteurs privilégiés de ce changement. **But :** Cet article examine le processus qui peut être mis en place dans les facultés pour susciter, accompagner ou gérer ces changements dans le domaine de l'éducation médicale et de la pratique clinique. **Méthodes :** Cette analyse repose sur un facteur de changement particulier, le *leadership*, qui est une pratique individuelle et collective d'influence. Cette recherche est basée sur une synthèse de revues de littératures dans les domaines de l'éducation médicale et des organisations. **Résultats :** Le *leadership* peut s'avérer une bonne mesure de gestion du changement en éducation médicale. Les facultés de médecine peuvent exercer un *leadership* interne et externe qui pourra toutefois être limité par les ressources financières dont elles disposent, par leurs caractéristiques organisationnelles et leur histoire. Le *leadership* clinique est également un bon moyen de répondre aux exigences du travail en équipe au sein d'organisations et de réseaux. Enfin un *leadership* des éducateurs favoriserait ces changements en éducation médicale. **Conclusion :** Les facultés de médecine auront à exercer un *leadership* et à transmettre des valeurs et des capacités de *leadership* à leurs étudiants tout en leur assurant une formation sur le développement organisationnel et l'approche systémique des soins. Toutefois l'exercice d'un *leadership* ne peut assurer à lui seul le succès d'un processus de changement et il doit être accompagné d'autres mesures dans un ensemble cohérent.

### Keywords:

Medical education;  
change management;  
*leadership*;  
medical schools;  
governance

**Abstract – Context:** Our changing societies need adjustments in health care systems to meet the needs of the population more effectively. Medical schools can be key players in carrying out these changes. **Objective:** This paper looks at the process that can be put in place in medical schools to initiate, support, and manage these changes in the fields of medical education and clinical practice. **Methods:** This analysis is based on the concept of *leadership*, a specific factor of change, which can be defined as an individual and collective practice of influence.

The research summarizes literature on medical education and organizations. **Results:** *Leadership* can prove to suitably assess change management in medical education. Medical schools can show internal and external *leadership* that may however be impeded by the availability of financial resources, their organizational features and past experiences. Clinical *leadership* also facilitates teamwork in organizations and networks. Educator *leadership* can also support changes in medical education. **Conclusion:** Medical schools need to show *leadership* and teach values and abilities to their students while providing a systemic approach to health care and organizational development. Yet *leadership* alone does not guarantee a change process. Other comprehensive measures need to be implemented.

## Introduction et problématique

Du fait de l'évolution de nos sociétés, il est nécessaire d'apporter des changements aux systèmes de santé afin qu'ils répondent plus adéquatement aux besoins. Les facultés de médecine sont elles-mêmes des acteurs de ces changements en contribuant à l'amélioration de la santé des citoyens et des communautés *via* la formation des professionnels et la recherche et en usant de leurs influences comme institution universitaire. À partir du concept de *leadership*, cet article examine le processus qui peut être mis en place dans les facultés pour susciter, accompagner ou gérer ces changements dans le domaine de l'éducation médicale et de la pratique clinique.

Le *leadership* est décrit dans la littérature actuelle comme une pratique individuelle et collective d'influence, qui s'exerce à partir de l'engagement plutôt que de l'ordre et du contrôle<sup>[1]</sup>. Il est du domaine de l'inspiration, de la relation et de la démonstration plutôt que de la décision<sup>[2]</sup>. Il est associé au changement<sup>[3]</sup> en se définissant comme « la qualité recherchée pour nous guider au cours d'un processus de changement dans un environnement complexe dont l'avenir est incertain et où les valeurs sociales sont en évolution et en concurrence »<sup>[4]</sup>. La notion de *leadership* n'est pas nouvelle en éducation médicale. Dans les années 50, le *leadership* des facultés de médecine<sup>[5]</sup> et le *leadership* des médecins<sup>[6]</sup> étaient déjà présentés comme d'importants facteurs d'innovation et de changement. Toutefois, le contexte, les valeurs et les hommes ont changé, tout comme ce que l'on entend par *leadership*. Dans la réflexion qui est actuellement menée sur l'avenir de l'éducation médicale, la gestion du changement

et le *leadership* qui l'accompagne ont été identifiés comme l'un des dix champs prioritaires où il faudrait investir<sup>[7]</sup>.

Dans la littérature scientifique médicale et non-médicale, le concept de *leadership* est habituellement traité à partir d'un seul niveau d'analyse, par exemple et selon les cas, l'individu, une équipe de travail, une organisation ou un système qui exerce l'influence. Dans cet article, nous privilégierons une analyse multi-niveaux afin de prendre en compte les différentes forces en présence dans une dynamique de changement en éducation médicale. Nous avons retenu les différents niveaux où des mesures favorisant le *leadership* peuvent être implantées : le *leadership* des facultés de médecine, le *leadership* clinique des médecins et le *leadership* des éducateurs.

Après avoir dressé un cadre d'analyse du *leadership* et du changement dans les champs de l'éducation et de la pratique médicales, différents modèles de *leadership* existants seront présentés afin, par la suite, d'en déduire les formes de *leadership* des facultés de médecine, des éducateurs et des médecins qui sont les plus susceptibles de favoriser l'implantation de changements en éducation médicale. Puis le rôle du *leadership* dans les expériences de changement sera développé. Enfin, les limites de l'étude et du *leadership* comme facteur de changement seront discutées.

## Matériel et méthodes

Stratégie de recherche documentaire

La recherche bibliographique sur le *leadership* est basée sur une double stratégie, d'une part la recherche d'articles et de documents portant sur le

*leadership* et le changement en éducation médicale, qui faisaient ou non le lien avec le *leadership* des médecins en exercice au sein du système de santé et, d'autre part, la recherche d'articles et de documents portant sur le *leadership* des médecins et le changement dans les organisations au sein du système de santé et qui faisaient ou non le lien avec le *leadership* et le changement en éducation médicale. La littérature consultée était d'abord canadienne puis internationale, spécifique au champ de la santé, mais aussi générale pour ce qui est des modèles de *leadership* et de changement.

Dans un premier temps, la recherche bibliographique a suivi les critères recommandés pour toutes les revues de littératures du projet *Future of Medical Education in Canada*. Nous avons recherché les publications liées à la gestion du changement, au *leadership* et aux enjeux en éducation médicale au Canada, à partir de la littérature grise (communications, rapports, rencontres, conférences) issue des sites des organisations médicales au Canada (Association médicale canadienne, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Collège des médecins de famille du Canada, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Collège des médecins du Québec, Association des facultés de médecine du Canada). D'autres recherches ont été réalisées, respectivement à partir des principales bases de données en santé et en éducation (Medline, Embase, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* – CINAHL – et *Education Resources Information Center* – ERIC) et en utilisant des moteurs de recherche sur Internet (Google, Exalead). Les descripteurs suivants ont été utilisés : « Éducation médicale » « *Leadership* », « Changement », « Faculté de médecine » « Université » et/ou « Canada », d'abord pour les cinq dernières années. La recherche sur le *leadership* et le changement dans le milieu médical s'avérant limitée dans le contexte canadien, cette revue de littérature a été étendue aux articles publiés à partir de 1996 sur le plan international afin d'identifier les thèmes-clés et de structurer l'information recueillie pour la rendre disponible auprès des différents acteurs de l'éducation médicale au Canada.

