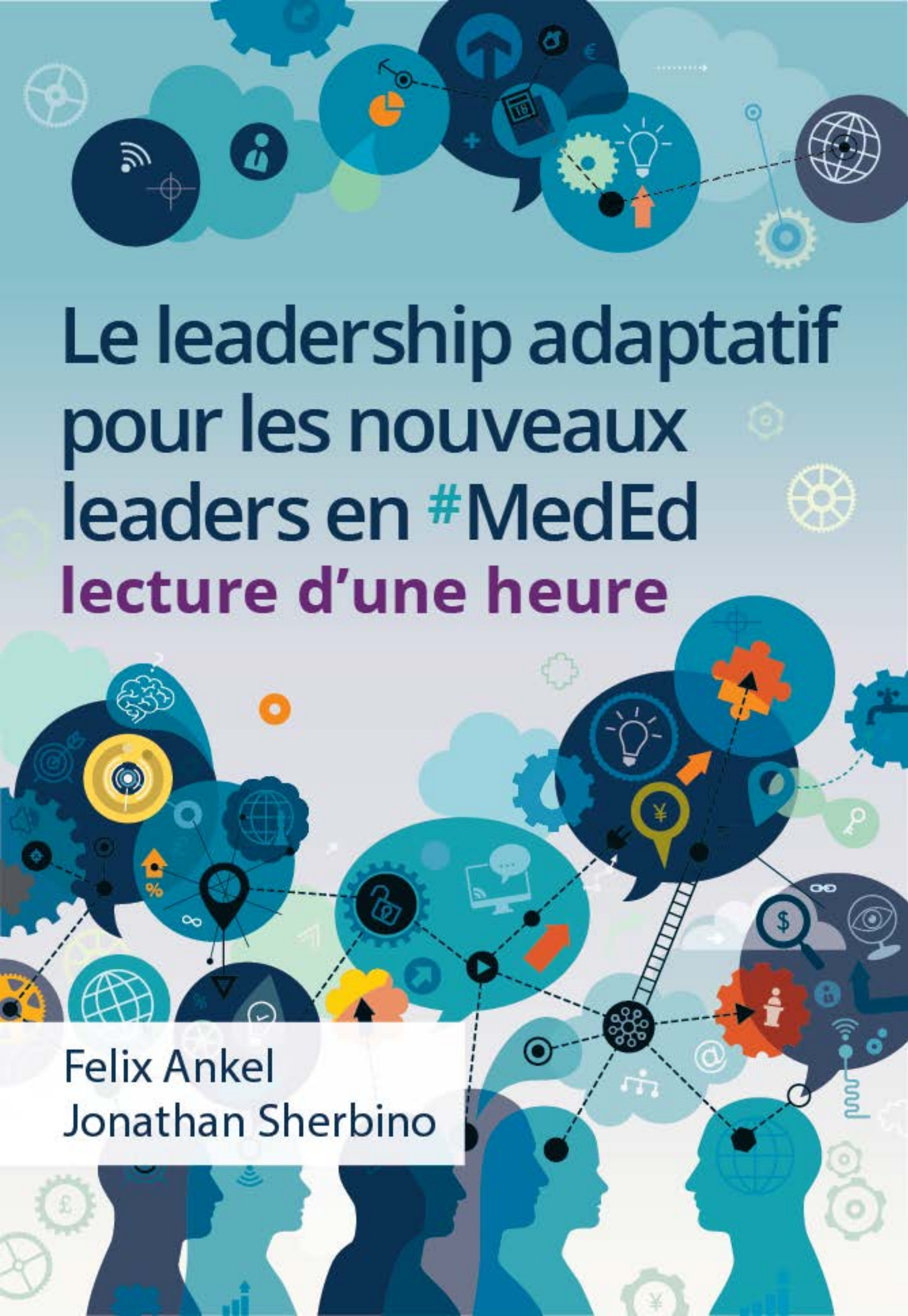




Le leadership adaptatif pour les nouveaux leaders en #MedEd lecture d'une heure

Felix Ankel
Jonathan Sherbino

Le leadership adaptatif pour les nouveaux leaders en #MedEd: lecture d'une heure

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
774, promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5N8
Canada

Sans frais 1 800-668-3740
Téléphone 613-730-8177
Télécopieur 613-730-8262
Site Web collegeroyal.ca
Courriel canmeds@royalcollege.ca

© Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2018.
Tous droits réservés. Ce document peut être reproduit en totalité à des fins
éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec l'autorisation écrite
du Collège royal.

Le leadership adaptatif pour les nouveaux leaders en #MedEd: lecture d'une heure

Table des matières

Avant-propos / **3**

Introduction / **7**

Chapitre 1: Élaborer une vision commune / **9**

Chapitre 2: Préférer la multiplication à la microgestion / **12**

Chapitre 3: Cohésion et cocréation / **14**

Chapitre 4: Des réseaux de confiance / **17**

Chapitre 5: Réseaux de communication / **20**

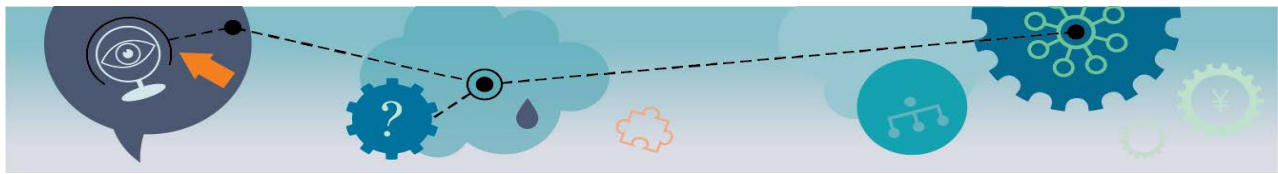
Chapitre 6: Créer un réseau d'apprentissage personnel solide en travaillant sur les liens faibles / **26**

Chapitre 7: Établir et communiquer des valeurs claires / **30**

Chapitre 8: Utiliser un modèle de coleadership pour accroître la densité des liens / **34**

Chapitre 9: Adapter le système pour accélérer le changement / **37**

Chapitre 10: La pratique réflexive et les organisations d'apprentissage / **41**



AVANT-PROPOS

Paul Bataldan

Le défi

Vous êtes le nouveau directeur ou la nouvelle directrice d'un programme d'études médicales supérieures. Vous avez passé plus de 30 ans à devenir un bon médecin et avez découvert en cours de route de nombreuses approches pédagogiques, chacune préconisée par des leaders dont la façon d'enseigner reposait sur leur propre apprentissage. C'est maintenant votre tour. Qui pourrait vous guider et vous inspirer par son travail? Vous avez une idée de la façon de vous préparer, mais vous vous interrogez sur les priorités des 30 prochaines années en matière d'enseignement aux professionnels de la santé. Vous décidez d'interviewer un ami visionnaire.

Vous : Je sais que j'utiliserai mes propres expériences et préférences pour relever le défi conceptuel de ce poste. Comment saurai-je si je suis sur la bonne voie? Pouvez-vous me suggérer quelques lectures pour me guider?

Ami : Je ne peux pas savoir exactement ce qu'une autre personne devrait faire, mais je peux lui transmettre des conseils qui m'ont aidé. Par exemple, l'invitation de Stephen Brookfield à réfléchir sur l'enseignement et sur sa propre expérience d'apprentissage¹ m'a aidé à reconnaître certaines de mes propres présomptions profondément ancrées. J'ai également trouvé très utile la description que fait David Perkin des principes d'enseignement². Lorsqu'il conseille d'éviter d'enseigner « à propos » d'un sujet, il nous invite à résister à l'envie de transformer les personnes et les expériences, si nécessaires pour assurer la qualité du travail, en « objets ». Il fait une analogie remarquable entre apprendre à jouer au baseball et :

1. Apprendre à jouer toute la partie;
2. Apprendre à faire en sorte que la partie en vaille la peine;
3. Apprendre à travailler sur les aspects difficiles;
4. Apprendre à jouer sur le territoire de l'adversaire;
5. Apprendre à découvrir le jeu caché;
6. Apprendre des autres membres de l'équipe... et des autres équipes;
7. Apprendre le jeu de l'apprentissage.

Vous : Merci. Je connais plutôt bien ma propre spécialité, mais j'aimerais entendre votre point de vue sur les principales influences qui façonnent l'avenir de l'exercice de la médecine de façon plus générale.

Ami : Il y a plusieurs façons d'analyser les choses et plusieurs catégories pour décrire les résultats de cette analyse. Les catégories qui me semblent particulièrement utiles sont les suivantes : « systèmes », « réflexion axée sur le service plutôt que sur la

production », « numérisation » et « collaboration, concurrence et travail transdisciplinaire ». Laissez-moi vous expliquer chacune de ces catégories.

Systèmes. Il y a 50 ans, Ludwig von Bertalanffy³ décrivait une théorie générale des systèmes dans laquelle il proposait un idéal de « plénitude » : des systèmes de causalité multiple fonctionnant de manière interdépendante, dans l'ensemble des disciplines et des épistémologies, vers un objectif commun. C. West Churchman⁴ et Peter Checkland⁵ se sont penchés sur l'application organisationnelle de cette théorie. W. Edwards Deming⁶ a avancé que les gens qui bénéficient d'un système de production font en fait *partie intégrante* de ce système. Peter Senge (un étudiant de Jay Forrester, fondateur du domaine de la dynamique des systèmes) a établi des liens explicites entre cette théorie et l'idée d'une organisation d'apprentissage⁷. Plus récemment, la National Academy of Medicine des États-Unis (anciennement le National Institute of Medicine) a publié une série de livres et de rapports dans sa [série sur le système d'apprentissage en santé](#), à commencer par un important ouvrage intitulé *Learning Healthcare System*⁸. Ce rapport décrit une approche contribuant « à transformer la disponibilité et l'utilisation des meilleures données probantes pour les choix collaboratifs de chaque patient et de chaque fournisseur de soins en matière de santé, à diriger le processus de découverte comme une conséquence naturelle des soins aux patients et, enfin, à stimuler l'innovation et les valeurs et à assurer la qualité et la sécurité dans les soins de santé ».

Réflexion axée sur le service plutôt que sur la production. En 1968, l'économiste de la santé avant-gardiste Victor Fuchs a publié un petit ouvrage de grande influence sur l'« économie de services » émergente⁹ dans lequel il affirme que la prestation d'un service diffère de la fabrication d'un produit. Les services nécessitent toujours deux parties : un expert du contenu et un utilisateur expert. Dix ans plus tard, Vincent Ostrom, en collaboration avec sa femme Elinor (qui a éventuellement reçu un prix Nobel d'économie), publiait un essai où il avançait que les services étaient « coproduits »¹⁰. Plus récemment, Lusch et Vargo ont soutenu que nous vivions dans un monde dominé par une « logique axée sur les produits », même lorsque nous organisons, offrons, évaluons et améliorons des services¹¹. Osborn et ses collègues ont commencé à explorer certaines des répercussions de cette logique axée sur les produits¹². À partir des travaux de ces pionniers, mes collaborateurs et moi avons exploré de façon encore plus explicite ce que signifient certaines de ces idées pour la coproduction des services de santé¹³. Le défi particulier pour les professionnels de la santé est qu'il nous arrive de « fabriquer » des procédures et des produits, ce qui peut nous amener à négliger les perceptions qui découlent de la compréhension du fait que, dans une certaine mesure, tous les services sont coproduits. Il a été difficile pour les professionnels de la santé de mettre en œuvre l'interdépendance. Même le langage que nous utilisons est une écharde au pied : par exemple, examinons ce qu'évoque le terme « patient ». Une équipe néerlandaise a proposé d'adapter l'exemple de Prince, vedette du rock maintenant décédée, dans l'article « The individual formerly known as patient »¹⁴.

Numérisation. On a beaucoup écrit sur les répercussions de l'informatisation et de la numérisation dans de nombreux domaines, mais personne n'a abordé

ces questions avec plus d'éloquence, pour ceux et celles d'entre nous qui travaillent dans les milieux de la prestation de soins de santé, que Robert Wachter¹⁵ et Trisha Greenhalgh¹⁶. Je vous encourage à lire leurs ouvrages.

Collaboration, concurrence et travail transdisciplinaire. Il y a moins d'une centaine d'années, nous avons commencé à exercer la médecine d'une façon qui laissait penser que les jours des médecins solistes étaient comptés. Mais les modes distincts de formation professionnelle ont perduré. Nous avons été évalués et avons obtenu nos certificats de compétence comme si l'époque des solistes professionnels durerait éternellement. Heureusement, nous commençons maintenant à voir les structures officielles des services de soins de santé comme des microsystèmes cliniques¹⁷. Les nouveaux programmes de formation médicale postdoctorale transcendent les disciplines et offrent des occasions pratiques de perfectionnement du leadership ainsi que de nouvelles méthodes de travail¹⁸. À bien des égards, ces approches n'invitent pas qu'à la collaboration « multidisciplinaire » ou « interdisciplinaire », mais également à un travail « transdisciplinaire » qui englobe plusieurs disciplines et épistémologies. Enfin, un mot sur la « concurrence ». Nous avons pris l'habitude d'utiliser notre énergie compétitive les uns contre les autres plutôt que de la diriger vers les besoins non satisfaits que nous essayons de combler. À mon avis, cette compétitivité mal placée sape nos efforts.

Vous : Merci. Vous et les autres auteurs de cette série offrez de nombreuses suggestions. Y a-t-il un conseil que vous jugez essentiel?

