

Recherche sur la définition du personnel cadre du secteur de la santé au Canada

Résultats de l'exercice de modélisation analytique des décisions et Recommandations

**Rapport établi par
Lynn Curry, Ph. D., CurryCorp Inc.
Décembre 2005**

**Rapport établi pour
Le Collège canadien des directeurs de services de santé en
partenariat avec l'*Academy of Canadian Executive Nurses*,
la Société canadienne des médecins gestionnaires et
Ressources humaines et Développement des compétences Canada**

Table des matières

EXECUTIVE SUMMARY	3
1 PURPOSE OF THIS RESEARCH.....	6
2. CONTEXT REVIEW	6
2.1 STUDY PARTNERS AND PROGRESS TO DATE	6
2.2 ALTERNATIVE SUB-SECTOR DEFINITION METHODS.....	7
2.3 DECISION-THEORETIC MODELING.....	8
3. STUDY METHODS.....	9
3.1 DEVELOPMENT OF THE DECISION-SPACE	9
3.2 ROUND ONE SURVEY OF EXPERTS	9
3.3 ROUND TWO SURVEY OF EXPERTS.....	10
4. RESEARCH TIMELINE	11
5. DECISION ADVICE FROM PARTICIPATING EXPERTS	11
5.1 DECISIONS WITH CLEAR ADVICE FROM INVITED EXPERTS.....	12
5.2 DECISIONS WITH DIRECTION PROVIDED BY A MAJORITY OF INVITED EXPERTS	13
5.3 DECISIONS WHERE INVITED EXPERTS ARE EQUALLY DIVIDED	15
6. RECOMMENDATIONS FOR DEFINING THE SECTOR.....	16
7. ADVISORY COMMITTEE CONSULTATION	17
8. CONCLUSIONS	17
APPENDIX 1: LITERATURE REVIEWED TO INSURE ADEQUATE COVERAGE OF DECISION ASPECTS FOR DECISION THEORETIC MODELING OF THE CANADIAN HEALTH CARE LEADERSHIP AND MANAGEMENT SUB-SECTOR.....	22
APPENDIX 2: INTRODUCTORY LETTER SENT TO IDENTIFIED EXPERTS	27
APPENDIX 3: EXPERT SURVEY.....	28
APPENDIX 4: DECISION RESULTS FROM INVITED EXPERTS	29

Résumé

Au cours de sa téléconférence du lundi 5 décembre 2005, le Comité consultatif a pris les décisions suivantes au sujet de la *définition du personnel cadre de la santé*.

Seront incluses dans la définition les personnes assumant des rôles précis (voir ci-dessous) dans les **milieux de travail** suivants:

1. Systèmes de prestation de soins de santé financés à même les fonds publics : soins actifs, soins primaires, soins de longue durée, services de réadaptation
2. Organismes de promotion de la santé et organisations de soins de santé intégrés;
3. Services de santé basés sur une médecine traditionnelle non-occidentale (des travaux plus approfondis devront être effectués en cette matière au cours des travaux futurs de la conception de l'étude)
4. Établissements d'enseignement supérieur (premier dirigeant de chacune des disciplines reliées à la santé)
5. Associations, fondations ou autres organisations non gouvernementales (cadres supérieurs seulement)
6. Services et organismes gouvernementaux responsables des soins de santé (cadres supérieurs seulement)
7. Organismes de financement (cadres supérieurs seulement)
8. Systèmes de soins de santé privés sans but lucratif
9. Systèmes de soins de santé privés à but lucratif (pour mieux centrer l'étude sectorielle, ce milieu de travail sera exclus de la planification future)

Les **personnes assumant les rôles suivants** dans les milieux de travail mentionnés ci-dessus feront partie de la population cible de l'étude sectorielle sur le personnel cadre de la santé au Canada :

1. Superviseurs directs des prestataires de soins
2. Conseillers-cliniciens auprès des prestataires de soins directs
3. Gestionnaires de programmes ou chefs de départements/divisions dont relèvent les unités de prestation de soins directs
4. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des chefs de départements/divisions dont relèvent les unités de prestation de soins directs
5. Superviseurs directs des fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage)
6. Gestionnaires de programmes ou chefs de départements/divisions dont relèvent les fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage)
7. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des chefs de départements/divisions dont relèvent les fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage)

8. Membres de l'équipe de dirigeants qui administrent les établissements offrant des soins directs
9. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des dirigeants qui administrent les établissements offrant des soins directs
10. Présidence du conseil d'administration des établissements offrant des soins directs (NOTA : L'inclusion de cette fonction et des « membres du conseil d'administration » dans l'étude sectorielle sera réexaminée au cours des travaux futurs de la conception de l'étude)
11. Membres du conseil d'administration des établissements offrant des soins directs (voir note ci-dessus)
12. Conseillers stratégiques auprès de la présidence et des membres du conseil d'administration et de l'équipe de dirigeants des établissements offrant des soins directs
13. Cadres supérieurs des autorités gouvernementales responsables d'un aspect quelconque de la prestation de services de santé
14. Conseillers en matière de santé auprès des autorités gouvernementales
15. Cadres supérieurs assumant un rôle d'administrateur ou de dirigeant au sein d'une agence, d'une organisation, d'une association, d'une fondation ou d'une ONG chargée d'étudier ou d'étayer un aspect quelconque du système de soins de santé
16. Gestionnaires accrédités de services de santé (p. ex., membres du CCDSS)