Dans un second temps, la recherche bibliographique a pris comme point de départ les articles et les documents sur le *leadership* et le changement dans le système de santé qui sont considérés comme centraux au Canada. Par un système d'arborescence, d'autres textes ont été identifiés à partir des bibliographies des textes précédents et la recherche s'est étendue aux productions d'autres pays.

Enfin, une littérature sur le *leadership* non spécifique au domaine de la santé a été consultée, composée d'ouvrages sur le *leadership* et de revues spécialisées ; elle a permis d'identifier les modèles de *leadership*.

#### Analyse de la littérature sélectionnée

Les textes ainsi sélectionnés ont par la suite été examinés de façon critique selon des critères de robustesse, de pertinence et du caractère généralisable des résultats. Nous avons retenu à la fois des textes conceptuels, des textes rapportant des résultats originaux à partir de données empiriques, des textes de nature méthodologique et des revues de littérature, notamment les écrits qui proposaient ou discutaient une vision globale de la problématique du *leadership* et du changement. Nous avons choisi des travaux qui, dans la mesure du possible, ne fragmentaient pas l'organisation dans laquelle s'inscrivait ce *leadership* et qui ancrèrent le *leadership* médical dans le système de santé. De plus, nous avons privilégié les articles qui abordaient les approches et les limites méthodologiques des perspectives qu'ils adoptaient ou mentionnaient.

Le premier auteur qui a écrit la revue de littérature et la première version de l'article a élaboré la stratégie de recherche bibliographique, a fait la recherche et a sélectionné les articles. Elle a travaillé conjointement avec le second auteur pour la recherche sur les bases de données qui ont été consultées par ce dernier.

## Résultats

La problématique du *leadership* dans le champ de la santé peut être abordée en examinant

successivement la nature de son objet, les différents modèles qui rendent compte de son exercice, les niveaux auxquels ils s'exercent et, enfin, son exercice au service des stratégies de changement.

### Objet du *leadership* dans le champ de la santé

Face à l'évolution des besoins de la société, de nombreuses voix s'élèvent pour que des changements soient apportés à la formation et à la pratique médicales. Les études sur le changement, notamment en gestion des organisations, ont montré que certaines conditions devaient être réunies pour organiser et produire un changement. Le développement et la communication d'une vision et d'une stratégie y apparaissent essentiels<sup>[8]</sup>. La vision qui est actuellement développée en éducation médicale vise à orienter la culture médicale vers des valeurs plus collectives et contextuelles, qui promeuvent la coordination des soins et le travail en équipe<sup>[9,10]</sup>. Les changements que les facultés de médecine devront intégrer dans l'éducation et la recherche médicale incluent plusieurs éléments, parmi lesquels entre autres<sup>[11]</sup> : une préoccupation plus forte à l'égard de la prévention plutôt que du seul traitement curatif ; la connaissance des politiques de santé et de leurs impacts ; une gestion et des soins basés sur les meilleures données probantes ; une plus grande attention aux impacts des interventions sur la santé ; la prise en compte en éducation des problèmes éthiques et légaux ; la communication et le travail en équipe ; les approches centrées sur le patient ; des éléments de génétique et de génomique.

La recherche en sciences de la santé évolue également, en intégrant davantage certaines valeurs telles que la collaboration, qui promeut la constitution d'équipes, de centres et de réseaux, l'interdisciplinarité, l'échange de connaissances et les partenariats de collaboration avec les utilisateurs des résultats de la recherche. Ce changement va également se manifester par une multiplicité des formes et des sources de financement et par une planification plus complexe de la recherche<sup>[12]</sup>. Alors que Kotter<sup>[8]</sup> préconise qu'une « coalition » guidant le

changement soit créée, cette orientation vers des valeurs plus collectives et vers le développement de collaborations devrait être partagée avec différents acteurs en éducation médicale.

Il est dès lors important de créer les conditions d'une action à large échelle, en facilitant et motivant l'engagement des gens concernés par le changement et en ancrant les nouvelles approches dans la culture de l'institution<sup>[8]</sup>. Cette action peut être mise en place en se concentrant sur une ou plusieurs dimensions du changement. Dans une organisation qui serait le cadre d'un changement, comme une faculté de médecine, les dimensions suivantes ont été identifiées par Champagne<sup>[13]</sup> :

- la hiérarchie, qui assure le contrôle de la planification ;
- les caractéristiques psychologiques des acteurs du changement ;
- les jeux de pouvoir qui s'exercent ;
- les caractéristiques de la structure de l'organisation ;
- l'environnement externe qui peut influencer fortement le succès ou non du changement ;
- le *leadership* et le rôle des *leaders* ;
- l'apprentissage organisationnel au changement ;
- la complexification d'une organisation confrontée à un environnement turbulent.

### Les différents modèles de *leadership*

Les travaux sur le *leadership* se sont d'abord centrés sur les individus censés l'exercer, en essayant d'identifier les traits de personnalité, les habiletés, les qualifications et certains comportements des *leaders*<sup>[14]</sup>. Selon les écrits, un *leader* manifeste des qualités telles que la passion, la détermination, l'humilité, les capacités à se représenter le futur, à soutenir et à inspirer les autres, à penser les systèmes, à questionner les pratiques existantes et à développer une pensée stratégique<sup>[1]</sup>. Le développement actuel de la notion de *leadership* s'éloigne d'une conception du *leader* fondée sur ses capacités de contrôle et de gestion du risque<sup>[15]</sup>. Le *leader* développe des

relations clés à l'intérieur et à l'extérieur des organisations et crée de nouvelles façons de travailler ensemble<sup>[16]</sup>. Afin de susciter une dynamique de changement au sein de son organisation, il doit également en connaître les traditions<sup>[15]</sup>. Certaines études ont montré qu'un *leader* charismatique pouvait améliorer la motivation, la performance et la satisfaction des personnes et implanter une vision qui suscite l'enthousiasme<sup>[17]</sup>. Toutefois, on n'a pas pu identifier de traits ni de comportements universels qui assureraient un *leadership* performant<sup>[14]</sup>.

La recherche conceptuelle et empirique sur le *leadership* a conduit à l'élaboration du modèle dit de « *leadership* réparti » (*distributed leadership*). Cette notion désigne un ensemble de pratiques<sup>[18]</sup> qui sont réparties entre les membres d'un groupe ou d'une organisation<sup>[19]</sup>, le *leadership* se définissant alors comme l'ensemble des interrelations qui optimisent, dans une équipe, un groupe ou un réseau, les capacités de ses membres à apporter une contribution au groupe, à apprendre et à s'adapter à un environnement changeant<sup>[1]</sup>. Ce modèle repose sur un apprentissage commun et sur une relation d'interdépendance que les individus auront développée avec leur environnement. L'accent est ainsi mis sur la communication<sup>[19]</sup>. Le *leadership* réparti peut se manifester par des actes individuels ou agrégés, mais aussi par une action concertée émergeant d'une collaboration spontanée, de relations de travail intuitives ou de pratiques institutionnelles<sup>[20]</sup>. Dans ce dernier cas, le *leadership* n'est plus seulement un intrant au processus du travail en équipe mais il en est également un résultat qui se traduit par de nouvelles connaissances et habiletés acquises par les membres de l'équipe<sup>[21]</sup>. Dans le *leadership* réparti, les influences et les rôles de chacun évoluent avec le temps<sup>[22]</sup>.