Ami : Je ne sais vraiment pas ce que vous devriez faire. Ce que j'ai trouvé utile, c'est l'exemple de Sir Ernest Rutherford lorsqu'il a dirigé le Laboratoire Cavendish à Cambridge. Il a tenu des séances régulières où il limitait ce que les gens pouvaient dire sur ce qu'ils savaient déjà pour plutôt diriger la discussion vers ce qu'ils essayaient de comprendre. Ce laboratoire peut se vanter d'avoir produit au moins 13 prix Nobel durant 10 des 18 années où il a été dirigé par M. Rutherford : un témoignage stupéfiant sur le pouvoir de la réflexion sur des questions qui comptent. Après tout, c'est la curiosité qui nous permet de produire, d'attirer, de créer et d'entretenir l'avenir que nous souhaitons.

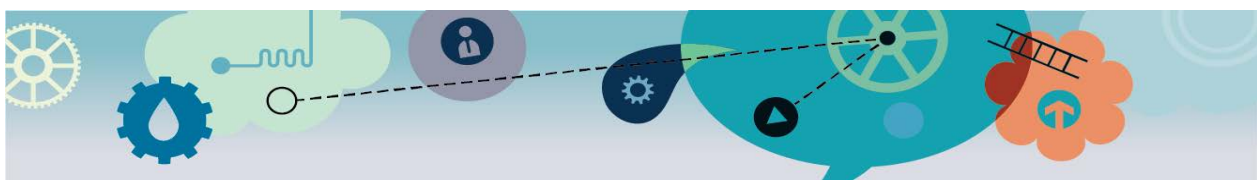
Petit mot de la fin, du poète David Whyte :

Faites le premier pas

Faites le premier pas,
Pas le deuxième
Ni le troisième
Commencez par le
Commencement,
Rapprochez-vous
Faites le pas
Que vous ne voulez pas faire¹⁹

Références

- 1 Brookfield SD. *Becoming a critically reflective teacher*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2017.
- 2 Perkins DN. *Making learning whole: how seven principles of teaching can transform education*. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
- 3 von Bertalanffy L. *General system theory: foundations, development, applications*. New York: George Braziller; 1969.
- 4 Churchman CW. *The design of inquiring systems: basic concepts of systems and organization*. New York: Basic Books; 1971.
- 5 Checkland P. *Systems thinking, systems practice*. New York: Wiley; 1999.
- 6 Deming WE. *Out of the crisis*. Cambridge: MIT Press, 1982.
- 7 Senge PM. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. Rev ed. New York: Doubleday; 2006.
- 8 Institute of Medicine. *The learning healthcare system: workshop summary*. Washington (DC): The National Academies Press; 2007.
- 9 Fuchs V. [The service economy](#). New York: National Bureau of Economic Research; 1968.
- 10 Ostrom V, Ostrom E. Public goods and public choices. In: Savas ED, editor. *Alternatives for delivering public services: toward improved performance*. Boulder: Westview Press; 1977.
- 11 Lusch RF, Vargo SL. *Service-dominant logic: premises, perspectives, possibilities*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
- 12 Osborne SP, Radnor Z, Nasi G. A new theory for public service management? Toward a (public) service-dominant approach. *Am Rev Public Adm*. 2012;43:135–58.
- 13 Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Opari-Arrigan L, Hartung H. The coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(7):509–17.
- 14 Kremer JAM, van der Eijk M, Aarts JWM, Bloem BR. The individual formerly known as patient, TIFKAP [letter]. *Minerva Med*. 2011;102(6):505.
- 15 Wachter R. *The digital doctor: hope, hype, and harm at the dawn of medicine's computer age*. New York: McGraw Hill; 2015.
- 16 Greenhalgh T, Russell J, Ashcroft RE, Parsons W. Why national eHealth programs need dead philosophers: Wittgensteinian reflections on policymakers' reluctance to learn from history. *Milbank Q*. 2011;89(4):533–63.
- 17 Batalden P, Ogrinc G, Batalden M. From one to many. *J Interprof Care*. 2006;20(5):549–51.
- 18 Batalden P, Foster T, editors. *Sustainably improving health care: creatively linking care outcomes, system performance, and professional development*. London: Radcliffe; 2012.
- 19 Whyte D. *River flow: new and selected poems 1984–2007*. Langley (WA): Many Rivers Press; 2007.



Introduction

[Felix Ankel](#) et [Jonathan Sherbino](#)

Les éducateurs cliniciens de demain ont-ils besoin de compétences en leadership différentes de celles de leurs homologues d'hier? En cette ère où les soins de santé sont de plus en plus complexes, nous croyons que oui. Nous espérons que les réflexions recueillies dans ce document encourageront les lecteurs à jeter un regard nouveau sur le leadership en éducation médicale, en adoptant une « réflexion axée sur les systèmes ».

L'éducation médicale, axée au départ sur la connaissance en tant que produit de l'apprentissage, est de plus en plus orientée vers les compétences en situation réelle. Par conséquent, la création de valeur dans ce domaine passe de moins en moins par les vases clos institutionnels, positionnels et informationnels et de plus en plus par les réseaux et les communautés de pratique fluides¹.

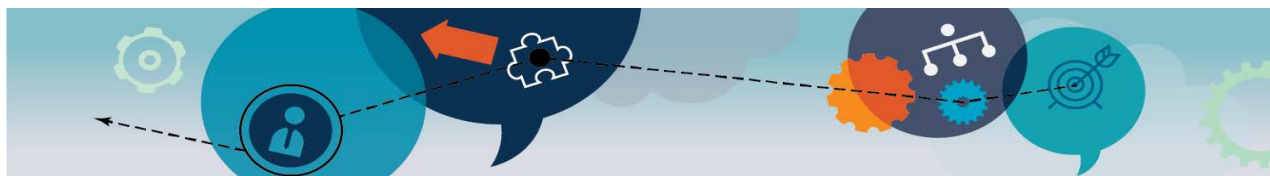
Traditionnellement, les ressources en leadership à l'intention des éducateurs cliniciens étaient axées sur la gestion des [états d'esprit](#) fixes des personnes et des groupes. Par exemple, un ouvrage fondé sur des cas destiné aux vice-doyens contient les chapitres suivants : « Êtes-vous prêt à explorer le côté sombre? », « Changer de comportement dans une culture marquée par l'absence de responsabilité » et « Problèmes au paradis : composer avec le dysfonctionnement départemental. » Le défi pour les éducateurs cliniciens du XXI^e siècle est d'adopter un nouveau cadre de leadership tout en continuant de fonctionner dans des structures existantes.

Comment les leaders en éducation médicale peuvent-ils créer un état d'esprit axé sur la croissance au sein de leurs communautés? De quelles compétences ont-ils besoin pour gérer le changement exponentiel dans des processus et des structures hiérarchiques traditionnellement linéaires? Comment peuvent-ils favoriser la résilience, gérer la complexité et composer avec les subtilités contextuelles dans un monde qui repose sur les organigrammes, les comités de promotion et de permanence ainsi que les exigences en matière d'agrément? Nous proposons des exemples de cas sur la façon dont cela peut être accompli.

Nous espérons ainsi contribuer à la discussion sur le rôle du leadership en éducation médicale en présentant, exemples à l'appui, des concepts comme l'adoption de comportements axés sur le [travail collaboratif](#) plutôt que la simple gestion des équipes, le fait de devenir un [multiplicateur](#) plutôt qu'un « minimaliste » ou un microgestionnaire et la pratique de la [conservation](#) des données plutôt que de simplement créer de nouveaux contenus. Nous espérons que vous trouverez une source d'inspiration dans cette perspective nouvelle sur le rôle du leadership en éducation médicale.

Références

- 1 Sherbino J, Snell L, Dath D, Dojeiji S, Abbott C, Frank JR. A national clinician–educator program: a model of an effective community of practice. Med Educ Online. 2010;15:10.3402/meo.v15i0.5356.
- 2 Stone T, Coussons-Read M. Leading from the middle: a case-study approach to academic leadership for associate deans. Lanham (MD): Rowman & Littlefield; 2011.



Élaborer une vision commune

Felix Ankel et Bob Englander

Le défi

En tant que nouveau ou nouvelle leader en éducation dans une faculté de médecine, vous souhaitez susciter le changement. Mais l'expérience vous a appris que le simple fait d'importer dans un contexte les solutions et les innovations que vous avez vues appliquées dans un autre est voué à l'échec — surtout s'il n'y a aucune entente sur la nécessité d'apporter des changements et qu'aucune vision commune n'a été établie en ce qui a trait aux changements proposés et aux résultats escomptés. Alors, comment faire pour établir une telle vision? Et qui la partagera?

Comme dans de nombreux domaines, l'innovation en éducation ou formation médicale demande un transfert de plus en plus marqué de l'« ancien pouvoir » au « nouveau pouvoir ». Dans leur manifeste sur les forces du changement social, les activistes Jeremy Heimans et Henry Timms observent que l'ancien pouvoir fonctionne comme une devise. Il est détenu par quelques personnes seulement et est jalousement gardé. Le nouveau pouvoir, quant à lui, fonctionne comme un courant. Il est ouvert, participatif et dirigé par les pairs, et l'objectif n'est pas de l'amasser, mais de le canaliser¹.

Pour les leaders en éducation médicale le rythme rapide du changement social et organisationnel signifie qu'ils doivent maîtriser des compétences précises dans la gestion des systèmes. Ils devront être capables de gérer la complexité, de renforcer la résilience organisationnelle et de rendre possible l'adaptation. Le « nouveau pouvoir » qu'est l'approche participative d'aujourd'hui vis-à-vis du changement signifie également que les leaders en Éducation Médicale devront harmoniser de multiples perspectives et intérêts. Par conséquent, la clé de la réussite en matière d'innovation sera la capacité à harmoniser les buts, les objectifs et les activités de toutes les parties concernées. La première étape pour réaliser cette harmonisation est de créer une vision commune.

Exemple de cas

Créer une vision commune — Bob Englander

L'élaboration d'une vision commune est la première étape — et la plus importante — pour susciter le changement. J'ai récemment participé à un processus de planification stratégique pour élaborer une vision, des principes directeurs et des objectifs qui orienteraient la

formation médicale prédoctorale à la Faculté de médecine de l'Université du Minnesota pour les 10 prochaines années.

La première chose à faire était de rassembler les bonnes personnes. En tant qu'établissement public qu'ont fréquenté environ 70 % des médecins en exercice du Minnesota pour l'obtention de leur diplôme en médecine, leur résidence ou les deux, notre faculté travaille avec des intervenants de tous les horizons. Pour les séances de planification stratégique, nous avons invité des leaders en Éducation Médical, des dirigeants des principaux systèmes de santé avec qui nous partageons des tâches liées à l'éducation, des étudiants, des représentants des patients, d'anciens étudiants et des membres de la communauté, notamment les communautés sous-représentées du Minnesota.

Ensemble, nous avons entamé un processus de pensée divergente, générant une liste de toutes les variables que les participants souhaitaient intégrer dans notre vision. Nous avons ensuite adapté un énoncé de vision fictif pour essayer d'inclure le plus grand nombre de ces variables. Il en a résulté l'énoncé provisoire suivant : « Apprendre ensemble à préparer les médecins à répondre aux besoins des patients du Minnesota et d'ailleurs ».

Nous avons ensuite publié l'énoncé en ligne afin de recueillir les commentaires de plus de 3000 membres du corps professoral, de milliers de membres du personnel et de 900 étudiants dispersés dans l'ensemble du territoire du Minnesota. Les commentaires ont été généralement positifs en ce qui a trait à l'objectif pratique de l'énoncé ainsi qu'à l'accent mis sur l'apprentissage collaboratif et sur la satisfaction des besoins des patients au Minnesota et ailleurs. Mais les répondants ont également estimé que l'énoncé n'était pas suffisamment inspirant et qu'il manquait de précision relativement aux besoins que nous devons combler.

Lors d'une deuxième séance, nous avons tenu compte des commentaires et avons proposé une nouvelle vision pour la formation médicale à la Faculté de médecine de l'Université du Minnesota : « Une communauté d'apprentissage collaboratif conçue pour former des médecins exceptionnels en vue d'améliorer la santé et le bien-être des patients du Minnesota et d'ailleurs ». Tous les intervenants consultés ont été inspirés par cette nouvelle vision, réalisable uniquement par la délimitation collaborative des valeurs qui nous sont chères. Bien que le processus ait pris plusieurs mois, il a également facilité de beaucoup l'établissement des principes directeurs et des objectifs puisque nous avons tous une destination commune.

Le message à retenir de cet exemple de cas est le suivant : au début du processus, il est important de prendre le temps de s'assurer que tous les intervenants s'inspirent de la même vision. Une vision commune bénéficie souvent du soutien organisationnel² si essentiel à l'exécution d'un plan.

Le leadership relève plutôt de la discipline que de la tâche, et la capacité de leadership croît avec l'autoréflexion. La prochaine fois que vous n'obtenez pas le soutien organisationnel dont vous avez besoin pour réaliser votre vision, posez-vous les questions suivantes :

1. Ai-je passé assez de temps à imaginer des possibilités créatives et audacieuses?
2. Ai-je suffisamment fait appel aux autres pour élaborer une vision commune?
3. Ai-je exploité pleinement le « nouveau pouvoir » dont je disposais?

Références

1. Heimans J, Timms H. Understanding new power. *Harvard Bus Rev*. December 2014.
2. Hyatt K. The influence of vision on perceived organizational support. *Leadership Rev* (Kravis Leadership Institute). 2011 Spring 11:157–70.



Chapitre 2

Préférer la multiplication à la microgestion

Felix Ankel et Kelly Frisch

Le défi

À titre de nouveau vice-doyen ou nouvelle vice-doyenne aux études médicales postdoctorales, vous avez la responsabilité de produire des effectifs médicaux bien préparés pour le XXI^e siècle. Vous souhaitez relever ce défi en faisant passer votre faculté d'un modèle de formation médicale fondé sur les connaissances à un modèle fondé sur les compétences. Vous prévoyez intégrer des activités cliniques à la formation des résidents et faire en sorte que le programme soit davantage axé sur la santé de la population. Quelles sont les compétences qui pourront vous aider dans cette entreprise? Les approches qui ont fonctionné par le passé seront-elles utiles? Pourraient-elles au contraire être contre-productives?