Nous reconnaissons l'importance de la contribution des personnes énumérées ci-après dans le renouvellement du système de santé canadien, mais compte tenu des ressources de l'étude sectorielle et de l'attention qu'elle exige, ces personnes seront EXCLUES dans la planification future :

1. Prestataires de soins directs
2. Fournisseurs de services, de ressources de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage)
3. Personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les prestataires de soins directs
4. Personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les gestionnaires des prestataires de soins directs
5. Personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les hauts dirigeants des établissements de soins de santé
6. Cadres supérieurs des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé
7. Personnes jouant un rôle quelconque au sein d'une société de produits médicaux ou de fournitures médicales
8. Personnes qui font de la recherche fondamentale sur un aspect quelconque d'un domaine scientifique rattaché à la santé

9. Personnes qui rédigent ou présentent des évaluations critiques sur un aspect quelconque d'un domaine scientifique rattaché à la santé
10. Personnes qui travaillent au sein d'organismes de financement de la recherche sur un aspect quelconque d'un domaine scientifique rattaché à la santé
11. Chercheurs sur un aspect quelconque du système de soins de santé
12. Personnes qui rédigent ou présentent des évaluations critiques sur un aspect quelconque du système de soins de santé
13. Personnes qui travaillent au sein d'organismes de financement de la recherche sur un aspect quelconque du système de soins de santé
14. Membres du personnel de tous les paliers de gouvernement responsables d'un aspect quelconque de la prestation des services de santé
15. Membres d'un conseil ou d'un groupe de travail d'une agence ou d'une organisation chargée d'étudier ou d'étayer un aspect quelconque du système de soins de santé
16. Personnes faisant partie de la structure de propriété d'une institution de services de santé privée sans but lucratif
17. Personnes faisant partie de la structure de propriété d'une institution ou d'une organisation de services de santé privée à but lucratif
18. Détenteurs d'un diplôme universitaire en gestion de services de santé (p. ex., M. GSS)
19. Détenteurs d'un diplôme universitaire en gestion (p. ex., MBA)
20. Membres accrédités d'une profession de la santé offrant des services publics assurés (p. ex., médecine, soins infirmiers)
21. Professionnels de la santé accrédités offrant directement des services, des produits et des instruments de soins de santé (p. ex. les pharmaciens)
22. Membres accrédités d'une profession de la santé offrant des services publics non assurés (p. ex., dentisterie, physiothérapie, counselling)
23. Gestionnaires accrédités dans certains autres domaines (p. ex., P. Eng.)

1 Objet de la recherche

Avant d'entreprendre une étude exhaustive sur le personnel cadre de la santé au Canada, il convient de définir clairement la population cible afin de déterminer les paramètres de l'étude. Cette définition indiquera les personnes et les groupes qui feront l'objet d'une collecte de données primaires sur lesquelles sera fondée la planification détaillée ultérieure. Pour y arriver, il faudra déterminer les besoins futurs en ressources humaines de leadership et de gestion ainsi que les compétences requises pour que ces ressources donnent un rendement optimal.

Trois démarches ont déjà été faites (voir la « revue du contexte » ci-dessous) pour définir le sous-secteur du leadership et de la gestion – c.-à-d. le personnel cadre – dans le secteur de la santé. Le Comité consultatif a jugé que les définitions exposées dans les rapports de mars 2005, mai 2005 et juin 2005 n'étaient pas assez précises et qu'il fallait adopter une méthodologie différente. Un contrat a été attribué à la firme CurryCorp Inc à la fin de septembre 2005 pour qu'elle effectue une recherche sur la définition du sous-secteur à partir de la méthode de modélisation analytique des décisions décrite ci-après.

2. Revue du contexte

2.1 *Partenaires de l'étude et progrès accomplis*

Comme le personnel cadre du secteur de la santé joue un rôle crucial dans l'accès des Canadiens à des soins sûrs et de haute qualité, les principales associations professionnelles ont pris l'initiative de concevoir une stratégie globale visant à déterminer et à résoudre les problèmes auxquels fait face le secteur. Il s'agit d'une étape clé vers l'identification des besoins en ressources humaines et des questions relatives à la gestion et au leadership, de sorte que le système dispose d'un effectif suffisant pour l'avenir.

Le Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS) et ses partenaires, l'Academy of Canadian Executive Nurses (ACEN) et la Société canadienne des médecins gestionnaires (SCMG), ont soumis à Développement des ressources humaines et des compétences Canada (DRHCC) une proposition visant à entamer le processus d'une *Étude exhaustive sur des besoins en matière de ressources humaines et de compétences pour le personnel cadre du secteur de la santé au Canada*. Cette proposition a reçu l'aval du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) et le financement du projet a été approuvé par DRHCC en 2004.

Une étude situationnelle a été effectuée et les principaux intervenants de tout le Canada se sont réunis en mars 2005 et en juin 2005 pour en examiner les résultats. Un groupe de travail a été formé pour mettre au point un processus et un cadre de gouvernance de l'étude qui permettra de cerner les questions clés touchant le personnel cadre. À l'heure actuelle, ce sont les dimensions du sous-secteur du leadership et de la gestion qui font défaut et empêchent de définir clairement la cohorte qui fera l'objet de l'étude.