Alors que le *leadership* individuel crée une relation verticale entre le *leader* et les « disciples » (*followers*), le *leadership* réparti établit des relations horizontales. Pour certains chercheurs, les modèles verticaux et horizontaux de *leadership* sont mutuellement exclusifs alors que pour d'autres, ils sont dépendants, un *leader* individuel assurant le

bon fonctionnement du *leadership* réparti<sup>[23,24]</sup>. Le choix entre ces deux types de modèles peut dépendre du contexte dans lequel évolue le groupe et de la position du groupe dans son cycle de vie<sup>[23]</sup>.

Une étude menée par Dickson *et al.*<sup>[4]</sup> a permis d'identifier les caractéristiques individuelles du *leadership*, tel qu'il est entendu par les acteurs du système de santé au Canada. Selon les acteurs du système de santé canadien, ces caractéristiques individuelles se traduisent par les attitudes et actions suivantes :

- 1) préconiser la bienveillance (*caring*) : le *leader* suscite et encourage l'engagement en faveur de la santé, agit avec compassion, respecte la dignité de tous et fait preuve d'équité et d'un sens de la justice ;
- 2) favoriser son propre épanouissement et celui des autres : le *leader* démontre une bonne connaissance de soi et une capacité d'autogestion ; sa personnalité est orientée vers le bien et le bon, il permet aux autres de progresser et crée des contextes stimulants ;
- 3) entretenir de bonnes relations avec les autres : le *leader* communique efficacement, met sur pied des équipes multidisciplinaires, établit des réseaux, des alliances, des partenariats et évolue avec aisance dans les environnements socio-politiques ;
- 4) obtenir des résultats : le *leader* élabore une vision commune et la transforme en action ; il se rend responsable des résultats et attend la même chose des autres ; il intègre l'amélioration de la qualité et l'utilisation des données probantes dans la prise de décision et gère les ressources de façon responsable et ingénieuse ;
- 5) modifier les systèmes : le *leader* vérifie que les individus et les organisations comprennent la complexité des systèmes de santé ; il mobilise les connaissances pour remettre en question les processus et orienter le changement ; il pilote les changements et les coordonne.

Si ces caractéristiques sont, dans l'étude concernée, définies à un niveau individuel, il est possible de les extrapoler aux institutions qui sont également des

acteurs du système de santé, et notamment aux facultés de médecine.

Peu d'études ont évalué le *leadership* réparti et ses avantages ; son opérationnalisation varie selon les études<sup>[24]</sup>. Celles-ci ont montré ses effets positifs lorsque l'équipe est engagée dans des tâches complexes qui requièrent un haut niveau d'interdépendance mais on ignore ses effets pour des tâches plus routinières<sup>[24]</sup>. Les études portant sur le *leadership* ont encore trop peu tenu compte des éléments du contexte organisationnel comme, par exemple, la culture, les buts, les processus, la disponibilité des ressources, la structure des organisations ou encore le facteur temporel ; souvent, elles ne s'attachent qu'à un seul élément du contexte<sup>[25]</sup>. De plus, bien qu'elles portent sur le changement, les études sur le *leadership* réparti l'envisagent plus souvent dans une dimension statique que dynamique<sup>[25]</sup>.

Les niveaux d'exercice du *leadership*

### **Le *leadership* des facultés de médecine**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a souligné l'importance de la responsabilité sociale qui doit guider les facultés de médecine, en la définissant comme « l'obligation d'axer leurs activités d'enseignement, de recherche et de service sur les problèmes prioritaires en matière de santé de la communauté, de la région et de la nation qu'elles ont le mandat de servir. Ces problèmes doivent être déterminés conjointement par les gouvernements, les organismes de santé, les professionnels de la santé et le public »<sup>[26]</sup>. Deux dimensions peuvent être rattachées à cette responsabilité : l'altruisme qui met l'accent sur « l'intérêt prioritaire porté au bien être de la société » et l'altérité qui se caractérise par « le souci d'intégration au contexte social »<sup>[27]</sup>.

Ces différents thèmes impliquent que l'éducation médicale s'oriente vers le développement d'équipes, de réseaux et de partenariats, afin d'échanger les informations, de partager les connaissances et de coordonner les compétences et les pratiques. Ces partenariats peuvent se constituer entre

la faculté de médecine et les autres acteurs du système de santé, tels que les professionnels de la santé, les communautés, les instances administratives et les agences gouvernementales qui interviennent dans les politiques de santé<sup>[28]</sup>. De la même façon, des partenariats entre les équipes cliniques et ces acteurs peuvent se développer. Enfin, les facultés de médecine pourraient également être au cœur d'un partenariat ou d'un réseau regroupant les porte-parole de la médecine académique.

Dès lors, il est nécessaire, pour les facultés de médecine, de bien définir leur rôle et leur place au sein du système de santé et parmi les organisations représentant la médecine académique. Les facultés de médecine peuvent exercer, au sein de partenariats et de réseaux, un *leadership* basé sur une relation verticale ou horizontale avec les autres acteurs du système de santé et les autres porte-parole de l'éducation médicale, en participant à la construction d'une vision commune et à l'élaboration de politiques de santé, ainsi qu'en initiant des changements qui seront médiés par l'éducation médicale. En effet, elles ont un avantage sur les autres institutions en raison de leur expertise sur la santé humaine<sup>[29]</sup> (connaissances du domaine et recherche dans le champ de la santé). Ce *leadership* leur permettrait de jouer un rôle de premier plan pour l'amélioration de la santé des citoyens de leur pays ainsi que sur le plan mondial.

Mais, selon respectivement les acteurs avec lesquels les facultés travailleront, l'objet de leur collaboration et leur contexte, ce *leadership* peut être plus ou moins effectif et sa forme varier. De plus, chaque faculté de médecine peut avoir un style de *leadership* qui lui soit propre, non seulement à cause de la personnalité de ses *leaders* mais aussi à cause de son histoire et de son environnement particulier<sup>[30]</sup>.

### **Le *leadership* des éducateurs médicaux**

De nombreux textes soulignent que les changements dans les programmes d'études, les méthodes d'enseignement et les processus d'évaluation ne peuvent réussir au niveau institutionnel sans une formation

du corps professoral aux stratégies de changement et au *leadership*<sup>[31]</sup>. Les éducateurs doivent avoir un profil de *leader* s'ils veulent jouer un rôle central dans le changement<sup>[30]</sup>.