Si l'éducation médicale est un [sport d'équipe](#), les règles du jeu deviennent assurément de plus en plus complexes. Pour réussir à bien gérer la complexité, les leaders en santé doivent promouvoir une culture [harmonisée](#), autonome et cohésive.

Les leaders efficaces permettent à leurs équipes de mettre en valeur la pleine étendue de leurs connaissances et de leurs compétences. Les leaders qui donnent à leurs équipes les moyens d'exploiter pleinement leur potentiel font dans la « [multiplication](#) » plutôt que dans la microgestion. Les « multiplicateurs » reconnaissent les talents au sein de leur équipe, favorisent un environnement productif, déterminent l'orientation à prendre, prennent des décisions et mettent en branle les plans établis. Ils perfectionnent l'art de poser des questions constructives et offrent des opinions judicieuses. En contrepartie, les microgestionnaires visent des objectifs à court terme et s'inquiètent surtout d'avoir le dernier mot et de dominer les conversations, au détriment de la progression du débat¹. Avec une telle approche, on perd de vue les possibilités à long terme et on démobilise les autres.

Les leaders efficaces donnent à leurs employés les moyens de perfectionner leurs talents et leurs compétences. « Le leadership, c'est rendre les autres meilleurs par votre présence et de vous assurer que cet effet persiste en votre absence². »

Exemple de cas

Comment la transition vers un état d'esprit axé sur la « multiplication » peut aider les leaders en éducation à devenir plus efficaces — Kelly Frisch

Il y a quelques années, on m'a offert la possibilité d'occuper un poste de leadership et de superviser un groupe de gestionnaires et de responsables de programmes qui soutiennent les études médicales supérieures dans notre système de santé. Avec plus de 10 ans d'expérience à titre d'éducatrice et de responsable d'un programme de résidence, j'étais convaincue de l'utilité des processus connexes comme l'agrément. Dans le cadre de mes fonctions précédentes, j'ai été une personne d'action et j'étais reconnue et respectée pour ma détermination à bien faire mon travail.

Peu après avoir intégré mon nouveau poste de leadership, j'ai dû admettre mon incapacité en tant que « multiplicatrice » et reconnaître que le leadership demandait des compétences différentes. Malgré mes bonnes intentions, ma tendance à la microgestion produisait des résultats, mais ne favorisait pas la croissance et le perfectionnement des membres de l'équipe. Je devais élargir mon champ de compétences pour stimuler les autres et leur donner les moyens d'exploiter leur plein potentiel. J'ai consulté plusieurs ressources en matière de leadership, j'ai sollicité les commentaires de mon entourage et j'ai beaucoup réfléchi. Depuis, j'ai été très attentive à donner à tous les membres de l'équipe les moyens de réussir — et éventuellement d'échouer, puisque l'échec fait également partie de la croissance. Conséquences de cette transition de la microgestion à la multiplication : une équipe très mobilisée, dévouée et heureuse.

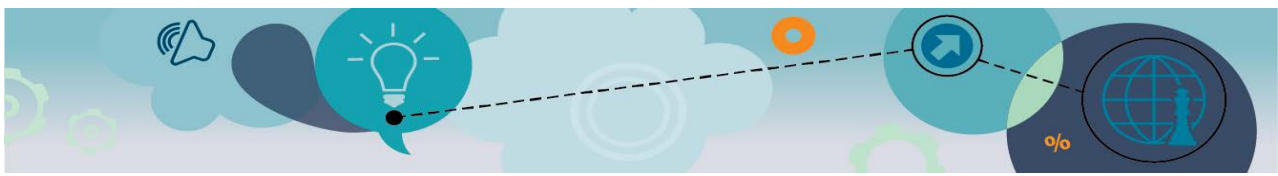
Conseils pour devenir un leader « multiplicateur »

Si votre équipe ne fonctionne pas à sa pleine capacité, posez-vous les questions suivantes :

- Faites-vous assez confiance aux membres de l'équipe pour lâcher prise et éviter la microgestion?
- Laissez-vous les autres prendre des décisions? Leur donnez-vous la liberté dont ils ont besoin pour s'épanouir?
- Laissez-vous les autres maximiser leur contribution?
- Faites-vous en sorte que les membres de l'équipe reçoivent la formation et l'accompagnement dont ils ont besoin pour réussir?
- Demandez-vous aux membres de votre équipe ce dont ils ont besoin pour mieux faire leur travail?

Références

1. Goldsmith M. What got you here won't get you there: how successful people become even more successful. New York: Hyperion; 2007.
2. Sandberg S. Lean in: women, work, and the will to lead. New York: Random House; 2013.



Cohésion et cocréation

Felix Ankel et Meghan Walsh

Le défi

À titre de nouveau ou nouvelle leader en éducation médicale dans un hôpital, vous avez comme objectif de créer un environnement optimal pour l'apprentissage clinique. Cependant, vous avez eu connaissance de tensions entre les intervenants des milieux opérationnels et universitaires au sein de votre établissement. Les leaders opérationnels tendent à considérer la présence des apprenants comme une entrave à la haute qualité et au rapport coût/efficacité des soins empêchant les patients d'obtenir une expérience et des résultats optimaux. Les leaders universitaires, quant à eux, estiment généralement que le fait de mettre l'accent sur les paramètres opérationnels éloigne les apprenants des objectifs d'apprentissage. Comment combler cet écart entre les deux cultures professionnelles? Devriez-vous élaborer un plan et ensuite espérer que les autres l'acceptent? Devriez-vous plutôt inviter les divers intervenants à créer un plan avec vous?

Traditionnellement, les gens ne faisant pas partie du cercle fermé de la formation médicale ont été très peu sollicités dans le cadre de l'élaboration des programmes de formation médicale. Dans ce modèle de « production » — une approche analogue à la fabrication de biens matériels sans l'aide des consommateurs —, les intervenants externes n'étaient généralement pas sollicités du tout ou avaient très peu d'occasions de fournir des commentaires. Cette approche pousse les différents intervenants à mener leurs activités en vase clos, de telle sorte qu'on dépense énormément d'énergie à essayer de rallier les intérêts divergents, ce qui laisse peu d'énergie pour intégrer la formation dans les systèmes de prestation des soins. Par exemple, certains éléments liés au travail d'équipe interprofessionnel, à la science de l'amélioration, à l'expérience des patients, à l'intendance et à l'optimisation des dossiers médicaux électroniques sont souvent omis ou ajoutés sur le tard. Ce manque d'intégration mène à une conception universitaire qui ne tient pas compte des environnements de travail réels dans lesquels évoluent les apprenants.

En revanche, l'adoption d'un modèle de formation axé sur les résultats fait en sorte qu'on met l'accent sur la mobilisation active et le service plutôt que sur la « production ». Dans l'approche de cocréation, tous les intervenants participent dès le début au processus d'élaboration des programmes. Les participants sont invités à mettre de côté leurs hypothèses non vérifiées considérées comme des vérités absolues (par exemple, la

croyance selon laquelle le temps consacré à un stage est un indicateur fiable du degré d'apprentissage) et à travailler ensemble à l'élaboration de plans, de façon ouverte et transparente.

Dans leur ouvrage sur les problèmes de mise en œuvre dans un contexte de formation médicale axée sur les résultats, Eric Holmboe et Paul Batalden préconisent l'adoption d'une logique axée sur les services au profit d'une logique axée sur la production, comme il est indiqué dans l'ouvrage sur la gestion de Richard Normann^{1,2}. Les répercussions de cette transformation peuvent trouver écho auprès des leaders en formation médicale :

1. Pour instaurer un vrai changement, il est aussi important de se détacher des hypothèses que de créer de nouvelles solutions³. Par exemple, le succès des systèmes de formation médicale basés sur les compétences dépendra de la capacité des gens à renoncer aux vérités présumées en ce qui concerne les modèles basés sur le temps et à créer de nouveaux modèles basés sur les compétences.
2. Les gens devront être ouverts de cœur et d'esprit et avoir la volonté de renoncer aux vérités présumées. Dans son concept de la « [théorie U](#) », en vertu de laquelle le trait descendant du « U » représente le fait de renoncer à quelque chose afin que quelque chose de mieux (le trait ascendant du « U ») puisse en émerger¹, Otto Scharmer décrit l'importance de l'émotion et de la perte dans la remise en question des vérités présumées.
3. La formation médicale est finalement un service plutôt qu'un produit; les consommateurs (dans notre contexte, les patients) jouent un rôle important dans la conception des services⁴. Tout comme l'avenir des soins cliniques demande la participation des patients et la prise de décisions communes, l'avenir de la formation médicale inclura la participation d'apprenants « activés » et de méthodes éducatives non hiérarchiques.
4. Avec la cocréation, on passe de la production à l'utilisation, du produit au processus et de la transaction à la relation².

Exemple de cas

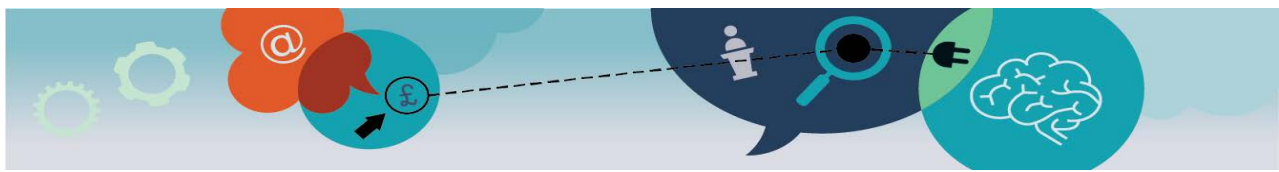
La cocréation dans les programmes de résidence — Felix Ankel

Un exemple de cocréation en formation s'est produit au sein du programme de [résidence en médecine d'urgence dans les hôpitaux régionaux](#) basés au Minnesota. Ce programme fait partie de [HealthPartners](#), le plus important organisme de soins de santé à but non lucratif régi par les consommateurs aux États-Unis. Avec des appuis comme le [site participatif Wiki](#), les divers intervenants des milieux opérationnels et universitaires peuvent procéder à une planification stratégique annuelle transparente et continue. Ce mode de fonctionnement a mené à la mise en place d'une approche adaptative qui a contribué à faire en sorte que le programme de résidence se concentre davantage sur la santé de la population que sur les

soins de secours, sur la science basée sur l'amélioration plutôt que sur les connaissances médicales et sur une culture de travail collaboratif axée sur le patient plutôt que sur l'exceptionnalisme individuel. Le programme de résidence est maintenant un atout stratégique de HealthPartners. La prochaine étape du processus de cocréation sera l'inclusion des patients dans la conception de la formation.

Références

1. Holmboe ES, Batalden P. Achieving the desired transformation: thoughts on next steps for outcomes-based medical education. Acad Med. 2015;90(9)1215–23.
2. Normann R. Reframing business: when the map changes the landscape. Chichester (UK): Wiley; 2001.
3. Kegan R, Lahey L. How the way we talk can change the way we work. San Francisco: Jossey-Bass; 2001.
4. Fuchs V. [The service economy](#). New York: National Bureau of Economic Research; 1968.



Des réseaux de confiance

Felix Ankel et Leah Hanson

Le défi

À titre de nouveau vice-doyen ou nouvelle vice-doyenne aux études médicales postdoctorales, vous avez la responsabilité de moderniser un programme de résidence et de l'intégrer dans un système de prestation de soins de santé récemment fusionné. La nouvelle structure organisationnelle est construite à partir de structures existantes qui ont traditionnellement mis l'accent sur l'autorité et la responsabilisation, ce qui a élargi l'écart entre les ressources et les responsabilités. Quelle est la meilleure façon d'instaurer le changement dans un tel environnement? Comment pouvez-vous construire les réseaux de confiance nécessaires pour accélérer le changement?

La plupart des systèmes de soins de santé et de formation médicale disposent d'organigrammes qui décrivent les structures officielles et les chaînes de commandement. Toutefois, dans tout système, une grande partie du travail est déterminée par des relations plus spontanées qui prennent la forme de [réseaux informels et qui fonctionnent indépendamment de l'organigramme](#). Bien que les réseaux informels puissent être considérés comme étant potentiellement subversifs au sein d'une organisation, les possibilités qu'ils offrent pour faciliter la communication, partager des conseils et de l'information et instaurer la confiance constituent des avantages évidents. Conscients des avantages des réseaux, certains éducateurs cliniciens ont mis en place des [réseaux d'apprentissage personnels](#) en vue d'améliorer les compétences. Cette discussion se concentre sur la dimension de confiance dans les réseaux professionnels. Pour un leader en Éducation Médical, la mise en place d'un réseau de confiance efficace constitue une compétence essentielle.

Les théories qui sous-tendent les réseaux de confiance

Nous avons tendance à accomplir nos tâches en nous basant sur nos relations de confiance. (Pour ceux et celles que ça intéresse, cette tendance se fonde sur l'évolution des [traits eusociaux](#) de notre espèce et sur des effets physiologiques causés par l'[ocytocine](#).) Les soins de santé et la formation médicale sont en voie d'adopter un [modèle axé sur les résultats](#), où l'accent est mis, comme nous l'avons mentionné au chapitre 3, davantage sur la logique

relationnelle axée sur les « services » — où la confiance est nécessaire pour obtenir les résultats escomptés — que sur les soins médicaux et la formation en tant que « produits ».

L'éducation médicale bénéficie d'importants réseaux de confiance. Ceux-ci ont pour effet d'augmenter la qualité et la rapidité des décisions, d'améliorer l'expérience des enseignants et des apprenants et de diminuer le coût des services, ce qui mène à la création d'une approche adaptative de grande valeur en Éducation Médical.