2.2 Autres méthodes de définition du sous-secteur

Le sous-secteur du leadership et de la gestion dans les services de santé pourrait être défini par la méthode de l'inclusion, qui correspond au modèle utilisé par le Conseil canadien d'agrément des services de santé et la *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations* des États-Unis. Les standards de leadership de ces deux organismes reposent sur trois fonctions : gouvernance, gestion, leadership clinique ou direction de services. Ce modèle inclut donc toute personne occupant un poste de gouvernance, de gestion ou de leadership au sein d'une organisation de services de santé, et exclut tous ceux qui ne travaillent pas dans une telle organisation (par exemple, le personnel des associations professionnelles de la santé, des fondations et autres œuvres de bienfaisance ainsi que les fonctionnaires). Il convient de signaler que le bref examen de la documentation effectué pour les fins de la présente recherche a révélé qu'une très forte majorité des travaux publiés sur le leadership et la gestion dans le secteur de la santé s'inspiraient de cette définition.

D'éminents théoriciens préconisent une définition encore plus inclusive. C'est le cas notamment de H. Mintzberg qui, dans un ouvrage publié en 1999¹ affirme que, pour les Japonais, le leadership est un *style* de gestion alors qu'en Amérique c'est *l'action* de gérer. Il poursuit en disant que si nous voulons faire notre chemin dans la mondialisation, nous devrions peut-être commencer par reconnaître l'étroitesse de notre conception de la gestion. C'est un bon argument en faveur de la synonymie des mots « gestion » et « leadership » et de l'inclusion de toutes les personnes qui doivent guider un segment quelconque du secteur de la santé, peu importe le genre d'organisation qui les emploie.

Il serait possible aussi de définir le sous-secteur du leadership et de la gestion à partir des données recueillies par Statistique Canada. C'est ce qu'a fait le Conseil canadien des ressources humaines en tourisme (CCRHT), qui s'est servi des classifications très inclusives établies par SC pour le secteur du tourisme au Canada et qui en a été satisfait. À titre d'exemple, on y retrouve les employés de restaurants parce que les touristes représentent 20 % de la clientèle des restaurants.

Voici les étapes qu'il faudrait franchir pour définir le sous-secteur du leadership et de la gestion dans le secteur de la santé, à partir des données recueillies par Statistiques Canada :

¹ Mintzberg, H., « Managing Quietly », *Leader to Leader*, printemps 1999

1. Payer les frais d'une demande spéciale de données dans le cadre de l'Enquête sur la population active (<http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3701&lang=en&db=IMDB&dbg=f&adm=8&dis=2>).

Il s'agit d'une enquête téléphonique obligatoire menée chaque mois auprès d'un échantillon de Canadiens.

Nous devrions fournir des paramètres pour les questions suivantes :

n° 114 : *Pour qui ... travaillait- [il/elle]?*

n° 115 : *De quel genre d'entreprise, d'industrie ou de service s'agissait-il?*

n° 116 : *Quel genre de travail ... faisait- [il/elle]*

n° 117 : *Quelles étaient ses activités les plus importantes de ... ?*

2. Payer les frais d'un passage spécial des données sur le recensement de la population (les données les plus récentes datent de 1996; échantillon de 20 % de la population) en portant une attention particulière aux codes relatifs à la profession, au secteur d'activité et au milieu de travail. À cette époque, 17 840 Canadiens ont déclaré qu'ils travaillaient comme gestionnaires de services de santé. Il faudrait fournir des paramètres pour la profession, le secteur d'activité et le milieu de travail. On pourrait acheter à cette fin des documents utiles comme:

Tendances au niveau de la profession, 1961-1986, n° 93-151-XPB au catalogue, (selon la Classification type des professions de 1971)

Tendances au niveau de l'industrie, 1951-1986, n° 93-152-XPB au catalogue, (selon la Classification type des industries de 1971)

3. Payer les frais d'un passage spécial des données du Système de projection professionnelle canadien (mieux connu sous l'appellation de COPS) pour identifier les projections sur le marché du travail. (Le CTHRC n'a pas été très satisfait des résultats).

Le problème que posent toutes ces méthodes est le flou, l'inattention ou la dissimulation pouvant entourer certaines différences critiques potentielle entre les composantes du secteur de la santé dans son ensemble, entre la gestion et le leadership à différents paliers des organisations et entre les types d'organisations elles-mêmes.

2.3 Modélisation analytique des décisions

La modélisation analytique des décisions consiste précisément à « mettre le doigt » sur chaque aspect des différences potentielles. Cette méthode appuie la prise de décision explicite sur chaque aspect discernable de la définition éventuelle. Elle permet de découvrir les caractéristiques indépendantes et orthogonales de l'espace des décisions et de faire ressortir les choix possible pour chaque nœud de décision.

L'information pour cerner l'espace des décisions peut provenir d'entrevues, d'un examen de la littérature ou d'un groupe d'experts définis. Pour chaque nœud, les décideurs peuvent directement faire leur choix ou solliciter des opinions. Celles-ci peuvent provenir d'experts en contenu, d'intervenants, de titulaires de postes et du public en général. De la sorte, les décideurs peuvent disposer d'informations supplémentaires sur chacun des points fournis par des groupes définis. En bout de ligne, c'est tout de même à eux qu'il incombe de prendre une décision unifiée sur chaque nœud et – dans le cas qui nous occupe – sur le sous-secteur du leadership et de la gestion dans le système de soins de santé canadien.