Les programmes de *leadership* pour les éducateurs qui ont été développés en Amérique du Nord visent à améliorer les capacités d'enseignement, à créer des communautés d'éducateurs et à faire émerger des *leaders* en éducation<sup>[32]</sup>. Ils portent notamment sur le développement du *leadership* et des compétences organisationnelles<sup>[32-36]</sup>. Ces programmes visent à répondre aux besoins et aux priorités de l'institution dans laquelle travaillent les éducateurs en formation<sup>[32]</sup> afin que les éducateurs participent à l'élaboration de stratégies permettant à la faculté de médecine de répondre aux besoins de la population. Ils visent à développer la créativité et l'innovation des éducateurs et, par conséquent, des étudiants<sup>[32]</sup>. Ils encouragent les éducateurs à initier et gérer les changements de curriculum<sup>[33]</sup>. Il s'agit d'améliorer l'éducation médicale de deux manières : en favorisant la recherche et en développant un *leadership* dans la recherche en éducation médicale à travers les publications, subventions et communications, d'une part ; en accroissant le rôle joué par ces *leaders* dans des comités en éducation médicale et au sein des organisations œuvrant dans le domaine de la santé à un niveau local, national et international<sup>[34]</sup>. Un réviseur de cet article a aussi souligné l'importance d'un *leadership* orienté vers l'évaluation de l'impact des interventions des éducateurs et des étudiants sur le fonctionnement du système de santé et sur la santé des citoyens.

Ces projets de formation d'éducateurs *leaders* sont pour l'instant des initiatives individuelles des facultés et reflètent dans une certaine mesure l'identité propre à chacune<sup>[32]</sup>. Ces programmes peuvent faciliter l'implantation de changements au sein de la faculté elle-même et améliorer la fidélisation des éducateurs au sein de l'institution<sup>[35]</sup>. Toutefois, l'emploi du temps souvent surchargé du corps professoral peut se révéler être un obstacle important<sup>[34]</sup>, tout comme le besoin continu de financement pour ces programmes et la nécessité d'évaluer

leurs impacts et leurs résultats selon un processus basé sur des données probantes<sup>[37]</sup>. Une collaboration entre facultés permettrait toutefois des économies de ressources et d'effort<sup>[32]</sup>.

### **Le *leadership* clinique**

Le *leadership* clinique est celui exercé dans le cadre de la pratique clinique en lien avec la prestation des soins. Les résultats utilisés ici proviennent d'études menées dans différents pays, particulièrement en Grand-Bretagne et aux États-Unis. Le fait que les mêmes propos sur le *leadership* soient énoncés dans des systèmes aussi différents que le système de service national anglais et le système américain, au sein duquel le secteur à but lucratif occupe une grande place, est un élément qui confère aux résultats une certaine portée générale.

L'évolution des besoins de la société met l'accent sur de nouvelles dimensions de la pratique médicale, comme la prise en compte de la santé dans sa dimension non seulement physique mais aussi psychique et sociale<sup>[38]</sup>, le développement de liens avec d'autres organisations<sup>[38]</sup>, l'orientation vers la multidisciplinarité et le travail en équipe<sup>[39]</sup>, ainsi que l'adaptation aux besoins locaux<sup>[40]</sup>. Le *leadership* clinique est essentiel compte tenu du rôle central du médecin dans tout processus de changement du système de santé<sup>[41]</sup>. Le médecin *leader* doit avoir une perspective systémique<sup>[38,42]</sup>, en se percevant comme un élément-clé du système de santé<sup>[28]</sup>. Il doit alors trouver un équilibre entre son autonomie clinique et une responsabilité collective par rapport aux objectifs du système de santé<sup>[38,43]</sup>. On attend du médecin *leader* qu'il prenne conscience de la variété des points de vue devant un problème auquel lui aussi fait face, qu'il implique et écoute les autres acteurs afin de créer une synergie<sup>[44]</sup>.

Le *leadership* clinique ne peut être restreint à un *leadership* d'autorité alors que la pratique médicale évolue vers le travail en équipe et la multidisciplinarité. Par sa nature horizontale et son accent mis sur la mise en commun des compétences, le *leadership* réparti s'avère pertinent pour améliorer le fonctionnement des équipes de travail<sup>[21]</sup> et pourrait

favoriser l'inter-professionnalisme. Ainsi, les micro-systèmes cliniques performants dans les organisations de santé se caractérisent par la présence de plusieurs *leaders*, souvent un *leader* médecin, un *leader* infirmier et un *leader* administratif<sup>[41,45]</sup>. Les facultés de médecine auront donc à susciter, faire émerger ou transmettre des valeurs et des capacités de *leadership* à leurs étudiants.

Toutefois, l'implantation d'un *leadership* clinique dans le système de santé ne peut se faire indépendamment des autres parties du système de santé. Il est nécessaire de penser le *leadership* aux niveaux de l'individu, du groupe ou microsystème (l'équipe qui implante le changement), de l'organisation qui doit établir la vision et assurer le soutien et la disponibilité des ressources et, enfin, au niveau de l'environnement au sens le plus large<sup>[46]</sup>. Cette perspective permet notamment de vérifier que les actions ou attitudes à l'un de ces niveaux ne soient pas un obstacle à un changement implanté à un autre niveau. Mais la difficulté d'articuler le *leadership* clinique avec son environnement peut s'avérer être l'une de ses limites<sup>[47]</sup> ; cette approche du *leadership* est exigeante, demande beaucoup de temps et l'institution peut ne pas être prête pour ce genre de *leadership*, que cela soit le fait de l'équipe dirigeante ou d'autres parties de l'organisation<sup>[48]</sup>. Dès lors, la formation des médecins au *leadership* doit être accompagnée d'une formation en développement organisationnel<sup>[48]</sup>. Les organisations ayant réussi l'implantation d'un changement à partir d'un *leadership* en développement organisationnel pourraient alors être mobilisées comme sites de formation par les instituts de formation en *leadership*<sup>[48]</sup>.

Une évaluation britannique a montré l'impact positif des programmes de formation en *leadership* sur la performance de l'organisation et sur l'amélioration des soins de santé. Ces évaluations ont permis de sensibiliser les équipes médicales et d'engager les médecins dans une démarche de *leadership* organisationnel<sup>[49]</sup>. Des programmes de formation en *leadership* sont actuellement développés dans le monde sous différentes formes : des formations universitaires au niveau post-gradué<sup>[49]</sup> ; des formations

universitaires reliées au domaine de la santé à l'intention des médecins en exercice<sup>[50-53]</sup> ; des formations données par les associations professionnelles<sup>[54,55]</sup> ; des formations données en interne au sein de l'organisation de santé<sup>[49,56-59]</sup>

Mais ces formations en *leadership* et en développement organisationnel sont destinées aux médecins en exercice alors qu'une formation qui débiterait dès les premières années des études en médecine permettrait aux étudiants de mieux comprendre et de mieux s'adapter aux organisations dans lesquelles ils font leur stages, tout en ayant conscience que chaque organisation a un mode de fonctionnement particulier. Cette formation devrait également être poursuivie lors de la résidence puis de la pratique médicale, lorsque l'étudiant, puis le médecin, deviennent acteurs de changement.