Exemple de cas

Créer un réseau de confiance – Leah Hanson

Je dirige un groupe de recherche en neurosciences composé de scientifiques et de cliniciens couvrant plusieurs équipes au sein d'une importante organisation de soins de santé vouée à l'apprentissage. L'une des difficultés auxquelles j'ai dû faire face lorsque j'ai constitué notre groupe résidait dans le manque de solidité de la structure organisationnelle. Assez tôt après avoir intégré mes fonctions de leader, j'ai ressenti de la frustration en raison du manque de progrès. Pourquoi les initiatives n'avançaient-elles pas? Mes idées semblaient solides sur papier, et les membres du groupe estimaient qu'il s'agissait des bonnes mesures à prendre pour nous. Mais je savais qu'il manquait quelque chose et j'ai mis un moment pour réaliser que l'ingrédient manquant était la confiance.

J'ai fait deux choses pour renforcer et élargir mon réseau de confiance. Tout d'abord, j'ai consulté de nouveau mon équipe locale afin de valider son soutien par rapport aux initiatives. Ce faisant, j'ai découvert certaines craintes non exprimées précédemment à propos des changements proposés et j'ai pu y répondre. Ensuite, mon intuition m'a dit que pour réussir, je devais renforcer mes relations dans l'ensemble de l'organisation. J'ai contacté d'autres leaders et intervenants clés que je ne connaissais pas très bien en les invitant à une rencontre informelle. J'ai été surprise de constater que tout le monde a accepté de me rencontrer, ce qui a beaucoup facilité l'expansion de mon réseau.

Même si le processus a été plus long que prévu, j'ai été en mesure de réunir le groupe une fois que le lien de confiance a été établi. Je reconnais maintenant que l'ingrédient magique dans tout travail de gestion du changement adaptatif est la confiance et je continue volontairement à renforcer mon réseau de confiance dans toutes les directions.

Conseils pour établir des réseaux de confiance

- **Faites preuve de courage.** La suspicion est inscrite dans nos gènes. Prenez des risques et sortez de votre zone de confort.
- **Ayez confiance.** Nous jugeons les autres en fonction de leur comportement, mais nous voulons que les autres nous jugent en fonction de nos intentions. Attendez avant de juger les autres. Présumez que leurs intentions sont bonnes.

- **Soyez digne de confiance.** Faites preuve de transparence dans vos communications et soyez explicite au sujet de vos intentions. Tâchez de faire bouger les choses plutôt que de marquer un point. Tentez d'élever la conversation plutôt que de maximiser votre propre position. Relativisez vos communications. Tenez vos engagements. Respectez vos promesses.
- **Faites des choix réfléchis.** L'établissement d'un grand réseau de confiance prend du temps et de la discipline. Échangez avec les autres; réservez du temps pour la réflexion dans l'établissement de votre réseau.
- **Faites preuve de générosité.** Donner autant que vous recevez, et faites les premiers pas pour rétablir une relation entachée par la méfiance.

Dans une organisation complexe, il est essentiel de prendre conscience de l'importance des réseaux de consultation, de confiance et de communication dans un organigramme. Pour optimiser le rendement d'une équipe, le fait d'en demander plus à une personne ne sera pas aussi efficace à long terme que le fait de rassembler les gens : à la longue, l'ocytocine est meilleure pour la santé que l'adrénaline.

Autres lectures

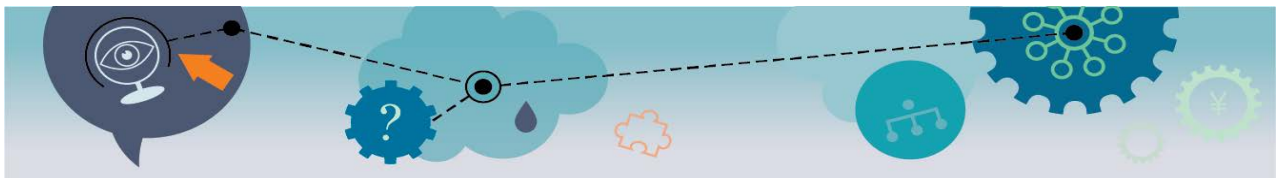
Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Oipari-Arrigan L, Hartung H. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(7):509–17.

Covey SMR. *The speed of trust: the one thing that changes everything.* New York: Free Press; 2006.

Holmboe ES, Batalden P. Achieving the desired transformation: thoughts on next steps for outcomes-based medical education. *Acad Med.* 2015;90(9):1215–23.

Krackhardt D, Hanson JR. Informal networks: the company behind the chart. *Harv Bus Rev.* 1993;71(4):104–11.

Shamay-Tsoory SG, Abu-Akel A. The social salience hypothesis of oxytocin. *Biol Psychiatry.* 2016;79(3):194–202.



Réseaux de communication

Felix Ankel et Michelle Lin

Le défi

À titre de nouveau ou nouvelle leader en éducation médicale dans un système de prestation de soins intégrés, vous avez la responsabilité de former des cliniciens prêts à exercer à l'avenir. Par le passé, le service de formation médicale type de votre système était axé sur la formation des étudiants en médecine et des résidents, était associé à une seule faculté de médecine et était offert dans un seul hôpital. Vous êtes maintenant sur le point de mettre en œuvre une vision qui privilégie une approche éducative couvrant l'ensemble du système et comportant plusieurs hôpitaux et cliniques, de même que plusieurs établissements d'enseignement voués aux professions de la santé. Vous aimeriez que les étudiants et leurs précepteurs aient les aptitudes et les compétences nécessaires pour s'épanouir dans un milieu fondé sur le travail d'équipe, sur la science de l'amélioration, sur les soins axés sur les patients et la famille et sur l'intendance. Comment pouvez-vous établir des réseaux de communication pour diffuser cette vision? Comment pouvez-vous mettre en place le réseau de communication nécessaire?

Les trois composantes d'un réseau de communication efficace

Quelle est la meilleure façon de créer un réseau de communication efficace? L'une des méthodes consiste à adopter une approche en trois volets qui comprend un « port d'attache », des « ambassades » et des « avant-postes »^{1,2}.

- Le **port d'attache** est une plateforme de renseignements centralisée à laquelle peuvent accéder les réseaux (p. ex., site Web, blogue, SharePoint).
- Les **ambassades** sont des outils externes qui peuvent diriger le trafic et former un port d'attache (p. ex., LinkedIn, Facebook, Twitter, Yammer).
- Les **avant-postes** sont les outils d'analyse qui vous permettent d'analyser l'environnement pour trouver des communications liées à votre port d'attache (p. ex., Google Alerts).

En 2009, Michelle Lin, qui enseigne la médecine d'urgence à l'Université de la Californie à San Francisco/Hôpital général de San Francisco, a fondé le blogue Academic Life in Emergency Medicine ([ALIEM](#)) (la vie universitaire en médecine d'urgence) afin de diffuser de

l'information sur l'enseignement de la médecine d'urgence. Son expérience avec ce projet est un excellent exemple de la façon de créer un réseau de communication efficace au moyen d'un port d'attache, d'ambassades et d'avant-postes.

Exemple de cas

Création du blogue ALiEM — Michelle Lin

Le port d'attache : la naissance du blogue ALiEM. Lorsque j'ai lancé le blogue ALiEM, je n'avais aucunement l'intention de créer un réseau. Mon idée était tout simplement d'expérimenter une plateforme relativement nouvelle pour la diffusion de l'information dans mon propre créneau universitaire. Avec le temps, il est devenu difficile d'entretenir le blogue en étant la seule auteure; j'ai donc créé une équipe diversifiée constituée d'éducateurs en sciences de la santé possédant une impressionnante base de connaissances et souhaitant élargir cette base. Par conséquent, le nombre de lecteurs a explosé, passant de moins de 10 à plus de 3 000 par jour : deux millions de visiteurs par année en seulement quelques années.

Lorsque nous avons constaté le potentiel et la portée des médias sociaux pour offrir un contenu éducatif en ligne, nous avons commencé à essayer des outils intégrés comme les cartes de référence Paucis Verbis. J'ai utilisé le terme latin Paucis verbis, qui signifie « en quelques mots », pour décrire une série de cartes cliniques que j'avais entreprise durant ma résidence pour m'aider à me souvenir des lignes directrices fondées sur des données probantes tirées d'articles de revues, de manuels et de cours magistraux. Ces petites cartes ont évolué pour devenir un site Web (ALiEMCards.com) comportant plus de 100 « cartes » cliniques numériques couvrant des sujets comme le diagnostic et le traitement de l'anaphylaxie, la sélection des antibiotiques pour l'infection des voies urinaires et les traumatismes dentaires.

Malgré la variété des ressources, des initiatives et des sujets lancés sur ALiEM, ce qui demeure constant est notre site de blogue. C'est notre port d'attache : les nouveaux projets y sont décrits, mis à jour et annoncés et du nouveau contenu éducatif y est publié. Le blogue est la plateforme centrale à partir de laquelle nous tenons nos lecteurs informés des activités de notre organisation et des nouveautés dans le domaine de la médecine d'urgence. Avec 1,5 million de visites par an à l'échelle mondiale aujourd'hui, nous demeurons humbles et reconnaissants d'être dans une telle position d'influence et de confiance dans le domaine de la médecine d'urgence.

Les ambassades : pas seulement des canaux de communication à sens unique. Les lecteurs du blogue étant de plus en plus nombreux grâce au bouche-à-oreille et la plateforme de microblogage étant de plus en plus populaire dans les milieux universitaires, nous nous sommes concentrés sur la création de nos ambassades. Nous avons commencé à annoncer chaque jour le nouveau contenu du blogue sur Twitter et Facebook pour élargir notre portée. Nous avons notamment publié notre blogue et nos publications sur Twitter et Facebook à différents moments de la journée pour capter l'attention des lecteurs habitant différents fuseaux horaires, suivant ainsi l'une des pratiques exemplaires de l'industrie du blogage : diffuser du contenu sur différentes plateformes en vue d'atteindre différents publics potentiels.

Mais nous nous sommes demandé si nous pouvions faire mieux que d'utiliser ces plateformes de communication en temps réel comme simples outils d'amplification à sens unique servant à diffuser le contenu de notre blogue. En 2013, nous avons lancé une série pilote d'un an avec la publication Annals of Emergency Medicine pour héberger un club de lecture international des revues de médecine d'urgence se penchant tous les deux à trois mois sur un article sélectionné.

Pendant une semaine, l'article présenté, qui était tiré d'une revue imprimée traditionnelle, faisait l'objet de discussions sur le site du blogue. La section « commentaires » du blogue permettait aux lecteurs de suivre la conversation en cours et d'y participer. De façon simultanée, l'équipe de notre club de lecture surveillait et animait les conversations sur Twitter, que l'on pouvait suivre au moyen du mot-clic #ALIEMJC. Une vidéoconférence diffusée en direct sur Google Hangouts se tenait au cours de la semaine, souvent avec l'auteur de l'article ainsi qu'avec d'éminents experts et d'autres participants. La conversation en ligne comportait des réflexions sur l'article, des questions du club de lecture et des discussions parallèles pertinentes, souvent à partir de commentaires faits sur le blogue et sur Twitter.

Un sommaire de la discussion pour chaque activité du club de lecture était ensuite publié sur le site Annals of Emergency Medicine afin de susciter de nouvelles discussions³⁻⁷. Pour en savoir plus sur les règles de base pour mettre en place un club de lecture virtuel, consultez notre article tutoriel dans le Journal of Graduate Medical Education⁸. Même si le projet d'une année que constituait le club de lecture international des revues de médecine d'urgence est maintenant terminé, le modèle persiste sous la forme d'une série annuelle de clubs de lecture sur l'enseignement aux professionnels de la santé coorganisée avec le Journal of Graduate Medical Education. Cette initiative couvre des sujets comme le recours aux résidents enseignants et le bien-être des médecins et des résidents.

Nous avons appris que les ambassades peuvent faire plus que simplement amplifier un message. Elles peuvent également contribuer à la création de ponts sociaux dynamiques afin de rassembler une communauté de pratique virtuelle, où les membres souhaitent tous partager de l'information, discuter d'enjeux d'importance et en apprendre davantage sur des sujets d'intérêt commun.

Les avant-postes : l'analyse de données fournit une rétroaction constante et contribue à former le réseau. Conformément à la définition que fait Michael Hyatt des avant-postes¹, nous configurons Google Alerts de façon à recevoir des avis par courriel chaque fois que l'ALIEM est mentionné sur le Web. Puisqu'elles en disent long sur notre impact et notre portée, les données analytiques pourraient également être considérées comme des avant-postes. Des outils comme Google Analytics (pour le blogue), YouTube Analytics (pour les vidéos) et Soundcloud Analytics (pour les baladodiffusions audio) fournissent une rétroaction à l'échelle des systèmes. Nous apprenons continuellement de nouvelles choses et ajustons notre contenu éducatif et nos méthodes d'enseignement en fonction de ces indicateurs. De plus, les données analytiques sont transmises à nos auteurs invités afin qu'ils puissent les ajouter à leur CV.

L'exemple des rapports d'analyse sur notre auteur fourni dans la liste des références ci-dessous⁹ démontre l'incidence combinée des données analytiques et de la conception visuelle.

Les réseaux de communication : le système nerveux d'une organisation

Les réseaux de communication font partie d'un réseau d'information informel plus vaste (dont l'importance dépasse celle de l'organigramme) qui oriente les activités de toute organisation. De nombreux établissements de soins de santé et d'enseignement disposent d'organigrammes qui décrivent les structures officielles, les titres de postes et les chaînes de commandement. Ce réseau traditionnel peut être vu comme le squelette de l'organisation, dont le modèle de communication prédominant repose notamment sur les courriels et les réunions de comités. Toutefois, la plus grande partie du travail réalisé dans n'importe quel système est influencée par les conseils informels ou les réseaux d'apprentissage personnel, les réseaux de confiance (voir le chapitre 4) et les réseaux de communication complémentaires à l'organigramme. Cet enchevêtrement de réseaux peut être vu comme le système nerveux de l'organisation.