3. Méthodologie

3.1 *Esquisse de l'espace des décisions*

Nous avons commencé par collecter des données pour tracer l'espace des décisions. Pour ce faire, nous avons examiné les définitions pertinentes déjà établies, ainsi que les inclusions et les exclusions qu'elles comportaient, par la revue des sources de ces informations. Un grand nombre de ces définitions étaient implicites et ne pouvaient être apparentées à des décisions formelles quant aux inclusions et exclusions (par exemple, la liste des invités aux conférences tenues en mai et en juin 2005). On trouvera d'autres sources consultées à l'Annexe 1. Cette revue de la documentation a néanmoins dégagé suffisamment d'informations pour esquisser l'espace des décisions relatives aux inclusions et aux exclusions dans la définition du sous-secteur du leadership et de la gestion au sein du système de santé canadien.

En second lieu, nous avons subdivisé l'espace en une série de décisions orthogonales suffisamment claires pour qu'on puisse, à ce sujet, répondre simplement par « oui » ou par « non » quand savoir s'il fallait « inclure » ou « ne pas inclure ». Ces choix bipolaires réunis ont permis de circonscrire le sous-secteur du leadership et de la gestion dans le système de santé global. Les nœuds de décision qui en sont résultés ont été transposés sous forme de sondage.

En dernier lieu, il s'agissait de confirmer, de raffiner et d'élargir l'expression de l'espace des décisions au moyen d'une consultation avec le Comité consultatif, ce qui fut fait au cours d'une téléconférence le 18 octobre 2005. L'ébauche du questionnaire du sondage a ensuite été remaniée pour consolider les sous-secteurs.

3.2 *Première ronde du sondage auprès des experts*

Le questionnaire du sondage (voir l'Annexe 2) a été envoyé par ordinateur à 93 experts identifiés par le CCDSS en combinant la liste des personnes invitées aux réunions des intervenants tenues en mars et en juin 2005, à laquelle se sont ajoutés d'autres experts

identifiés par la suite. La veille de l'envoi du questionnaire, le bureau du président et chef de la direction du CCDSS, John Hylton, a fait parvenir une lettre d'invitation à répondre au sondage, accompagnée d'une documentation (voir l'Annexe 2).

Sur les 93 experts identifiés, 11 avaient changé d'adresse et deux se sont désistés, laissant ainsi un dénominateur fonctionnel de 80 participants. Un rappel leur a été envoyé par courriel quatre jours avant la date limite. Nous avons reçu 35 réponses (taux de 44 %). Après la compilation, les résultats de cette première ronde ont été envoyés aux membres du Comité consultatif le 4 novembre 2005.

3.3 Deuxième ronde du sondage auprès des experts

Cette deuxième ronde avait pour but de dégager un consensus chez les participants en leur donnant la chance de prendre connaissance des réponses à chaque nœud de décision, et de modifier ou non leurs propres réponses soit à partir de l'information provenant des autres experts, soit à la suite d'une révision de leurs réponses à la première ronde du sondage.

Une copie électronique des résultats de la première ronde a été envoyée aux 79 participants potentiels [liste originale de 93, moins les 11 changements d'adresse, les deux premiers désistements et un autre désistement survenu plus tard]. Ce document mentionnait la réponse donnée par le participant en cause à chacune des questions de la première ronde. On leur demandait alors d'indiquer si leur réponse restait la même ou s'ils avaient changé d'idée. Les questions de base de cette deuxième ronde étaient identiques à celles de la première.

Les participants disposaient du questionnaire et des explications de la deuxième ronde dès l'heure normale d'ouverture des bureaux le lundi 7 novembre, avec mention de la date limite de retour une semaine plus tard à la fin de la journée du 14 novembre. Un premier rappel a été envoyé aux non-répondants le jeudi 11 novembre et un second rappel le dimanche 13 novembre. La date limite a même été prolongée au vendredi 18 novembre afin de maximiser le taux de réponse.

Tous les experts n'ont pas répondu aux deux rondes. Les données de ceux qui avaient répondu seulement à la première ronde ont été analysées. Tous les experts n'ont pas répondu non plus à toutes les questions. Les résultats du sondage présentés ci-après et à l'Annexe 4 indiquent le nombre de « pas de réponse » à chacune des questions.

Ces techniques ont produit un retour de 56 questionnaires remplis, pour un taux de réponse de 71 %. Ce taux est dans les limites acceptables où on peut qualifier de représentatifs les résultats obtenus de l'échantillon des 79 experts identifiés dont l'adresse était correcte.

4. Calendrier de la recherche

1. 30 septembre – Téléconférence avec le Comité consultatif pour finaliser l’approche et le plan de travail.
2. 3 octobre – Présentation du plan de travail.
3. Du 3 au 14 octobre – Examen de la documentation; entrevues avec des informateurs clés; ébauche du sondage.
4. Semaine du 17 octobre – Téléconférence avec le Comité consultatif pour mettre au point les questions du sondage et déterminer les participants.
5. 24 octobre – Version finale du contenu du sondage et de la définition des participants.
6. Semaine du 24 octobre – Premier passage *Delphi* (envoi et réception électroniques).
7. 4 novembre – Résultats du premier passage *Delphi* (indication préliminaire des limites sectorielles indiquées par les participants).
8. Semaine du 7 novembre – Second passage *Delphi* (envoi et réception électroniques).
9. 18 novembre – Résultats du second passage *Delphi* (indication des limites sectorielles, une fois « réflexion faite » de la part des participants).
10. 28 novembre – Présentation de l’ébauche du document de discussion.
11. Semaine du 5 décembre – Téléconférence avec le Comité consultatif ayant pour objet d’accepter, de rejeter ou de modifier les limites sectorielles ressorties du sondage et exposées dans l’ébauche du document de discussion.
12. 16 décembre – Présentation du document de discussion final.