Toutefois, même si les études montrent une certaine universalité des avantages du *leadership* clinique, alors qu'elles ont été faites dans des pays différents, la dynamique de ce *leadership*, c'est-à-dire ses buts, son contexte, son contenu, son implantation, ses processus et ses résultats peuvent être fort différents selon les pays. De plus, face à des attentes dont l'horizon est souvent à court terme, il est important de noter que le changement reposant sur le *leadership* des médecins est plus lent que celui produit par des réformes structurelles<sup>[43]</sup>. Enfin, le *leadership* clinique peut rencontrer divers obstacles ou freins, non seulement comme nous l'avons vu plus haut dans l'organisation, au sein de laquelle il peut se heurter à d'autres politiques, stratégies ou jeux de pouvoir développés par d'autres membres ou équipes de l'organisation, mais aussi à l'extérieur de l'organisation. Il est important que la profession médicale dans son ensemble, ainsi que l'association qui la représente au niveau national, orientent leurs actions en faveur du *leadership* clinique et du *leadership* réparti afin d'améliorer la prestation de soins.

*Le leadership au service des stratégies de changement*

Dans la littérature sur le changement dans les établissements d'études supérieures, le *leadership* a



aussi été identifié comme un élément central du processus de changement<sup>[60]</sup>. Les universités se caractérisent par l'autonomie des acteurs qui la composent et par une gouvernance, entendue ici comme le processus de prise de décisions et d'implantation de ces décisions<sup>[61,62]</sup>, qui ne peut reposer sur un modèle hiérarchique<sup>[63]</sup>. Dès lors, il y a lieu d'agir à la fois sur le *leadership* et les relations entre acteurs<sup>[64]</sup> ainsi que sur la culture et les comportements<sup>[63]</sup> plutôt que sur les structures<sup>[63,64]</sup>. Il est important que le *leadership* s'exerce à tous les niveaux de l'établissement d'enseignement supérieur, c'est-à-dire ceux de l'organisation, des groupes qui œuvrent en son sein et des individus<sup>[60]</sup>. En effet, le personnel travaillant au sein de l'établissement peut être un frein au *leadership* en se percevant comme une menace à l'autonomie des universitaires ou en pensant que seul un *leadership* héroïque pourrait avoir un impact positif<sup>[65]</sup>. Mais la coopération entre les *leaders* au sein d'une université est fragile car ceux-ci peuvent avoir des styles de *leadership* différents en faisant face à des enjeux différents<sup>[65]</sup>.

Les étapes que Kotter<sup>[8]</sup> suggère de suivre et les actions à réaliser pour faciliter la réussite d'un changement important ont été identifiées dans les comptes-rendus d'expériences de changement dans les cursus de plusieurs facultés de médecine et départements américains. D'abord, la vision s'est révélée être un élément primordial<sup>[33,67]</sup>. La communication est également apparue comme un facteur déterminant dans les changements qui ont été introduits dans les facultés de médecine<sup>[33,67,68]</sup> et dans plusieurs organisations de santé<sup>[69]</sup>, en permettant notamment aux personnes impliquées dans le processus de changement de se l'approprier<sup>[68]</sup>. Ces personnes peuvent se révéler être des *leaders* formels et informels qu'il est important de mobiliser<sup>[70]</sup>. Le recrutement de nouveaux professeurs<sup>[67]</sup>, des collaborations avec l'environnement externe<sup>[71]</sup>, les pressions exercées par les étudiants<sup>[33,67]</sup>, ainsi que les demandes des agences d'accréditation<sup>[30]</sup> peuvent également s'avérer être des sources d'incitation au changement. L'évaluation du processus de changement peut également jouer un rôle important

en générant de l'information qui permettrait de le guider. Enfin, ces études sur les expériences de changement ont révélé qu'il est important d'avoir un calendrier et que celui-ci soit flexible, permettant, le cas échéant, de repousser certains échéanciers<sup>[67,70]</sup>. Le *leadership*, qu'il soit individuel ou repartit au sein de la faculté, devrait donc être présent à chacune de ces étapes.

Si une certaine similarité concernant les étapes et les facteurs de changement semble se dégager de ces différentes expériences, il est toutefois important de tenir compte de la diversité des facultés. En effet, même si ces dernières ont une vision commune des changements à introduire en éducation médicale, les processus d'implantation de ces changements dans chacune d'entre elles pourraient être différents et se réaliser avec plus ou moins de difficultés. Cela pourrait être dû, entre autres, à la taille de l'établissement, au nombre et à la nature de ses missions ainsi qu'aux relations entre les départements au sein de l'institution<sup>[30,72]</sup>. De plus, une organisation qui a, dans le passé, connu un échec dans une démarche de changement sera frileuse devant l'innovation<sup>[73]</sup>. Dès lors, le *leadership* ne peut se limiter à une mesure organisationnelle ou à un mode de fonctionnement importé de l'extérieur de l'organisation, qui pourrait se plaquer tant bien que mal sur la réalité et la spécificité d'une faculté de médecine. Il doit émerger au sein même de la faculté, afin d'intégrer au plus près dans son exercice les caractéristiques de l'organisation.

L'échec d'un changement peut se produire à trois niveaux : les échecs de la décision – la décision de changement n'a pu être prise –, l'échec de l'implantation – la décision a été prise mais l'implantation a échoué pour de raisons diverses – et l'échec de « la théorie de l'intervention » où, malgré une implantation réussie, les effets désirés n'ont pu être produits<sup>[13]</sup>.

L'un des principaux défis actuels auquel font face les doyens des facultés de médecine pour implanter un changement important réside dans les contraintes financières que connaissent les facultés et qui peuvent freiner les décisions et l'implantation du changement<sup>[74]</sup>.

Le second défi est l'alignement stratégique, liant la stratégie à la vision et aux buts de la faculté, ceci à tous les niveaux de l'organisation afin que tout le monde chemine dans la même direction<sup>[74]</sup>. Cet alignement est d'autant plus problématique que l'évolution de la culture médicale et l'établissement de partenariats avec les autres acteurs du système de santé pourraient induire des pressions pour un changement dans la culture organisationnelle des facultés de médecine. Celles-ci pourraient ainsi avoir à trouver un équilibre entre les nouvelles valeurs imposées par des environnements externes changeants et leurs propres valeurs<sup>[74]</sup>, celles-ci reflétant pour chacune, d'une part, leur nature en tant qu'établissement d'éducation et de recherche médicales et, d'autre part, le caractère unique de leur histoire et de leur environnement particulier.

Cette imbrication – ou négociation – entre les valeurs externes et internes au sein d'une faculté de médecine impose un modèle complexe de *leadership*. En effet, l'enjeu pour chaque faculté est donc d'exercer un *leadership* externe, notamment pour ce qui est de la vision commune de ses membres, et un *leadership* interne, pour l'implantation des éléments de la vision commune. Ces *leaderships* peuvent être de formes différentes ; par exemple, il peut s'agir d'un *leadership* partagé en externe et d'un *leadership* individuel ou d'un petit groupe en interne, ce qui demande à une même organisation, voire à des mêmes personnes, de jongler simultanément avec plusieurs pratiques différentes de *leadership*. Cette multiplicité de *leaderships* peut être source de confusion et de tension<sup>[75]</sup>.