Quelle que soit leur fonction première (apprentissage personnel, renforcement de la confiance ou communication), les réseaux reposent généralement sur des domaines d'intérêt communs plutôt que sur des titres ou des rôles. Par exemple, les réseaux de communication efficaces servent de centre névralgique pour un domaine d'intérêt puisqu'ils organisent l'information à l'intention d'une communauté de pratique pour faciliter la création de valeur. Les réseaux de communication englobent souvent plusieurs outils de communication utilisés de manière asynchrone.

Exemple de cas

Comment l'ALiEM a lancé un incubateur pour résidents en chef au moyen d'un réseau de communication efficace — Michelle Lin

En 2014, notre équipe de l'ALiEM a effectué un virage en matière de communications internes, passant de la messagerie par courriels à une plateforme de messagerie en temps réel plus dynamique nommée [Slack](#). Ce changement a amélioré la transparence de nos communications et l'intégration des membres de l'équipe dans des projets variés. Le principal « inconvénient » constaté à ce jour, c'est qu'il est pratiquement impossible de créer un organigramme traditionnel. N'importe qui peut se joindre à une discussion sur un projet, écouter, contribuer et quitter la conversation à tout moment. Beaucoup de nos meilleures idées de projets nous viennent de contributeurs qui ne faisaient pas partie de l'équipe à l'origine. Notre culture axée sur la confiance, le partage du mérite, l'acceptation du doute, l'inclusion, la rapidité du prototypage, l'action concrète et la collaboration ouverte suscite une génération d'idées créatives et favorise la gestion efficace des projets. Notre réseau de communication encourage une structure organisationnelle très horizontale et un environnement de travail collaboratif plutôt qu'une gestion hiérarchique.

En 2015, ALiEM a lancé l'incubateur pour résidents en chef pour tous les résidents en chef en médecine d'urgence aux États-Unis. Nous sommes nombreux dans le milieu universitaire à constater les difficultés auxquelles font face les résidents en chef chaque année, souvent sans pouvoir bénéficier d'un système de soutien ou d'un programme de mentorat en dehors de leur établissement.

Notre initiative a été lancée pour soutenir et guider les résidents en chef dans leur rôle de leadership. Nous espérons mettre à profit notre expérience liée à la création d'une communauté de pratique virtuelle dynamique pour créer une communauté similaire pour les résidents en chef en médecine d'urgence. Une plateforme fondée sur la messagerie Slack pourrait-elle créer un environnement qui leur permettrait de partager leurs expériences avec leurs pairs et d'apprendre d'eux?

L'incubateur pour résidents en chef a été lancé auprès de plus de 200 résidents en chef, en partie grâce à une subvention à visée éducative sans restrictions d'EBSCO Health/DynaMed Plus. Le projet a contribué à la création d'un réseau de communication qui offre des séances de formation, un programme de mentorat virtuel et une communauté de pratique. Les résidents en chef peuvent également rencontrer virtuellement des chefs de file en médecine d'urgence sur Google Hangouts et bénéficier d'un service de mentorat direct sur les compétences en leadership. Quelques utilisateurs privilégiés ont pu « passer du temps » avec le Dr Richard, ancien directeur du Service de santé publique des États-Unis, et lui poser des questions.

L'incubateur pour résidents en chef offre à ces derniers un « espace sûr » où ils peuvent discuter de questions comme le cheminement de carrière, le processus de demande de bourses postdoctorales, les politiques institutionnelles ou l'élaboration d'un CV. Étant donné qu'il est vite devenu difficile de suivre le rythme des projets et des conversations, nous avons recruté des rédacteurs chargés de la rédaction d'un bulletin d'information mensuel par courriel résumant les principaux points de discussion, fournissant des liens vers des documents, des articles et des documents de travail sur Google Drive pour les projets en cours et indiquant les dates limites imminentes.

L'incubateur pour résidents en chef est un bon exemple de l'utilisation des règles de base pour créer et entretenir un réseau de communication efficace.

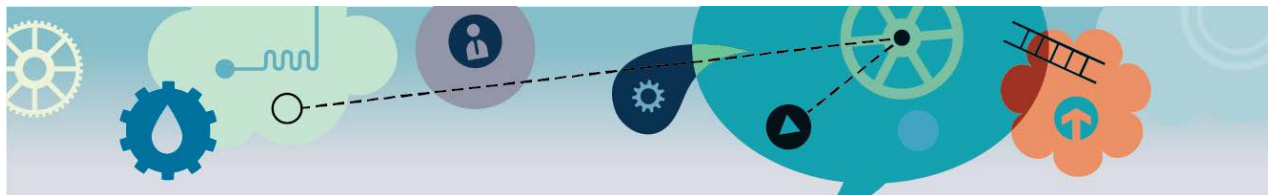
- **Organisation de l'information.** Nous recueillons et présentons des ressources et des liens de sites Web de grande valeur pour les résidents en chef dans le cadre de leur programme longitudinal de perfectionnement professionnel et à titre de leaders. En outre, nous consignons nos discussions internes dans des bulletins d'information mensuels pour les aider à prendre connaissance des discussions en cours et à suivre leur évolution.
- **Communautés de pratique.** Les résidents en chef en médecine d'urgence peuvent maintenant se réunir sur une plateforme communautaire sûre et exclusive où ils peuvent réseauter, collaborer, enseigner et partager de l'information les uns avec les autres au sein d'une infrastructure qui permet aussi d'exercer des activités de mentorat.
- **Création de valeur.** L'incubateur est une illustration de la théorie socioconstructiviste, selon laquelle le savoir se construit de manière collaborative et les gens apprennent les uns des autres. Les produits que créent les résidents en chef sont de précieuses contributions à leur domaine. Ils ont notamment produit un manuel de préparation à la formation continue, des articles de revues et divers billets publiés sur le blogue ALiEM — très populaires auprès des lecteurs.

Conseils pour établir des réseaux de communication

- Créez votre plateforme de communication. Réfléchissez bien à l'architecture de votre port d'attache, de vos ambassades et de vos avant-postes.
- Utilisez tant le système nerveux de votre organisation que sa structure osseuse (organigramme) pour transmettre l'information. Les courriels et les réunions ont leurs limites. Ajoutez à l'organigramme traditionnel un réseau de communication efficace, de même que des réseaux d'apprentissage personnel et de confiance, qui mettent à profit divers modes de communication de manière asynchrone.
- Tenez compte des principes de base lorsque vous créez des réseaux de communication efficaces : l'organisation de l'information, les communautés de pratique et la création de valeur.

Références

1. Hyatt, Michael. Platform: Get noticed in a noisy world. Thomas Nelson: Nashville (TN); 2012.
2. Krackhardt D, Hanson JR. Informal networks: the company behind the chart. Harv Bus Rev. 1993;71(4):104–11.
3. Chan TM, Rosenberg H, Lin M. Global emergency medicine journal club: social media responses to the January 2014 online emergency medicine journal club on subarachnoid hemorrhage. Ann Emerg Med. 2014;64(1):88–94.
4. Thoma B, Rolston D, Lin M. Global emergency medicine journal club: social media responses to the March 2014 Annals of Emergency Medicine Journal Club on targeted temperature management. Ann Emerg Med. 2014;64(2):207–12.
5. Rezaie SR, Swaminathan A, Chan T, Shaikh S, Lin M. Global emergency medicine journal club: a social media discussion about the Age-Adjusted D-Dimer Cutoff Levels To Rule Out Pulmonary Embolism trial. Ann Emerg Med. 2015;65(5):604–13.
6. Westafer L, Hensley J, Shaikh S, Lin M. Global Emergency Medicine Journal Club: a social media discussion about the lack of association between Press Ganey scores and emergency department analgesia. Ann Emerg Med. 2016;67(1):49–55.
7. Trueger NS, Murray H, Kobner S, Lin M. Global Emergency Medicine Journal Club: a social media discussion about the outpatient management of patients with spontaneous pneumothorax by using pigtail catheters. Ann Emerg Med. 2015;66(4):409–16.
8. Lin M, Sherbino J. Creating a Virtual Journal Club: a community of practice using multiple social media strategies J Grad Med Educ. 2015 Sep;7(3):481–2.
9. Sherbino J, Joshi N, Lin M. JGME-ALiEM Hot Topics in Medical Education Online Journal Club: an analysis of a virtual discussion about resident teachers. J Grad Med Educ. 2015;7(3):437–44.



Chapitre 6

Créer un réseau d'apprentissage personnel solide en travaillant sur les liens faibles

Felix Ankel et Anand Swaminathan

Le défi

À titre de nouveau ou nouvelle leader en éducation médicale, vous avez la responsabilité de diriger des programmes d'études médicales pour produire des diplômés prêts à exercer. Vous constituez une équipe qualifiée, assistez à des cours de leadership en #EdMed et participez à des réunions nationales. Que ferez-vous pour acquérir une discipline en matière d'apprentissage continu et d'adaptation pour vous-même, et en quoi un réseau d'apprentissage personnel pourrait-il aider?

Pourquoi créer un réseau d'apprentissage personnel?

Les humains sont programmés pour [apprendre et réseauter](#). (Pour ceux et celles que ça intéresse, cette caractéristique est attribuable à nos [neurones miroirs](#) et à nos [traits eusociaux](#).) Les leaders efficaces créent des liens avec des gens travaillant dans leur domaine, et ceux qui créent les réseaux les plus efficaces travaillent sur les liens faibles qui se situent à la périphérie de leur réseau professionnel traditionnel. Le sociologue [Mark Granovetter](#) a d'abord reconnu « la force des liens faibles » dans un article publié en 1973¹ — longtemps avant l'existence de Facebook, LinkedIn et Research Gate. Il s'agit aujourd'hui de l'un des articles les plus fréquemment cités en sciences sociales.

En gros, les liens faibles sont les relations professionnelles qui ne s'inscrivent pas dans les liens forts traditionnels caractérisés par le partage du travail, une communication ou des interactions régulières ou la responsabilité directe. Le capital social et professionnel qu'il faut investir dans les liens faibles est moindre que celui requis par les liens forts. En même temps, grâce aux liens faibles, un leader peut diffuser des idées et exercer son influence dans de multiples réseaux et disciplines. Le fait d'entretenir les liens faibles alimente les points de vue variés et ouvre la voie à une prise de décision plus efficace et à la cocréation de programmes réussis.

En cette ère numérique, le concept des réseaux devient de plus en plus important en éducation ou formation médicale. Dans le cadre conceptuel du « connectivisme », l'apprentissage est vu comme un « phénomène de réseautage influencé par la technologie et la socialisation² ». D'après cette théorie, l'apprentissage commence lorsque l'apprenant accède à l'information par l'intermédiaire d'une communauté de savoir. L'apprenant peut participer au réseau grâce à des discussions avec d'autres personnes de la communauté, ajoutant ainsi à la toile d'information au sein du groupe. L'apprenant n'évolue pas de façon individuelle, mais plutôt à titre de membre à part entière de la communauté. Ce qu'il y a de différent en cette ère numérique, c'est l'ampleur de la communauté ainsi que la façon dont les gens y participent par l'intermédiaire des plateformes de médias sociaux. Une étude récente montre que l'une des raisons principales de l'utilisation des médias sociaux par les professionnels de la santé est le désir de rester en contact avec des collègues grâce au réseautage³.

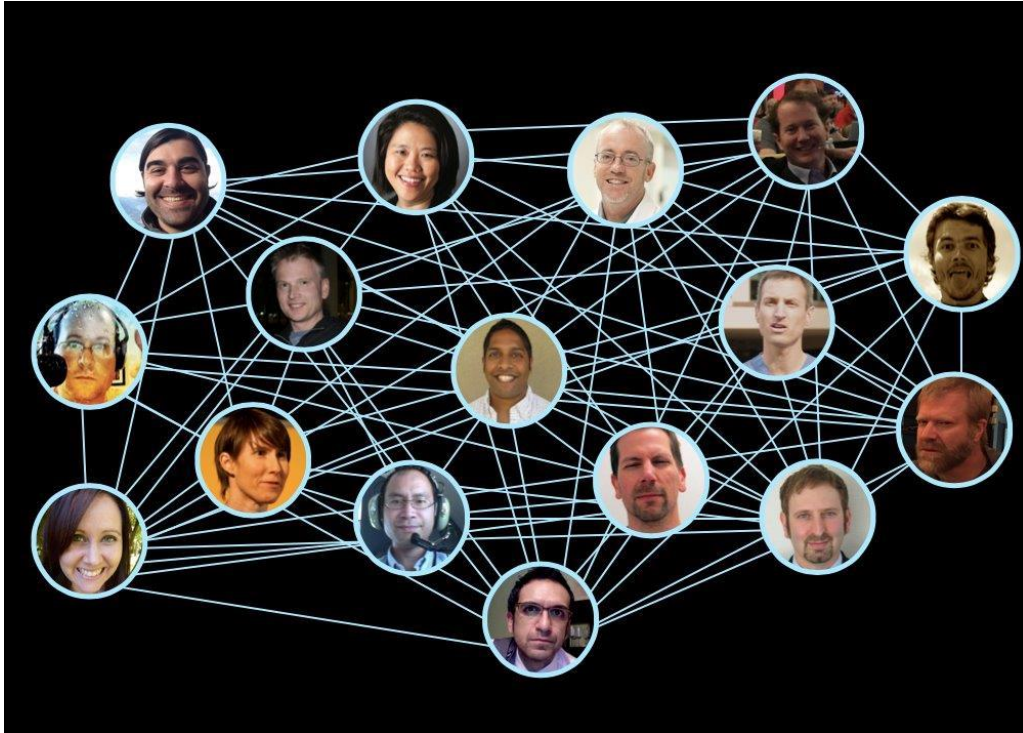
Exemple de cas

Créer un réseau d'apprentissage personnel — Anand Swaminathan

Lorsque j'ai commencé dans le domaine du leadership pédagogique il y a six ans, j'ai été chargé de la programmation des conférences universitaires de nos programmes de résidence. Je voulais procéder à la refonte de notre système du moment, mais ce système était le seul que je connaissais. Comment pouvais-je créer quelque chose de différent alors que je n'avais rien connu d'autre? J'ai vite réalisé que j'avais besoin d'un réseau d'éducateurs pour approfondir ma propre réflexion et élargir mon expérience, pour ce défi comme pour d'autres. J'ai alors voulu créer mon réseau d'apprentissage personnel afin de m'entourer de gens brillants qui pensaient différemment.