5. Aide à la décision de la part des experts participants

L’Annexe 4 donne la répartition des réponses à la deuxième ronde du sondage. Ces résultats sont également présentés ci-dessous.

Lorsque 80 % ou plus des experts répondants avaient la même opinion sur un nœud de décision, on a jugé qu’ils étaient tout à fait d’accord sur le sujet. Cet accord s’est manifesté dans 20 des 48 aspects soumis pour inclusion dans la définition de la population cible.

Il est possible de dégager une orientation pour la prise de décision lorsque 66 % ou plus des experts sont d’accord sur un sujet. Sur 17 aspects, la prépondérance de l’opinion pointait vers une orientation nettement perceptible.

Toutefois, l’opinion des experts était partagée également sur 11 aspects. On n’a donc pas pu discerner une prépondérance claire « pour » ou « contre » l’inclusion de ces aspects dans la définition.

5.1 Aspects sur lesquels les experts répondants ont fait un large consensus

Plus de 80 % des experts participants ont fait savoir que la définition du personnel cadre de la santé au Canada devrait englober les sept milieux de travail suivants :

1. Systèmes de soins de santé financés à même les fonds publics : soins actifs, soins primaires, soins de longue durée, services de réadaptation (Question 1)
55 oui 0 non 1 pas de réponse
2. Organismes de promotion de la santé et organisations de soins de santé intégrés (Question 2)
55 oui 0 non 1 pas de réponse
3. Établissements d'enseignement supérieur (Question 3)
50 oui 5 non 1 pas de réponse
4. NOTA : Ce résultat est entaché par l'équivoque qui est ressortie des réponses aux questions connexes 25 à 29.
5. Associations, fondations ou autres organismes non gouvernementaux (Question 5)
47 oui 8 non 1 pas de réponse
6. NOTA : La clarté de ce résultat n'est pas étayée par les réponses aux questions connexes 25 à 29.
7. Services et organismes gouvernementaux responsables des soins de santé (Question 6)
52 oui 3 non 1 pas de réponse
8. NOTA : D'après les réponses aux questions connexes 33 et 34, cet appui se limite aux cadres supérieurs.
9. Systèmes de soins de santé privés sans but lucratif (Question 9).
54 oui 1 non 1 pas de réponse
10. Systèmes de soins de santé privés à but lucratif (Question #10).
50 oui 5 non 1 pas de réponse

11. Les répondants ont aussi fait savoir que le sous-secteur des « fournisseurs de produits et services de santé » (Question 7) NE devrait PAS être inclus.
12. 6 oui 48 non 2 pas de réponse

Plus de 80 % des experts participants ont déclaré que la définition du personnel cadre de la santé au Canada devrait englober les personnes exerçant les fonctions suivantes :

- a. Superviseurs directs des prestataires de soins (Question 14)
53 oui 2 non 1 pas de réponse
- b. Gestionnaires de programmes ou chefs de départements/divisions dont relèvent les unités de prestation de soins directs (Question 16)
53 oui 2 non 1 pas de réponse
- c. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des chefs de départements/divisions dont relèvent les unités de prestation de soins directs (Question 18)

- 47 oui 8 non 1 pas de réponse
- d. Membres de l'équipe de dirigeants qui administrent les établissements offrant des soins directs (Question 20)
- 52 oui 1 non 3 pas de réponse
- e. Cadres supérieurs des autorités gouvernementales responsables d'un aspect quelconque de la prestation des services de santé (Question 34)
- 51 oui 4 non 1 pas de réponse
- f. Conseillers en matière de santé auprès des autorités gouvernementales (Question 35)
- 45 oui 8 non 3 pas de réponse
- g. Gestionnaires accrédités de services de santé (p. ex., membres du CCDSS) (Question 39)
- 51 oui 3 non 2 pas de réponse

La définition NE devrait PAS englober les personnes suivantes :

- a. Personnes qui font de la recherche fondamentale sur un aspect quelconque d'un domaine scientifique rattaché à la santé (Question 30)
- 2 oui 52 non 2 pas de réponse
- b. Membres du personnel des organisme de financement de la recherche sur un aspect quelconque d'un domaine scientifique rattaché à la santé (Question 31)
- 8 oui 47 non 1 pas de réponse
- c. Personnes qui rédigent ou présentent des évaluations critiques sur un aspect quelconque d'un domaine scientifique rattaché à la santé (Question 32)
- 9 oui 46 non 1 pas de réponse
- d. Membres du personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les prestataires de soins directs (Question 44)
- 3 oui 51 non 2 pas de réponse
- e. Membres du personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les gestionnaires des prestataires de soins directs (Question 45)
- 6 oui 48 non 2 pas de réponse

5.2 Aspects sur lesquels on a pu dégager une orientation claire de la part d'une majorité des experts répondants

De l'avis d'au moins deux tiers des experts répondants, la définition du personnel cadre du secteur de la santé au Canada devrait englober les « organismes de financement » (Question 4)