Le *leadership* peut finalement s'avérer être un levier nécessaire mais non suffisant du changement<sup>[43]</sup>. Certaines contraintes venant de l'environnement, par exemple les modalités de régulation du système de santé, peuvent limiter les marges de manœuvre des *leaders*. Il est donc nécessaire d'accompagner le *leadership* d'autres mesures pour en assurer l'exercice<sup>[75]</sup>. Sur le plan empirique, on ne peut associer un changement réussi dans une organisation à la seule présence d'un *leadership* efficace<sup>[76]</sup>.

## Discussion

### Limites de l'étude

La revue de littérature sur laquelle est basé cet article a été réalisée dans le cadre d'un contrat fixant des contraintes de temps et un nombre limité de pages, ce qui nous a incité à cibler fortement dans la littérature certains thèmes spécifiques, qui ont alors été hiérarchisés. C'est pourquoi l'article se focalise sur le *leadership* réparti, qui apparaissait le plus approprié au domaine médical alors que d'autres types de *leadership* sont aussi analysés dans des études sur les universités. Les mots-clés connexes au *leadership* et au changement, comme le concept de gouvernance, n'ont pas été utilisés.

Cette revue de littérature repose sur des résultats d'études menées dans plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Ces résultats apparaissent généralisables à d'autres cadres nationaux comme le Canada. Mais il est important que des études plus spécifiques à des contextes nationaux et locaux soient menées afin de mieux comprendre les relations entre les organisations, les pratiques et leur environnement et d'éclairer l'implantation du changement.

### Limites du *leadership*

Les champs de l'éducation médicale et de la pratique médicale sont complexes et le *leadership* s'est révélé comme un élément nécessaire mais non suffisant aux changements qui y sont impliqués. Cette complexité se reflète également dans les modèles de *leadership* élaborés qui retiennent un nombre restreint d'éléments caractérisant l'organisation dans leurs analyses. D'autres éléments sont à prendre en compte, comme la gouvernance caractérisant les processus de décisions au sein d'une organisation. Ainsi, un changement de gouvernance peut créer – ou non, un espace d'expression du *leadership* et, réciproquement, l'exercice d'un *leadership* peut être nécessaire pour changer la gouvernance d'une organisation<sup>[77]</sup>.

L'implantation de modèles de travail en équipe et de collaboration interprofessionnelle reposant sur des relations plus horizontales se révèle souvent problématique dans le milieu médical. Un modèle de *leadership* tel que le *leadership* réparti, qui repose aussi sur des relations horizontales, peut donc s'avérer également problématique. La difficulté d'implanter ce *leadership* peut notamment être le résultat de l'influence de modèles de rôle auprès des étudiants, qui véhiculent des relations verticales de collaboration. Elle peut aussi résulter du manque de ressources, de temps, de volonté ou de connaissances de certains acteurs. Dans le cas où le *leadership* réparti est bien implanté, les turbulences externes et internes que peut expérimenter une organisation dans le champ de la santé pourraient très vite créer des tensions entre les différents *leaders* d'une même organisation et ramener les collaborateurs à des relations verticales.

## En guise de conclusion : quelques recommandations

Le *leadership* est une dynamique qui peut être mise en place pour susciter, accompagner ou gérer le changement. L'enjeu des facultés de médecine est d'y avoir recours et d'en favoriser l'émergence, notamment par des activités et programmes de formation, de telle sorte que son exercice favorise le changement et l'innovation dans le domaine de l'éducation médicale et de la pratique clinique.

Les facultés de médecine ont à construire une vision commune du futur de l'éducation médicale et elles pourraient le faire au sein de réseaux et de partenariats incluant les autres représentants de la médecine académique, les divers acteurs du système de santé et la société. Elles pourraient y exercer un *leadership*, individuel ou réparti, permettant aux différents partenaires de travailler ensemble, les influences et les rôles de chacun se modifiant avec le temps.

L'évolution des besoins de la société nécessite de nouvelles pratiques médicales. Cette évolution met l'accent sur la pratique du médecin au cœur

d'équipes, de réseaux et de partenariats. Il est primordial que le médecin sache identifier ces différentes configurations de travail, qu'il comprenne leur fonctionnement et puisse y intégrer sa pratique. Les étudiants auront donc à être formés non seulement pour agir au sein de ces groupes mais aussi pour assurer leur fonctionnement, voire les créer.

Ces nouvelles dimensions de la pratique médicale s'inscrivent dans un *leadership* des médecins qui peut être soit individuel, c'est-à-dire le fait du médecin seul, soit réparti, selon le contexte dans lequel se font les soins. Les facultés de médecine auront donc à susciter, faire émerger ou transmettre des valeurs et des capacités de *leadership* à leurs étudiants. Il est donc important que les facultés favorisent, dès la formation médicale initiale, l'émergence de *leaders*, notamment par des activités auprès des étudiants.

Le médecin sera confronté également à des situations où le *leadership* médical s'articule difficilement avec le contexte local ou avec d'autres types de *leadership*, par exemples administratifs ou politiques. C'est pourquoi il est primordial de développer les capacités organisationnelles des futurs médecins et de donner aux *leaders* en émergence des pistes qui leur permettent de dépasser certains problèmes organisationnels. La maîtrise des capacités de gestion devrait être initiée dès les études médicales initiales.

Il est important que le médecin ait une approche qui tienne compte des enjeux sociétaux, qu'il adopte une approche systémique des problèmes de santé et qu'il se perçoive comme un acteur-clé du système de santé. Les facultés auront donc également à assurer une formation qui mette l'accent sur la compréhension des systèmes de santé et de leurs enjeux. Le médecin devra pouvoir évaluer dans sa pratique les actions qu'il pourrait engager pour répondre à ces enjeux et améliorer la santé des citoyens de son pays.

Compte tenu de la nécessité de développer de nouvelles compétences et de les articuler entre elles (collaboration, multidisciplinarité, *leadership*...), les facultés devront faire de la recherche

en pédagogie pour mieux comprendre les différentes dimensions de l'approche holistique du développement des compétences et ainsi trouver des méthodes efficaces d'enseignement et d'évaluation.

Ces changements vont exiger que les facultés de médecine mobilisent ou – peut-être – répartissent différemment leurs ressources, tant financières qu'humaines. Elles devront exercer un *leadership* afin d'aligner tous leurs membres sur la vision du changement et d'obtenir les ressources requises.

## Contributions

Delphine Arweiler a préparé la revue de la littérature et a rédigé la première version de l'article. Émilie Noyeau a réalisé la consultation des banques de données et a recensé les formations en *leadership*. Bernard Charlin, Bernard Millette, Brian Hodges et Émilie Noyeau ont participé à la conception de l'article et ont travaillé à l'amélioration des différentes versions de l'article. La revue de littérature, sur laquelle repose cet article, a été préparée alors que Delphine Arweiler travaillait au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (Faculté de médecine de Montréal, Canada – Québec).