J'ai d'abord suivi la voie traditionnelle de création de réseaux : j'ai commencé à assister à des conférences, à rencontrer d'autres éducateurs et à tisser des liens. Le problème avec cette approche, c'est que je devais consacrer beaucoup de temps et d'argent aux déplacements, sans être assuré que je rencontrerais les leaders en formation que je devais rencontrer. Après quelques années, j'ai conclu que cette approche de la vieille école ne fonctionnerait pas. Si je voulais créer un réseau solide d'éducateurs ayant des objectifs semblables ainsi que des points de vue et des idées uniques, je devais adopter les nouvelles technologies (le « connectivisme »).

J'ai vite découvert le réseau virtuel qui s'est formé de lui-même avec le mouvement FOAM (Free Open Access Medical Education) pour l'accès gratuit et ouvert à la formation médicale⁴. Les déplacements, les contraintes géographiques et le manque de temps n'étaient désormais plus des obstacles. Le libre accès est devenu fort simple. J'ai maintenant un réseau d'apprentissage personnel hétérogène et solide qui me permet de collaborer avec des gens de partout dans le monde.



Conseils pour créer un réseau d'apprentissage personnel

Bien que la technologie ait influé sur la portée et l'ampleur des réseaux d'apprentissage personnel, les principes fondamentaux de la création de réseaux restent les mêmes⁵. Tenez compte des cinq principes clés suivants :

- **Soyez authentique.** Faites ce que vous aimez. Comme l'a dit Steve Jobs, « La seule façon d'exceller dans votre travail, c'est d'aimer ce que vous faites ».
- **Faites preuve de courage.** N'ayez pas peur de prendre les devants. Prenez des risques et impliquez-vous. Par exemple, envoyez des courriels aux chefs de file que vous respectez, approchez-les lorsque vous les voyez lors de conférences et impliquez-vous au sein d'une communauté d'apprentissage. La technologie rend l'accès plus facile.
- **Faites des choix réfléchis.** Créez des liens avec les gens avec qui vous aimez travailler. Les meilleurs résultats proviennent des gens qui ont du plaisir à travailler ensemble.
- **Faites preuve de générosité.** Donnez autant que vous recevez. Dites oui lorsqu'un membre de votre réseau a besoin d'aide ou de conseils pour un projet ou des modifications et prêtez main-forte aux leaders novices lorsqu'ils sollicitent votre aide.
- **Recherchez les liens faibles.** Recherchez des personnes en dehors de votre discipline et de votre établissement. Créez des liens avec des gens qui servent de pont entre plusieurs réseaux ou disciplines. En suivant ces conseils, vous pourrez mettre sur pied un solide réseau d'apprentissage personnel qui vous poussera à vous améliorer sans cesse.

Références

1. Granovetter MS. The strength of weak ties. Am J Sociol. 1973;78(6):1360–80.
2. Goldie JGS. Connectivism: a knowledge learning theory for the digital age? Med Teach. 2016;38(10):1064–9.
3. Panahi S, Watson J, Partridge H. Social media and physicians: exploring the benefits and challenges. Health Informatics J. 2016;22(2):99–112.
4. Nickson CP, Cadogan MD. Free Open Access Medical education (FOAM) for the emergency physician. Emerg Med Australas 2014;26:76–83.
5. Gottlieb M et al. Number needed to meet: ten strategies for improving resident networking opportunities. Ann Emerg Med. 2016;68(6):740–3.

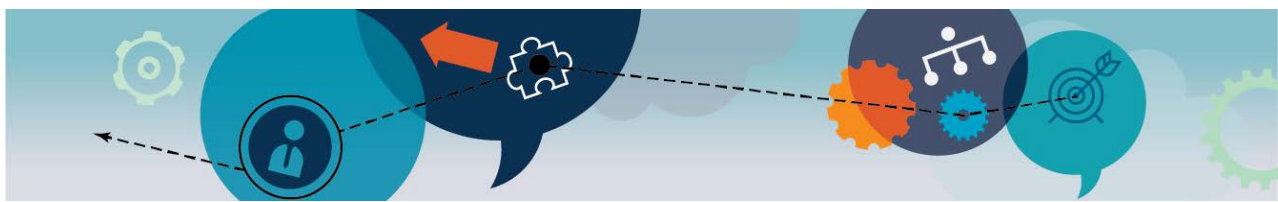
Autres ressources

Christakis NA, Fowler JH. Connected: the surprising power of our social networks and how they shape our lives – how your friends’ friends’ friends affect everything you feel, think, and do. New York: Back Bay Books; 2011.

Dabbagh N, Kitsantas A. Personal Learning Environments, social media, and self-regulated learning: a natural formula for connecting formal and informal learning. Internet High Educ. 2012;15(1):3–8.

Surowiecki J. The power and the danger of online crowds [lecture]. TED talk, February 2005.

Surowiecki J. The wisdom of crowds. New York: Anchor Books; 2005.



Établir et communiquer des valeurs claires

Felix Ankel et Michelle Noltimier

Le défi

À titre de leader en éducation médicale, vous avez la responsabilité d'intégrer l'enseignement aux professionnels de la santé dans un nouveau système de soins qui nécessitera une harmonisation de la formation des infirmières praticiennes et des adjoints au médecin. Alors que vous travaillez à l'atteinte de cet objectif, que ferez-vous pour vous assurer que le nouveau programme de formation favorise la [résilience](#)?

Les professionnels de la santé, les apprenants et les systèmes de formation sont marqués par l'épuisement professionnel. Les signes classiques, l'épuisement émotionnel, le détachement et un sentiment d'échec, sont fréquents chez les [étudiants en médecine](#) et les [médecins](#).

Dans quelle mesure l'épuisement professionnel est-il attribuable à la capacité de l'individu à gérer son stress (« au code génétique »)? Dans quelle mesure est-il plutôt attribuable à la capacité du système à gérer le stress (« au code postal »)? Cette question suscite de vifs débats. (Pour en savoir plus sur ce concept, consultez l'excellent article de Daniel Cabrera sur la résilience : [partie 1](#) et [partie 2](#).)

La résilience est la capacité à se remettre du stress. Dans le climat actuel des soins de santé et de la formation médicale, la résilience est indispensable. Il faut donc s'interroger sur ce qui contribue à la résilience d'un programme de formation. Selon nous, les programmes favorisant la résilience présentent quatre caractéristiques principales, dont la première — établir des valeurs clairement définies — est abordée dans ce chapitre. Les trois prochains chapitres couvriront les autres caractéristiques clés : l'interconnexion, la flexibilité et la réflexion systématique.

Les valeurs explicites : la pierre angulaire de la résilience dans les systèmes de formation

L'établissement de valeurs clairement définies et communiquées de façon explicite aux intervenants du système constitue un élément clé de la résilience au sein d'un programme de formation. La clarté facilite le fondement de la culture et l'établissement de liens, nous permet de nous adapter aux stimuli internes ou externes, et suscite la réflexion systématique. En l'absence de valeurs clairement définies, les fonctions de soutien externes telles que la mesure et les finances comblent parfois le vide et deviennent les valeurs par défaut. Ils augmentent le degré de stress au sein du système et peuvent évincer les valeurs antistress clés comme la civilité et la transparence.

Il existe plusieurs façons d'établir et de clarifier les valeurs au sein d'un système qui, idéalement, mèneront à l'action. Par exemple, vous pouvez essayer l'un de ces trois processus :

- **Le tri.** Rassemblez un groupe d'intervenants du programme. Distribuez une liste de valeurs. Vous pourrez trouver en ligne de nombreux exemples de listes de valeurs de base qui peuvent être utilisées pour susciter les discussions (en voici un exemple [ici](#)). Limitez le nombre de valeurs à 10 environ et discutez-en. Poussez la réflexion plus loin pour terminer avec trois ou quatre valeurs.
- **La création.** Rassemblez un groupe d'intervenants du programme. Réfléchissez aux valeurs importantes du programme et lancez des idées. Répétez l'exercice deux ou trois fois pour cerner les valeurs les plus importantes.
- **Le calquage.** Examinez le contexte plus large dans lequel réside votre système de formation (p. ex., votre hôpital, système de santé ou faculté de médecine). Créez les valeurs du programme en vous basant sur les valeurs importantes dans ce contexte plus large.

L'exemple de cas ci-dessous illustre comment la troisième méthode, le calquage, peut fournir une base pour la mise en place d'un programme de formation favorisant la résilience.

Exemple de cas

L'utilisation du calquage pour établir et clarifier les valeurs d'un programme éducatif — Michelle Noltimier

Je possède une expérience clinique et opérationnelle à titre d'infirmière, d'éducatrice clinique et de gestionnaire dans deux services d'urgence de centres de traumatologie de niveau 1. L'un et l'autre des services d'urgence sont caractérisés par une culture valorisant l'éducation et la formation comme moyen d'enrichir le milieu clinique et d'améliorer les soins aux patients.

Au cours de la dernière année, j'ai entrepris de mettre sur pied un système de formation favorisant la résilience pour les infirmières praticiennes et les adjoints au médecin en calquant les valeurs de notre système de santé au Minnesota, [Health Partners](#). Ces valeurs (l'excellence, la compassion, le partenariat et l'intégrité) trouvent écho chez nos intervenants, mais aussi chez moi.

L'excellence. Les résultats fructueux sont généralement produits par une équipe constituée de nombreux membres. La création d'un système de formation favorisant la résilience destiné aux adjoints au médecin et aux infirmières praticiennes nécessite la participation de nombreuses personnes pour produire les meilleurs résultats. Nous misons sur nos relations dans l'ensemble du système pour créer et alimenter une [communauté de pratique](#) en vue de produire d'excellents résultats mettant à profit les talents de chacun.

La compassion. Je me sens privilégiée de travailler dans un système de santé dont l'une des quatre valeurs explicites est la compassion. J'ai la chance de fournir, dans le cadre de mes fonctions, des soins cliniques à temps partiel aux patients du service d'urgence à titre d'infirmière soignante. Cela me rappelle à quel point il est important de placer le patient et l'apprenant au centre de tout modèle éducatif. La compassion que l'on manifeste envers les patients et nos collègues valorise notre travail et nous permet de [resserrer les liens](#) avec les membres des équipes éducatives et cliniques.

Le partenariat. Les relations et les liens que j'ai créés durant mon parcours constituent la partie la plus gratifiante de mon travail. Les partenariats permettent d'aller au-delà du niveau tout juste transactionnel pour établir des relations bâties sur la [confiance](#). Si les partenariats permettent d'approfondir ces relations et de resserrer ces liens, c'est parce qu'ils requièrent un engagement de part et d'autre, de même que la volonté de travailler ensemble pour obtenir des résultats significatifs. J'ai été impressionnée par le dévouement et l'engagement de mes collaborateurs. Je me sens stimulée par les personnes qui m'entourent et je suis enthousiaste à l'idée de ce que nous pouvons créer ensemble.

L'intégrité. J'ai jugé prioritaire de créer des liens de confiance et d'établir des relations avec les leaders, les éducateurs, les membres des facultés et les stagiaires de l'ensemble de notre système. Mon objectif était de comprendre les besoins de notre système et des différents intervenants qui le composent, de même que de mettre en place un processus permettant de faire progresser le travail. Pour ce faire, je devais écouter les autres, respecter mes engagements et entretenir les liens établis grâce à une communication régulière.

Conseils pour créer des programmes éducatifs favorisant la résilience

Au moment de la création de programmes éducatifs, suivez les étapes suivantes :

- Établissez trois ou quatre valeurs clairement définies pour votre programme éducatif.
- Intégrez ces valeurs dans des communications explicites décrivant le [contenu](#) et les [intervenants](#) de votre système d'éducation.
- Utilisez ces valeurs pour [cocréer](#) un système de formation révisé qui a la résilience nécessaire pour atténuer les pressions contradictoires qui caractérisent le milieu des soins de santé d'aujourd'hui.



Utiliser un modèle de coleadership pour accroître la densité des liens

Felix Ankel et Jeanette Augustson

Le défi

À titre de doyen ou doyenne, vous passez d'une faculté de médecine traditionnelle à un système de santé qui allie la formation médicale et les activités cliniques. La formation médicale effectuée dans le système de santé est dirigée selon un modèle dyadique composé d'un chef des opérations et d'un médecin. Comment prospérer dans ce modèle? Comment l'utiliser pour maximiser la valeur de la formation pour le système?

Les modèles de coleadership existent depuis la Rome républicaine¹. Pendant 400 ans, le modèle de leadership romain était une dyade constituée d'un aristocrate (noble) et d'un plébéien (roturier). Les équipes de leadership dyadiques composées d'un médecin et d'un administrateur remontent à 1908, lorsque le médecin Will Mayo et M. Harry Harwick ont reconnu que le [leadership conjoint](#) était plus efficace que le leadership unique dans la prestation de soins de santé intégratifs.