44 oui 11 non 1 pas de réponse

De l'avis d'au moins deux tiers des experts répondants, la définition du personnel cadre du secteur de la santé au Canada devrait englober les personnes suivantes :

- a. Superviseurs directs des fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage) (Question 15)
43 oui 12 non 1 pas de réponse
- b. Gestionnaires de programmes ou chefs de départements/divisions dont relèvent les fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage) (Question 17)
44 oui 10 non 2 pas de réponse
- c. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des dirigeants qui administrent les établissements offrant des soins directs (Question 21)
45 oui 10 non 1 pas de réponse
- d. Présidence du conseil d'administration des établissements offrant des soins directs (Question 23)
37 oui 18 non 0 pas de réponse
- e. Conseillers stratégiques auprès de la présidence et des membres du conseil d'administration et de l'équipe de dirigeants des établissements offrant des soins directs (Question 24)
38 oui 16 non 2 pas de réponse
- f. Personnes faisant partie de la structure de propriété d'un établissement ou d'une institution de services de santé privée sans but lucratif (Question 47)
41 oui 13 non 2 pas de réponse
- g. Personnes faisant partie de la structure de propriété d'un établissement ou d'une institution de services de santé privée à but lucratif (Question 48)
39 oui 14 non 3 pas de réponse
- h. Détenteurs d'un diplôme universitaire en gestion de services de santé (p. ex., M. GSS) (Question 40)
44 oui 10 non 2 pas de réponse
- i. Détenteurs d'un diplôme universitaire en gestion (p. ex., MBA) (Question 42)
37 oui 16 non 3 pas de réponse

De l'avis d'au moins deux tiers des experts répondants, la définition du personnel cadre du secteur de la santé au Canada NE devrait PAS englober les personnes suivantes :

- a. Prestataires de soins directs (Question 11)
11 oui 43 non 2 pas de réponse
- b. Fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage). (Question 13)
12 oui 43 non 1 pas de réponse
- c. Personnes qui travaillent au sein d'organismes de financement de la recherche sur un aspect quelconque du système de soins de santé (Question 26)
11 oui 43 non 2 pas de réponse
- d. Personnes qui travaillent au sein d'organismes de financement de la recherche sur un aspect quelconque du système de soins de santé (Question 33)

- 12 oui 43 non 1 pas de réponse
- e. Membres accrédités d'une profession de la santé offrant des services publics assurés (p. ex., médecine, soins infirmiers) (Question 36)
18 oui 37 non 1 pas de réponse
- f. Professionnels de la santé accrédités qui fournissent directement des services, des produits et des instruments de soins de santé (p. ex. les pharmaciens) (Question 37)
17 oui 38 non 1 pas de réponse
- g. Membres accrédités d'une profession de la santé offrant des services publics non assurés (p. ex., dentisterie, physiothérapie, counselling) (Question 38)
13 oui 42 non 1 pas de réponse

5.3 Aspects sur lesquels les experts répondants ont exprimé un partage égal d'opinions :

Les experts répondants ont exprimé un partage égal d'opinions quant à l'inclusion OU l'exclusion des « services de santé utilisant une approche non traditionnelle et non occidentale » (Question 8)

25 oui 27 non 4 pas de réponse

Les experts répondants ont exprimé un partage égal d'opinions quant à l'inclusion OU l'exclusion des personnes suivantes :

- a. Conseillers-cliniciens auprès des prestataires de soins directs (Question 12)
33 oui 20 non 3 pas de réponse
- b. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des chefs de départements/divisions dont relèvent les fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage) (Question 19)
24 oui 24 non 8 pas de réponse
- c. Membres du conseil d'administration des établissements offrant des soins directs (Question 22)
34 oui 21 non 1 pas de réponse
- d. Chercheurs sur un aspect quelconque du système de soins de santé (Question 25)
21 oui 34 non 1 pas de réponse
- e. Personnes qui rédigent ou présentent des évaluations critiques sur un aspect quelconque du système de soins de santé (Question 27)
19 oui 36 non 1 pas de réponse
- f. Membres du personnel d'une agence ou d'un organisme chargé d'étudier ou d'étayer un aspect quelconque du système de soins de santé (Question 28)
10 oui 35 non 1 pas de réponse
- g. Membres d'un conseil ou d'un groupe de travail chargé d'étudier ou d'étayer un aspect quelconque du système de soins de santé (Question 29)
20 oui 35 non 1 pas de réponse

- h. Gestionnaires accrédités dans certains autres domaines (p. ex., P. Eng)
(Question 41)
24 oui 28 non 4 pas de réponse
- i. Hauts dirigeants des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé (Question 43)
31 oui 23 non 2 pas de réponse
- j. Membres du personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les gestionnaires des prestataires de soins directs (Question 46)
26 oui 28 non 2 pas de réponse

13. Recommandations pour la définition de la population cible

Les résultats de cet exercice de modélisation analytique ont permis d’obtenir de la part des experts consultés une orientation sur chacun des 48 nœuds de décision. Toutefois, c’est le Comité consultatif qui est habilité à prendre la décision finale sur la population cible du secteur qui fera l’objet de l’étude envisagée. Celui-ci devra donc se pencher sur chaque point et décider officiellement des inclusions et des exclusions.