## Références

- Dickson G, Hamilton D, Taylor M. 21st Century Leadership Development At Royal Roads University. BC Educational Leadership research 2006;5:1-18.
- Mintzberg H. Managers, not MBAs: A hard look at the soft practice of managing and management development. 1st ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 2004.
- Kotter JP. What leaders really do? Harv Bus Rev 1990;68:103-11.
- Dickson G, Briscoe D, Fenwick S, MacLeod Z, Romilly L. au nom de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Ottawa. Le projet de Cadre pancanadien des capacités de leadership pour le système de santé : Initiative de recherche concertée visant à élaborer un cadre des capacités de leadership pour les services de santé au Canada, 2007 [On-line] Disponible sur : [http://www.fcrss.ca/Migrated/pdf/Health\\_Leadership\\_Framework\\_F.pdf](http://www.fcrss.ca/Migrated/pdf/Health_Leadership_Framework_F.pdf)
- Evans LJ. The university and medicine. J Med Educ 1957;32:564-72.
- Folsom MB. America's stake in medical education. J Med Educ 1957;32:831-6.
- Hodges BD, Albert M, Arweiler D, Akseer S, Bandiera G, Byrne N, et al. The future of medical education : a Canadian environmental scan. Med Educ 2011;45:95-106.
- Kotter JP. Leading change. Boston (MA): Harvard Business School Press, 1996.
- Souba WW. Academic medicine's core values: what do they mean? J Surg Res 2003;115:171-3.
- Armstrong PW. A time for transformative leadership in academic health sciences. Clin Invest Med 2007;30:E127-32.
- Tyrrell L. Academic Leadership today: the demographics and factors that will impact the development of leadership in the text decade. In: Gray J, Armstrong P (Eds.). Academic health leadership: looking to the future. Proceedings of a workshop held at the Canadian Institute of Academic Medicine meeting Quebec, Que, Canada; 25–26 avril 2003. Clin Invest Med 2003;26:316-8.
- Frank J. Improving health research Leadership in the new era of grant-making. In: Gray J, Armstrong P (Eds.). Academic health Leadership: looking to the future. Proceedings of a workshop held at the Canadian Institute of Academic Medicine meeting Quebec, Que, Canada; 25–26 avril 2003. Clin Invest Med 2003;26:320-1.
- Champagne F. La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Santé Canada; 2002 Nov. Étude n°39, Report No.: CP32-79/39-2002F-IN. [On-line] Disponible sur : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf>
- Northouse PG. Leadership: Theory and Practice. 4th ed. London: Sage Publications Inc., 2007.
- Davis SE. Leadership: shaped by vision and values, Shared by persons and organizations. In: RCPSC. Leadership in specialty medicine: enhancing and assessing physician competencies; Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2006.
- Ancona D. Leadership in an Age of Uncertainty. In: Deborah A, Kochan T, Scully M, Van Maanen J, Westney E (Eds.). Managing for the Future: Organizational Behavior and Processes (Module 14). 3rd ed. Mason: South-Western College Publishing, 2005.
- Cha SE, Edmondson AC. When values backfire: Leadership, attribution, and disenchantment in a values-driven organization. The Leadership Quarterly 2006;17:57-78.

18. Fletcher JK, Kaufer K. Shared Leadership: Paradox and Possibility. Dans : Pearce CL, Conger JA, rédacteurs. *Shared Leadership: Reframing the Hows and Whys of Leadership*. London: Sage Publications, Inc., 2003:21-76.
19. Pearce CL, Conger JA. Preface. Dans : Pearce CL, Conger JA, (Eds.) *Shared Leadership: Reframing the Hows and Whys of Leadership*. London: Sage Publications, Inc; 2003.
20. Gronn P. Distributed Leadership as a unit of analysis. *The Leadership Quarterly* 2002;13:423-51.
21. Day DV, Gronn P, Salas E. Leadership capacity in teams *The Leadership Quarterly* 2004;15:857-80.
22. Denis J-L, Lamothe L, Langley A. The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations. *The Academy of Management Journal* 2001;44:809-37.
23. Conger JA, Pearce CL. A Landscape of Opportunities : Future Research on Shared Leadership. Dans : Pearce CL, Conger JA (Eds.). *Shared Leadership: Reframing the Hows and Whys of Leadership*. London : Sage Publications Inc., 2003:285-303.
24. Hiller NJ, Day DV, Vance RJ. Collective enactment of Leadership roles and team effectiveness: A field study. *The Leadership Quarterly* 2006;17:387-97.
25. Porter LW, McLaughlin GB. Leadership and the organizational context: like the weather. *The Leadership Quarterly* 2006;17:559-76.
26. Boelen C, Heck JE. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Rapport no : WHO/HRH/95.7. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1995.
27. Boelen C, Grand'Maison P, Ladner J, Pestiaux D. Responsabilité sociale et accréditation. Une nouvelle frontière pour l'institution de formation. *Pédagogie Médicale* 2008;9:235-44.
28. Association of Faculties of Medicine of Canada, Public Health Task Group. Enhancing the Health of the population: the role of Canadian Faculties of Medicine: a vision paper presented to the Council of Deans of faculties of Medicine. Ottawa: Association of Faculties of Medicine of Canada, 2006 [On-line] Disponible sur : [http://www.afmc.ca/pdf/2006\\_april\\_afmc\\_public\\_health\\_vision\\_paper.pdf](http://www.afmc.ca/pdf/2006_april_afmc_public_health_vision_paper.pdf).
29. Boelen C, Boyer MH. A view of the World's Medical Schools: Defining New Roles. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2001.
30. Kaufman A. Leadership and governance. *Acad Med* 1998;73(9 Suppl):S11-5.
31. Searle NS, Hatem CJ, Perkowski L, Wilkerson L. Why invest in an educational fellowship program? *Acad Med* 2006;81:936-40.
32. Gruppen LD, Simpson D, Searle NS, Robins L, Irby DM, Mullan PB. Educational fellowship programs: common themes and overarching issues. *Acad Med* 2006;81:990-4.
33. Loeser H, O'Sullivan P, Irby DM. Leadership lessons from curricular change at the University of California, San Francisco, School of Medicine. *Acad Med* 2007;82:324-30.
34. Frohna AZ, Hamstra SJ, Mullan PB, Gruppen LD. Teaching medical education principles and methods to faculty using an active learning approach: the University of Michigan Medical Education Scholars Program. *Acad Med* 2006;81:975-8.
35. Korschun HW, Redding D, Teal GL, Johns MME. Realizing the vision of Leadership development in an academic health center: the Woodruff Leadership Academy. *Acad Med* 2007;82:264-71.
36. Gjerde CL, Kokotailo P, Olson CA, Hla KM. A weekend program model for faculty development with primary care physicians. *Family Medicine* 2004;36(Suppl.):S110-4.
37. Hatem CJ, Lown BA, Newman LR. The academic health center coming of age: helping faculty become better teachers and agents of educational change. *Acad Med* 2006;81:941-4.
38. Huntington J, Gillam S, Rosen R. Clinical governance in primary care: organisational development for clinical governance. *BMJ* 2000;321:679-82.
39. Pringle M. Clinical governance in primary care: participating in clinical governance. *BMJ* 2000;321:737-40.
40. Campbell S, Roland M, Wilkin D. Primary care groups: Improving the quality of care through clinical governance. *BMJ* 2001;322:1580-2.
41. Dickinson H, Ham C. Engaging doctors in Leadership: review of the Literature. Birmingham: Health Services Management Centre, University of Birmingham, 2008.
42. Plsek PE, Wilson T. Complexity, Leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ* 2001;323:746-9.
43. Ham C. Improving the performance of health services: the role of clinical Leadership. *The Lancet* 2003;361:1978-80.
44. Minich PJ. Discussion. In: RCPSC. *Leadership in specialty medicine: enhancing and assessing physician competencies*; Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2006.
45. Batalden PB, Nelson EC, Mohr JJ, Godfrey MM, Huber TP, Kosnik L *et al*. Microsystems in health care: Part 5. How leaders are leading. *Jt Comm J Qual Saf* 2003;29:297-308.

46. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q* 2001;79:281-315.
47. Touati N, Roberge D, Denis J-L, Cazale L, Pineault R, Tremblay D. Clinical leaders at the forefront of change in health-care systems: advantages and issues. Lessons learned from the evaluation of the implementation of an integrated oncological services network. *Health Serv Manage Res* 2006;19:105-22.
48. Shortell SM. Developing individual leaders is not enough. *J Health Serv Res Policy* 2002;7:193-4.
49. Dickinson H, Ham C. Engaging doctors in Leadership: What we can learn from international experience and research evidence? Birmingham: Health Services Management Centre, University of Birmingham, 2008
50. McGill International Masters for Health Leadership. Montréal: McGill; 2007 [On-line] Disponible sur : <http://www.mcgill.ca/files/imhl/Summary-Description.pdf>.
51. University of Toronto. Advanced Health Leadership Program. Toronto: University of Toronto, [On-line]. Disponible sur : [http://ep.rotman.utoronto.ca/pdf/ahlp\\_brochure.pdf](http://ep.rotman.utoronto.ca/pdf/ahlp_brochure.pdf)
52. Royal Roads University. Centre for Health Leadership and Research. Victoria (BC): Royal Roads University, 2008. Disponible sur : <http://www.royalroads.ca/programs/faculties-schools-centres/centre-health-leadership-research/>. Accès 15 février 2008.
53. Harvard School of Public Health. Leadership Development for physicians in Academic health centers. Boston: Harvard School of Public Health. [On-line]. Disponible sur : [http://www.hsph.harvard.edu/ccpe/BrochurePDFsFY08/LDP1008\\_Brochure.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/ccpe/BrochurePDFsFY08/LDP1008_Brochure.pdf).
54. Association médicale canadienne. Bureau pour le Leadership et le développement professionnel. Ottawa: Association médicale canadienne. [On-line] Disponible sur : [http://www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/20292/la\\_id/2.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/20292/la_id/2.htm).
55. Leaders for life. Health Leadership Capabilities Framework: LEADS – A Foundational Element of British Columbia’s health Leadership development program. Victoria (BC): Leaders for life. [On-line] Disponible sur : <http://www.leadersforlife.ca/framework/LEADS%20Brochure.pdf>.
56. Crosson FJ. Improving the doctor-manager relationship. Kaiser Permanente: a propensity for partnership. *BMJ* 2003;326:654.
57. Crosson FJ, Weiland AJ, Berenson RA. Physician Leadership: “group responsibility” as key to accountability in medicine. In: Enthoven AC, Tollen LA (Eds.). *Toward a 21st Century health system: the contributions and promise of prepaid group practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
58. NHS Institute for Innovation and Improvement. Board-level development. Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement. [On-line] Disponible sur : [http://www.institute.nhs.uk/building\\_capability/general/leadership\\_home.html](http://www.institute.nhs.uk/building_capability/general/leadership_home.html)
59. McAlearney AS, Fisher D, Heiser K, Robbins D, Kelleher K. Developing effective physician leaders: changing cultures and transforming organizations. *Hospital Topics* 2005;83:11-8.
60. Bolden R, Georgy P, Gosling J. Tensions in higher education leadership: Towards a multilevel model of Leadership practice. *Higher Education Quarterly*. 2008;62:358-76.
61. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. What is a good governance? 2008 [On-line] Disponible sur : <http://www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/gg/governance.asp>.
62. Maniate J, Martimianakis T. Governance in undergraduate medical education in Canada, Commission report for the Association of Faculties of Medicine of Canada, the Future of medical education in Canada, 2008 [On-line] Disponible sur : <http://www.afmc.ca/fmec/activities-env-literature.php>.
63. McRoy I, Gibbs P. Leading change in higher education. *Educational Management Administration*. 2009;37:687-705.
64. Kezar A, What Is More Important to Effective Governance: Relationships, Trust, and Leadership, or Structures and Formal Processes? *New Directions for Higher Education*. 2004;127:35-46.
65. Mignot-Gérard S. Le « Leadership » et le « gouvernement » dans l’analyse des organisations universitaires : deux notions à déconstruire. *Politiques et gestion de l’enseignement supérieur*. Paris : OCDE. 2003;15:147-77.
66. Middlehurst R, Changing Leadership in universities. Dans T. Schuller (dir. pub.), *The Changing University?* London: Open University Press, 1995.
67. Lindberg MA. The process of change: stories of the journey. *Acad Med* 1998;73(9 Suppl):S4-10.
68. Dannefer EF, Johnston MA, Krackov SK. Communication and the process of educational change. *Acad Med* 1998;73(9 Suppl):S16-23.
69. Denis J-L. *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada*. Ottawa: Commission sur l’avenir des soins de santé au Canada, Santé Canada; Nov. Étude n°36, Report No.: CP32-79/36-2002F-IN. 2002 [On-line] Disponible sur : <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-79-36-2002F.pdf>.

- 
70. Levinson W, Axler H. Strategic planning in a complex academic environment: lessons from one academic health center. *Acad Med* 2007;82:806-11.
  71. Bland CJ, Starnaman S, Wersal L, Moorehead-Rosenberg L, Zonia S, Henry R. Curricular change in medical schools: how to succeed. *Acad Med* 2000;75:575-94.
  72. Ross R, Fineberg H. *Innovators in Physician Education: The Process and Pattern of Reform in North American Medical Schools*. New York: Springer Publishing Company, Inc., 1996.
  73. Fullan M, Stiegelbauer S. *The New Meaning of Educational Change*. New York: Teachers College Press, 1991.
  74. Souba WW, Day DV. Leadership values in academic medicine. *Acad Med* 2006;81:20-6.
  75. Hewison A, Griffiths M. Leadership development in health care: a word of caution. *J Health Organ Manag* 2004;18:464-73.
  76. Oliver A. The Veterans Health Administration: an American success story? *Milbank Q* 2007;85:5-35.
  77. Arweiler D, Millette B, Maniate J, Reeves S, Hodges B, Parker S. Fostering Leadership and innovation capacities for change in medical education and medical practice. Soumis pour publication.
- 
- Correspondance et offprints : Delphine Arweiler, 4810 Queen Mary #17, H3W1W9 Montréal, Canada (Québec).  
Mailto : [delphine.arweiler@gmail.com](mailto:delphine.arweiler@gmail.com)