Les dyades productives entraînent une réflexion continue, de meilleures décisions et une résolution de problèmes plus efficace. Les distorsions cognitives se transforment parfois en préjugés qui repoussent les autres, réduisant ainsi le nombre de liens potentiels et de possibilités de collaboration. Les dyades fonctionnelles contribuent à atténuer les [distorsions cognitives](#) des coleaders, en particulier l'« effet d'ancrage » et le « biais de confirmation ». Les dyades aident également les coleaders à calibrer leurs états émotionnels mutuels lorsqu'ils font face à des situations conflictuelles. Résultat : une approche qui favorise l'élévation de l'état d'esprit, selon le concept d'« élévateur de l'humeur » de Senn Delaney², pour passer du jugement et de l'attitude défensive à la créativité et à l'ingéniosité. Ce nouvel état d'esprit permet le développement d'un [réseau de confiance](#) plus efficace. En définitive, les dyades fonctionnelles permettent de perfectionner un processus de [réflexion active](#)³ qui favorise l'apprentissage adaptatif continu.

Nos expériences de travail en dyades décrites ci-dessous montrent à quel point ce modèle de leadership peut accroître la densité des liens dans les systèmes et sert de fondement pour la création de systèmes de formation favorisant la résilience.

Exemple de cas

Diversité de pensée et de compétence — Jeanette Augustson

Il y a quelques années, j'ai travaillé pour la première fois au sein d'un système de leadership dyadique. À l'origine, cette initiative visait l'établissement d'un partenariat au sein duquel chacun de nous mettrait à profit différentes forces et compétences dans l'exécution des tâches. Mes forces étaient notamment la planification, la communication et la mise en œuvre. Mon partenaire avait une vaste expertise dans les programmes que nous dirigeons, et ses forces résidaient dans l'élaboration d'une stratégie et d'une vision. Ensemble, nous nous complétions en raison de notre diversité de pensée et de nos compétences et expériences variées.

Au fil de l'évolution de notre partenariat, notre relation a cessé de se résumer à deux personnes possédant des compétences complémentaires et travaillant ensemble à l'atteinte d'objectifs communs. J'ai d'abord constaté que j'approchais les défis et les occasions de façon beaucoup plus réfléchie et perfectionnée. Grâce au dialogue entretenu avec mon partenaire, qui était enrichi tant par ses expériences et observations que par les miennes, j'avais plus confiance en la qualité et la pertinence de mes décisions et de mes actions. Ensuite, j'ai pris davantage conscience de mon style de leadership et de mes forces. Dans certaines situations, mon partenaire comptait sur moi pour des forces que je ne m'étais jamais découvertes auparavant, et je comptais sur lui de la même façon.

Au bout du compte, nous travaillions de manière plus efficace avec les autres pour atteindre nos objectifs. Nous avons tous deux des réseaux professionnels et des relations que nous avons mis à profit dans le cadre de nos efforts communs. Je crois aussi qu'en nous voyant travailler en partenariat, les autres nous ont fait davantage confiance et ont été plus enclins à nous accorder leur appui puisqu'ils reconnaissaient que nous mettions à profit notre expertise et nos compétences combinées pour relever les défis qui se présentaient. C'est la densité de nos liens qui a pu augmenter et accélérer l'appui dont nous avons bénéficié dans le cadre de notre travail.

Exemple de cas

Favoriser la communication et la création de partenariats — Felix Ankel

J'ai intégré une structure de leadership dyadique après avoir travaillé pendant des décennies dans un modèle de leadership unique type. Jusque-là, mon objectif était d'acquérir et de promouvoir une expertise axée sur les connaissances médicales et le caractère exceptionnel des individus plutôt que sur les [trois cibles](#) de l'Institute for Healthcare Improvement ainsi que sur un comportement axé sur le travail d'équipe. Dans mon nouvel environnement, j'avais confiance en mes connaissances du contenu et en mes méthodes de transfert de l'information. J'avais moins confiance en ma capacité à créer un texte descriptif éducatif et une plateforme de [communication](#) que pourrait comprendre un groupe hétérogène d'intervenants, dont beaucoup ne participaient que superficiellement à la formation médicale.

Mon partenaire avait une grande expérience dans des domaines comme la planification, les finances, les ressources humaines et les relations avec les conseils. Au début, nous avons investi beaucoup de temps et d'énergie à un « camp d'entraînement sur le leadership dyadique » qui nous a permis d'accélérer notre apprentissage « sur le tas ». Nous avons tous deux participé à toutes les réunions et travaillé en collaboration sur tous les projets, ce qui nous a permis de nous préparer ensemble, d'observer ensemble et de réfléchir ensemble. Nous avons vite été en mesure de répartir nos responsabilités et de défendre le point de vue de l'autre.

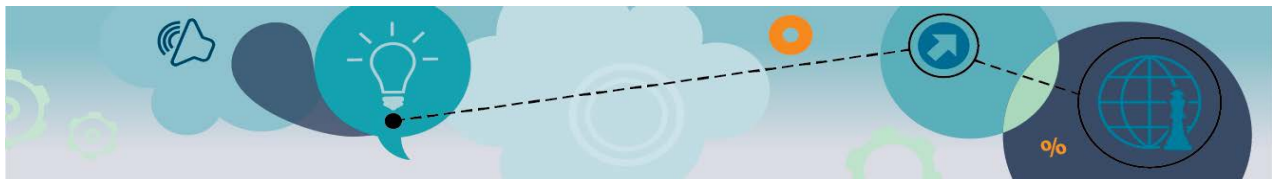
Le modèle dyadique et notre immersion préalable m'ont permis de comprendre rapidement les normes culturelles d'un système de soins de santé intégrés. J'ai appris les nouveaux modes de langage, de leadership, de gestion et de communication d'une grande organisation et j'ai accru mon efficacité. La fusion de nos deux réseaux a également augmenté la densité de nos liens dans le milieu de l'éducation, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de notre système, ce qui a contribué à la création rapide d'un partenariat.

Conseils pour créer un leadership dyadique efficace

1. Soyez « présent » dans votre partenariat : écoutez activement, consultez votre partenaire, réfléchissez et prenez des décisions ensemble.
2. Déterminez clairement les rôles, responsabilités et règles d'engagement de chacun.
3. Réfléchissez à vos propres forces et aux domaines où vous pourriez vouloir compter sur votre partenaire.
4. Partagez vos réseaux professionnels et favorisez des relations partagées.
5. Fixez-vous l'objectif personnel d'assurer le succès de votre partenaire; vous serez la personne qui a le plus d'influence sur son expérience de travail.
6. Rappelez-vous que le partenariat dyadique reflète les objectifs du système qu'il dirige, et non les souhaits des deux personnes qui le composent.
7. Expliquez le modèle de leadership dyadique aux autres puisqu'ils pourraient avoir de la difficulté à le comprendre.

Références

1. Sally D. Co-leadership: lessons from republican Rome. Harv Bus Rev. 2002 July 1.
2. Larry Senn. Up the mood elevator: Your guide to success without stress. 2012.
3. David Schoen. The reflective practitioner: How professionals think in action. New York: Basic Books; 1983.



Adapter le système pour accélérer le changement

Felix Ankel et Nico Pronk

Le défi

Vous êtes vice-doyen ou vice-doyenne dans une faculté de médecine qui accumule depuis longtemps les réussites sur le plan éducatif. Les présidents de la faculté de médecine ont créé des départements jouissant d'une excellente réputation à l'échelle régionale et nationale, laquelle se fonde sur des éléments de mesure comme les publications à titre d'auteur principal et l'obtention de subventions. Des fusions régionales récentes ont modifié les relations entre la faculté de médecine et les milieux d'apprentissage cliniques hébergés dans les systèmes de santé locaux. Comment aiderez-vous les leaders en Éducation Médical à s'adapter à ces changements? Comment vous y prendrez-vous pour renforcer les compétences d'adaptation au sein de votre équipe?

Défis liés aux changements et à l'adaptation

Les programmes éducatifs s'attachent au *statu quo* pour de nombreuses raisons. Les directeurs de programmes et les membres du corps professoral qui sont à l'aise avec les pratiques établies peuvent être réticents à l'idée d'instaurer des changements. L'agrément et les normes de conformité externes sont généralement interprétés de façon conservatrice. De plus, les structures organisationnelles hiérarchiques favorisent le [perfectionnisme](#) et succombent souvent à ce que Freud nommait l'« illusion de la position centrale », l'hypothèse selon laquelle nos expériences actuelles sont le reflet de normes appropriées. De telles conditions ne sont pas propices à l'innovation ou à un enthousiasme pour le prototypage rapide (qui suppose aussi l'acceptation d'un échec rapide).

Les cliniciens ont une tolérance minimale à l'erreur; ils ne tolèrent pas beaucoup non plus les points de vue contradictoires, à moins que ces points de vue s'appuient sur des données irréfutables. Dans le milieu universitaire, les comités soutiennent les membres du corps professoral en fonction de leur volume de publications évaluées par les pairs ou des subventions obtenues, qui sont des indicateurs de la réputation des universités. Ces autorités veillent à ce que les données externes soient observées par le gros bout de la lorgnette et interprétées selon les normes internes, ce qui freine l'innovation et la créativité.

Une culture axée sur la position centrale fait en sorte que les programmes de formation médicale sont créés et « perfectionnés » sans l'apport des divers intervenants. Ce « [modèle de production](#) » (voir chapitre 3) mène souvent à de petites améliorations techniques, mais il ne contribue pas à la transformation adaptative nécessaire pour former les cliniciens de l'avenir qui travailleront dans l'environnement de demain.

Voir les choses sous un angle nouveau

Par « capital humain », on entend les ressources humaines d'une organisation — ce qui comprend leur santé, leur expertise et leur fonctionnement. La capacité d'une culture organisationnelle à s'adapter aux besoins changeants et émergents de son milieu a des répercussions très importantes sur son rendement. Les leaders en éducation médicale ont intérêt à acquérir des compétences qui les aideront à s'adapter au milieu des soins de santé qui évoluent rapidement et à demeurer pertinents dans ces milieux.

L'une des techniques employées est la méthode ABCD, conçue par le grand psychologue américain [Albert Ellis](#) (1913–2007). Selon ce modèle, les événements déclencheurs (**A**) sont la source de stress (p. ex., un apprenant est retiré du service clinique de la surspécialité). Viennent ensuite la perception ou l'interprétation (**B**) de l'événement déclencheur (p. ex., le programme de résidence ne valorise pas la formation offerte par le service clinique de la surspécialité). Les conséquences (**C**) sont les émotions ou les comportements qui surgissent en réaction à cette perception (p. ex., colère ou hostilité à l'endroit du directeur ou de la directrice du programme de résidence). La contestation (**D**) signifie que l'on remet en question les perceptions initiales d'une personne en lui proposant des solutions de rechange (p. ex., les apprenants sont retirés du service en raison de restrictions nationales en matière d'heures de travail, et non pour des raisons liées à la valeur de la formation ou du service).

Les leaders en Éducation Médical qui arrivent à inculquer des compétences axées sur le changement de perspective aux membres de leur équipe contribueront à la capacité d'adaptation des programmes éducatifs et au maintien de la résilience dans un monde en constante évolution.

Exemple de cas

Une étude de cas (non liée à la formation médicale) — Nico Pronk

Sur une période de 10 ans, j'ai étudié le parcours d'une entreprise de fabrication de taille moyenne aux États-Unis¹. En 2003, les installations de Minneapolis de cette entreprise disposaient d'un effectif diversifié composé d'environ 500 employés, qui parlaient plus de 30 langues différentes à eux tous. Le rendement de l'entreprise piétinait, et un nouveau chef de la direction a été embauché. Le chef de la direction a décidé de se concentrer sur les travailleurs de l'entreprise comme atouts principaux et a entrepris de créer une culture de santé et sécurité qui reflétait des valeurs claires, un leadership éthique, ainsi qu'un soutien au bien-être des travailleurs et au rendement organisationnel. Durant le processus,

l'entreprise a créé une culture axée sur la capacité d'adaptation organisationnelle et sur l'épanouissement du capital humain.

La santé et le bien-être. *Le fabricant a créé une plateforme pour la santé et le bien-être des travailleurs qui était conçue pour aller au-delà des programmes individuels et répondre aux besoins d'une façon globale. Le soutien des dirigeants s'est accru en raison d'un accès à une gamme d'avantages sociaux, notamment une clinique, une pharmacie et des services d'encadrement de la santé offerts dans l'établissement même, des régimes d'épargne-retraite parrainés et des conseils financiers, une participation aux bénéfices pour la retraite, du temps pour la conciliation travail-vie professionnelle, un programme de contrepartie pour le travail bénévole, une politique de promotions internes et le remboursement des droits de scolarité.*

La formation. *L'entreprise a créé une voie de développement et de leadership afin d'encourager les gestionnaires et les superviseurs à optimiser tous les aspects de la santé et du bien-être, tant pour les employés que pour l'organisation. Tous les cadres supérieurs et les dirigeants de niveau intermédiaire et de première ligne participent à ce programme continu, qui comprend une formation sur l'intelligence sociale et émotionnelle, sur l'efficacité du leadership et l'authenticité et sur l'établissement des objectifs et l'encadrement, de même que des évaluations des besoins intrinsèques.*

La motivation. *Toute l'année, des communications visant à reconnaître les services et les expériences des employés et à assurer la transparence de l'entreprise relativement à son rendement sur le marché ont permis d'optimiser le degré d'énergie et de motivation des employés, de telle sorte qu'ils se sont dépassés au travail, jour après jour. La notion de culture « axée sur la personne » signifie non seulement prêter attention à la santé physique des employés afin qu'ils puissent se présenter au travail, mais également aborder les questions qui comptent le plus pour eux et pour leur famille. Grâce à l'introduction d'entrevues de maintien en poste et de programmes d'encadrement et de mentorat, la voix des employés est entendue haut et fort.*

Pourquoi ces changements ont-ils été importants?