Sous certains aspects, on aura sans doute intérêt à s’inspirer de la position nettement circonscrite par les experts. À titre d’exemple, 96 % d’entre eux ont dit que les systèmes du secteur privé devraient être inclus (Questions 9 et 10). Les experts ont aussi clairement indiqué que tous les superviseurs, les gestionnaires et les membres de la haute direction des organismes et des services gouvernementaux axés sur les soins de santé devraient être inclus, de même que les personnes accréditées auprès du CCDSS. Ils ont aussi fait un large consensus pour l’exclusion de tous les fournisseurs de services et de fournitures médicales, de toutes les personnes qui font de la recherche fondamentale ou des bailleurs de fonds de ce genre de recherche.

Sous d’autres aspects, par contre, les experts semblent se contredire. Ainsi, ils se sont prononcés fortement en faveur de l’inclusion des établissements d’enseignement supérieur (Q3), mais les rôles « académiques » (Q25 et Q27) ont reçu beaucoup moins d’appuis. De même, les experts se sont dits en faveur de l’inclusion des associations, des fondations et des ONG (Q5), mais leurs réponses sont équivoques vis-à-vis des rôles assumés par ces mêmes organisations (Q 26, 28 et 29). Ce sont là des contradictions que devra résoudre le Comité consultatif.

Dix-sept aspects décisionnels ont obtenu l’aval d’au moins les deux tiers des répondants. Ces réponses – exposées à la section 5.2 – indiquent une tendance vers l’inclusion des superviseurs et des gestionnaires de certaines fonctions de soutien (Q15, Q17), des conseillers auprès de la haute direction administrative (Q21), des membres des conseils d’administration (Q23) et de leurs conseillers (Q24), des propriétaires

d'établissements de santé privés (Q47, Q48), ainsi que des personnes possédant un diplôme en gestion (Q40 à Q42). La prépondérance des experts penche vers l'exclusion des prestataires de soins (Q11), des fournisseurs (Q13), des bailleurs de fonds de la recherche (Q26), du gouvernement (Q33) et des personnes accréditées seulement dans un domaine de la santé (Q36, Q37, Q38).

Sous certains aspects, les experts consultés pour les besoins de la présente recherche ne seront guère utiles au Comité consultatif, car leurs réponses sont partagées également en faveur de l'inclusion ou de l'exclusion. C'est le cas notamment des services et des établissements et des services de santé utilisant une approche non traditionnelle et non occidentale de la médecine (Q8), des conseillers-cliniciens (Q12), des conseillers auprès des chefs de département (Q19), des membres des conseils d'administration (Q22), des chercheurs (Q25), des évaluateurs critiques (Q27), du personnel des agences (Q28), ainsi que des membres de conseils ou de groupes de travail (Q29). Parallèlement, près de la moitié des experts étaient d'avis qu'il fallait inclure les hauts dirigeants des sociétés de fournisseurs (Q43) et tout le personnel de ces sociétés ayant des rapports directs avec les hauts dirigeants des établissements de santé (Q46). Le partage d'opinion était égal en ce qui a trait à l'inclusion ou l'exclusion des gestionnaires accrédités dans d'autres domaines (p. ex., P.Eng.) (Q41).

14. Étude par le Comité consultatif

Le lundi 5 décembre 2005, le Comité consultatif s'est réuni par téléconférence afin d'accepter, de rejeter ou de modifier les limites sectorielles ressorties du sondage et exposées dans le présent document de discussion.

Le Comité a examiné tous les aspects (milieux de travail et rôles) sur lesquels les « experts » avaient fait le plus large consensus et les aspects sous lesquels l'opinion de ces mêmes « experts » divergeait. Ils ont pris les décisions exposées au Résumé du présent document, quant aux inclusions et aux exclusions.

15. Conclusion

Une définition claire et opérationnelle du sous-secteur du leadership et de la gestion s'imposait avant la poursuite des travaux de conception de l'étude sectorielle. La recherche exposée ici a permis d'obtenir cette définition. L'étude sectorielle devrait donc être axée sur les milieux de travail et les rôles suivants :

Milieus de travail :

1. Systèmes de prestation de soins de santé financés à même les fonds publics : soins actifs, soins primaires, soins de longue durée, services de réadaptation
2. Organismes de promotion de la santé et organisations de soins de santé intégrés;
3. Services de santé basés sur une médecine traditionnelle non-occidentale (des travaux plus approfondis devront être effectués en cette matière dans la phase de conception de l'étude sectorielle)
4. Établissements d'enseignement supérieur (premier dirigeant de chacune des disciplines reliées à la santé)
5. Associations, fondations ou autres organisations non gouvernementales (cadres supérieurs seulement)
6. Services et organismes gouvernementaux responsables des soins de santé (cadres supérieurs seulement)
7. Organismes de financement (cadres supérieurs seulement)
8. Systèmes de soins de santé privés sans but lucratif
9. Systèmes de soins de santé privés à but lucratif (pour mieux centrer l'étude sectorielle, ce milieu de travail sera exclus de la planification future)

Personnes assumant les rôles suivants dans les milieux de travail mentionnés ci-dessus :