Pour une entreprise, il est important de savoir s'adapter afin d'assurer la santé et le bien-être, la formation et l'expertise ainsi que la motivation des employés. L'inverse est également vrai : le capital humain est aussi important que n'importe quel autre facteur pour qu'une organisation ait la capacité de s'adapter. La maximisation de la capacité d'adaptation est donc un indicateur d'une culture axée sur la santé et la sécurité.

Les entreprises reconnues pour leur culture axée sur la santé et la sécurité ont tendance à afficher un rendement supérieur de 5 à 17 % à celui du marché, selon l'indice Standard & Poor's 500. Au cours de la décennie qu'il a fallu à l'entreprise décrite ci-dessus pour créer une culture positive, le taux de roulement du personnel est passé de 15 % à moins de 1 % (la moyenne de l'industrie est de 13 %). Selon des sondages menés auprès des employés, 93 % de ces derniers ont affirmé avoir donné le meilleur d'eux-mêmes chaque jour et 91 % ont consacré encore plus d'efforts à l'entreprise lorsque c'était nécessaire. De tels résultats

*appuient la conclusion selon laquelle l'adoption d'une vision à long terme entraîne un renforcement de la **résilience** chez les employés, ainsi que dans l'ensemble de l'organisation.*

Pour créer des programmes éducatifs favorisant la résilience, tenez compte des conseils suivants :

- Méfiez-vous des limites du [perfectionnisme](#). Acceptez le prototypage rapide et la possibilité d'échec rapide. Faites la promotion d'un modèle axé sur la personne.
- Méfiez-vous de l'illusion de la position centrale. Concevez vos programmes en y intégrant divers points de vue. Acceptez la critique et servez-vous-en pour favoriser la créativité et l'innovation.
- Apprenez à voir les choses sous un angle nouveau. Intégrez l'approche ABCD dans votre programme afin d'assurer un maximum de résilience.
- Reconnaissez la valeur de l'investissement dans le capital humain², surtout en ce qui a trait à la santé, au bien-être et à la formation des employés.

Références

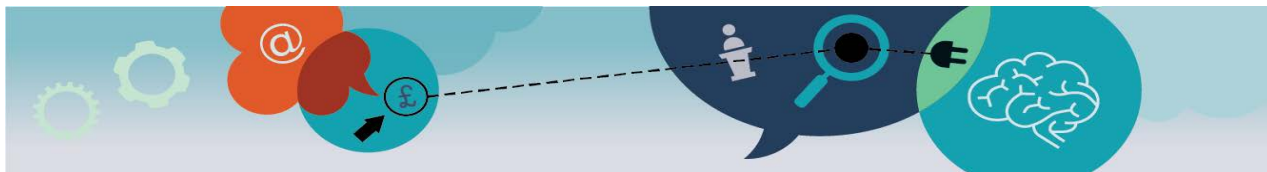
1. Pronk NP. LifeWorks@TURCK: a best practice case study on workplace well-being program design. ACSM Health Fitness J. 2015;19(3):43–8.
2. Fabius R, Thayer RD, Konicki DL, Yarborough CM, Peterson KW, Isaac F, et al. The link between workforce health and safety and the health of the bottom line: tracking market performance of companies that nurture a "culture of health." J Occup Environ Med. 2013;55(9):993–1000.

Autres lectures

Kahneman D, Tversky A. [On the reality of cognitive illusions](#). Psychol Rev. 1996;103(3):582–91.

Kegan R, Lahey L. An everyone culture: becoming a deliberately developmental organization. Boston: Harvard Business Review Publishing; 2016.

Lipsenthal L. Finding balance in a medical life. n.p.: Finding Balance, Inc; 2007.



Chapitre 10

La pratique réflexive et les organisations d'apprentissage

Par [Felix Ankel](#) et [David Abelson](#)

Le défi

À titre de leader en Éducation Médical, vous avez la responsabilité d'intégrer l'enseignement aux professionnels de la santé dans un système de soins de santé. Vous essayez de guider l'entreprise pédagogique afin qu'elle passe d'un système axé sur les connaissances et le temps à un système axé sur les compétences. Vous tentez de créer des outils d'évaluation et des occasions de perfectionnement du corps professoral pour les précepteurs qui sont de plus en plus atteints d'épuisement professionnel en raison de facteurs de stress opérationnels. Le nombre d'inscriptions et la taille des classes augmentent, ce qui nécessite une capacité clinique accrue pour les stages. Comment ferez-vous pour maintenir le cap? De quelle façon intégrerez-vous systématiquement la pratique réflexive afin de maximiser votre potentiel à titre d'organisation axée sur l'apprentissage?

Les humains ont un désir profondément ancré de créer des réseaux de confiance, d'apprentissage et de communication. (Pour ceux et celles que ça intéresse : c'est à cause de l'[ocytocine](#), des [neurones miroirs](#) et des [traits eusociaux](#).) La qualité de ces réseaux est influencée par les compétences relationnelles des personnes qui en font partie. [Peter Senge](#), un visionnaire sur le sujet, décrit l'[organisation axée sur l'apprentissage](#) comme un « groupe de personnes travaillant de manière collective en vue d'accroître leur capacité à obtenir les résultats qui comptent vraiment pour eux¹. »

Le fait de voir le fonctionnement d'une organisation axée sur l'apprentissage comme un système relationnel nous permet d'évaluer si les quatre pratiques relationnelles élaborées par Koloroutis et Trout — sensibilisation, questionnement, discernement et responsabilisation (de l'anglais *attuning, wondering, following and holding*) — peuvent être utilisées pour faire progresser les organisations d'apprentissage².

Pour comprendre les quatre pratiques relationnelles

Les quatre pratiques relationnelles à l'échelle individuelle soutenues par Koloroutis et Trout peuvent se résumer ainsi :

- La **sensibilisation** est la pratique qui consiste à être ouvert, conscient et présent dans le moment. Elle sous-entend généralement le fait d'être « à l'écoute » d'une personne ou d'une situation. La sensibilisation est la plus fondamentale de toutes les pratiques; sans elle, les autres pratiques ne sont pas possibles.
- Le **questionnement**, la pratique de la découverte, est ancré dans la curiosité et l'intérêt sincère envers les autres. Le fait de nous questionner nous empêche de faire des suppositions, de porter des jugements hâtifs ou de briser des liens de façon prématurée. Nous devenons plus scientifiques en nous questionnant : nous résistons à l'envie de tirer des conclusions trop rapidement, nous accueillons et recherchons de nouvelles données et nous imaginons d'autres explications à celles qui sont évidentes.
- Le **discernement** est la pratique qui consiste à faire attention au rythme et au débit du discours d'une personne autant qu'à son contenu. Il s'agit de se concentrer sur ce qu'une personne nous dit de ce qui importe le plus pour elle et de guider nos interactions avec cette personne en fonction de cette information. Cela exige de nous que nous mettions en veille nos propres arrière-pensées de façon consciente.
- La **responsabilisation** est la pratique qui consiste à créer un havre de guérison sûr dans lequel les gens se sentent acceptés et sont traités avec dignité et respect. Nous nous responsabilisons lorsque nous respectons nos engagements et que nous prenons nos décisions en fonction des besoins manifestés par les autres. Nous nous responsabilisons lorsque nous écoutons les autres sans être sur la défensive ou sans riposter^{2,3}.

Exemple de cas

Application de pratiques relationnelles dans une organisation axée sur l'apprentissage — David Abelson

À titre de chef de la direction d'une importante organisation de soins de santé, j'ai intégré les pratiques relationnelles dans les activités de prestation des soins de santé. Je décris ci-dessous ces pratiques relationnelles du point de vue opérationnel et montre comment la sensibilisation, le questionnement, le discernement et la responsabilisation peuvent servir de catalyseurs au sein des organisations axées sur l'apprentissage. La discussion est adaptée du chapitre « Care Delivery Design » de mon livre Advancing Relationship-Based Cultures, corédigé avec Mary Koloroutis⁴.

La sensibilisation en tant que pratique organisationnelle suppose le fait de prendre des pauses régulières dans l'urgence du travail quotidien, afin de prendre le temps de reconnaître notre responsabilité qui consiste à concevoir un modèle de prestation des soins de santé qui ne cause aucun préjudice et aspire à faire le bien. Nous avons introduit ces pauses importantes dans les réunions de l'équipe de direction.

Au début de chacune des réunions mensuelles de la direction, un patient ou un membre de la famille d'un patient raconte son histoire. Ces témoignages procurent à l'équipe de direction un sentiment de respect à l'égard de l'importance de leur mission qui consiste à prendre soin des gens, ainsi que de l'importance d'améliorer constamment la conception et la mise en œuvre des modèles de prestation des soins de santé. Ces témoignages permettent également à ceux et celles qui conçoivent les soins de prendre conscience des besoins et des souhaits des patients et de leur famille.

La sensibilisation signifie accepter avec humilité les conséquences inconnues, inexplicables et imprévues qui accompagnent les changements dans un système complexe et interdépendant. La plupart des changements conceptuels, peu importe leur degré de planification préalable, entraînent des conséquences imprévues. Une adaptation humble suppose que l'on se demande constamment comment savoir si un changement donné constitue une amélioration. Que devons-nous apprendre de plus? Quels sont les autres aspects que nous devons améliorer?

Le questionnement en tant que pratique organisationnelle sous-entend que nous devons nous demander comment se porte l'organisation et comment nous pouvons faire mieux. Le discernement exige que nous transformions nos apprentissages en évaluations concrètes au moyen de diverses méthodologies, notamment les groupes de discussion, les sondages et la collecte de données standardisées sur les processus clés. La pratique de l'[interrogation appréciative](#)⁵ inspire un autre type de curiosité, qui se fonde également sur le questionnement et sur le discernement. Dans l'interrogation appréciative, les questions ont pour but de découvrir ce qui fonctionne bien au sein de l'organisation et comment miser davantage sur ces aspects.

Les pratiques du questionnement et du discernement doivent s'intégrer au rythme des processus organisationnels. L'analyse FFPM effectuée dans le cadre de la planification stratégique est un processus qui consiste à s'interroger sur les forces, les faiblesses, les possibilités et les menaces de l'organisation. La sélection des projets annuels d'amélioration commence par un questionnement sur ce qu'on peut apprendre en examinant les mesures de rendement actuelles. Les dirigeants devraient mettre en place des tableaux de bord mensuels, hebdomadaires et quotidiens afin de mesurer les progrès réalisés par l'organisation selon divers indicateurs de rendement de façon à rendre pratique le questionnement et à ce qu'il soit attendu.

La pratique organisationnelle de la responsabilisation nous demande de voir toutes les personnes ayant affaire à l'organisation — patients, familles, employés, fournisseurs, médecins traitants, membres de la communauté et autres — comme des partenaires. Cela signifie éviter tout préjudice aux individus lorsque les processus échouent. En même temps,

cela signifie responsabiliser les gens par rapport aux résultats, améliorer les processus imparfaits et rester dans notre zone de responsabilité et d'autorité.

Tous les partenaires de l'organisation se responsabilisent lorsqu'ils respectent leurs engagements ou qu'ils font ce que les gens attendent d'eux afin de produire les résultats promis, souhaités ou attendus. Les dirigeants se responsabilisent en favorisant un environnement [sûr sur le plan psychologique](#), dans lequel les gens peuvent s'épanouir dans leurs rôles et être fiers de faire partie d'une communauté de soins de santé qui sert la noble cause qu'est le fait de prendre soin des gens.

Une organisation axée sur l'apprentissage compte sur l'efficacité des relations. Même les structures et les processus sont créés et peaufinés par des gens qui travaillent en relation les uns avec les autres. Par conséquent, la qualité des relations est d'une importance capitale dans le succès de toute organisation. Les quatre pratiques relationnelles fournissent un cadre conceptuel et pratique pour la création et l'établissement de relations de qualité à l'échelle des personnes, du groupe et du système.

Conseils pour l'intégration systématique de la pratique réflexive

Pour créer des programmes de formation favorisant la résilience, posez-vous les questions suivantes :

1. Quelle est votre discipline en ce qui a trait à la réflexion systématique? Intégrez des pauses dans votre routine de travail.
2. [À quel point êtes-vous adapté à vos activités éducatives? Comment la sensibilisation peut-elle vous aider à désapprendre?](#) Invitez un étudiant ou un enseignant à partager leur témoignage au début de chaque réunion de la haute direction.
3. [Vous servez-vous des pratiques de questionnement et de discernement dans le cadre de votre planification stratégique et annuelle?](#) Intégrez l'interrogation appréciative dans la planification.
4. [Comment faites-vous pour maintenir les relations au sein de votre programme? Comment arrivez-vous à établir un équilibre entre la responsabilisation et la sécurité sur le plan psychologique?](#) Faites des choix réfléchis dans la création de vos réseaux de [confiance](#), d'[apprentissage](#) et de [communication](#).
5. [Comment adoptez-vous les quatre pratiques \(sensibilisation, questionnement, discernement et responsabilisation\) dans votre pratique quotidienne du leadership?](#) Intégrez la pratique réflexive systématique pour maintenir un programme de formation favorisant la résilience.

Références

1. Senge PM. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. Rev ed. New York: Doubleday; 2006.
2. Koloroutis M, Trout M. See me as a person: creating therapeutic relationships with patients and their families. Minneapolis (MN): Creative Health Care Management; 2012.
3. Trout M, Koloroutis M. A relationship-based way of being. In: Koloroutis, M, Abelson D, editors. Advancing relationship-based cultures. Minneapolis (MN): Creative Health Care Management; 2017. p. 23–34.
4. Wessel S, Abelson D, Manthey M. Care delivery design that holds patients and families. In: Koloroutis M, Abelson D, editors. Advancing relationship-based cultures. Minneapolis (MN): Creative Health Care Management; 2017. p. 201–21.
5. Cooperrider DL, Whitney D. Appreciative inquiry: a positive revolution in change. San Francisco: Berrett-Koehler; 2005.