- a. Superviseurs directs des prestataires de soins
- b. Conseillers-cliniciens auprès des prestataires de soins directs
- c. Gestionnaires de programmes ou chefs de départements/divisions dont relèvent les unités de prestation de soins directs
- d. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des chefs de départements/divisions dont relèvent les unités de prestation de soins directs
- e. Superviseurs directs des fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage)
- f. Gestionnaires de programmes ou chefs de départements/divisions dont relèvent les fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage)
- g. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des chefs de départements/divisions dont relèvent les fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage)
- h. Membres de l'équipe de dirigeants qui administrent les établissements offrant des soins directs
- i. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des dirigeants qui administrent les établissements offrant des soins directs

- j. Présidence du conseil d'administration des établissements offrant des soins directs (NOTA : L'inclusion de cette fonction et des « membres du conseil d'administration » dans l'étude sectorielle sera réexaminée au cours des travaux futurs de la conception de l'étude)
- k. Membres du conseil d'administration des établissements offrant des soins directs (voir note ci-dessus)
- l. Conseillers stratégiques auprès de la présidence et des membres du conseil d'administration et de l'équipe de dirigeants des établissements offrant des soins directs
- m. Cadres supérieurs des autorités gouvernementales responsables d'un aspect quelconque de la prestation de services de santé
- n. Conseillers en matière de santé auprès des autorités gouvernementales
- o. Cadres supérieurs assumant un rôle d'administrateur ou de dirigeant au sein d'une agence, d'une organisation, d'une association, d'une fondation ou d'une ONG chargée d'étudier ou d'étayer un aspect quelconque du système de soins de santé
- p. Gestionnaires accrédités de services de santé (p. ex., membres du CCDSS)

Nous reconnaissons l'importance de la contribution des personnes énumérées ci-après dans le renouvellement du système de santé canadien, mais compte tenu des ressources de l'étude sectorielle et de l'attention qu'elle exige, ces personnes seront **EXCLUES** dans la planification future :

- i. Prestataires de soins directs
- ii. Fournisseurs de services, de ressources de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage)
- iii. Personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les prestataires de soins directs
- iv. Personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les gestionnaires des prestataires de soins directs
- v. Personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les hauts dirigeants des établissements de soins de santé
- vi. Cadres supérieurs des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé
- vii. Personnes jouant un rôle quelconque au sein d'une société de produits médicaux ou de fournitures médicales
- viii. Personnes qui font de la recherche fondamentale sur un aspect quelconque d'un domaine scientifique rattaché à la santé
- ix. Personnes qui rédigent ou présentent des évaluations critiques sur un aspect quelconque d'un domaine scientifique rattaché à la santé
- x. Personnes qui travaillent au sein d'organismes de financement de la recherche sur un aspect quelconque d'un domaine scientifique rattaché à la santé
- xi. Chercheurs sur un aspect quelconque du système de soins de santé

- xii. Personnes qui rédigent ou présentent des évaluations critiques sur un aspect quelconque du système de soins de santé
- xiii. Personnes qui travaillent au sein d'organismes de financement de la recherche sur un aspect quelconque du système de soins de santé
- xiv. Membres du personnel de tous les paliers de gouvernement responsables d'un aspect quelconque de la prestation des services de santé
- xv. Membres d'un conseil ou d'un groupe de travail d'une agence ou d'une organisation chargée d'étudier ou d'étayer un aspect quelconque du système de soins de santé
- xvi. Personnes faisant partie de la structure de propriété d'une institution de services de santé privée sans but lucratif
- xvii. Personnes faisant partie de la structure de propriété d'une institution ou d'une organisation de services de santé privée à but lucratif
- xviii. Détenteurs d'un diplôme universitaire en gestion de services de santé (p. ex., M. GSS)
- xix. Détenteurs d'un diplôme universitaire en gestion (p. ex., MBA)
- xx. Membres accrédités d'une profession de la santé offrant des services publics assurés (p. ex., médecine, soins infirmiers)
- xxi. Professionnels de la santé accrédités offrant directement des services, des produits et des instruments de soins de santé (p. ex. les pharmaciens)
- xxii. Membres accrédités d'une profession de la santé offrant des services publics non assurés (p. ex., dentisterie, physiothérapie, counselling)
- xxiii. Gestionnaires accrédités dans certains autres domaines (p. ex., P. Eng.)

Appendix 1: Literature Reviewed to Insure Adequate Coverage of Decision Aspects for Decision Theoretic Modeling of the Canadian Health Care Leadership and Management Sub-Sector

1. American College of Health Executives *Management Innovations XXI* 2005
<http://www.ache.org/PUBS/Research/poster.pdf> Accessed 051006
2. American College of Health Executives *Top Issues Confronting Hospitals 2004*
<http://www.ache.org/PUBS/research/ceoissues.cfm> Accessed 051006
3. American College of Health Executives *CEO Succession Planning in Freestanding US Hospitals* 2004
<http://www.ache.org/pubs/research/pdf/SuccessionRpt04.pdf> Accessed 051006
4. American College of Physician Executives
 - a. Curry, W and Linney, B. 2003. *Essentials of Medical Management*.
 - b. Sotile, W & Sotile, M. 1998. *Designing 21st Century Healthcare: Leadership in Hospitals and Healthcare Systems*
 - c. Woods, M. 2001 *Applying Personal Leadership Principles to Health Care: The DEPO Principle*
5. Canadian Association for Community Care. *Canadian Home Care Resources Study*. 2003 <http://www.cacc-acssc.com/english/pdf/homecareresources/EngTechnic.pdf> Accessed 051006
6. Canadian Council on Health Services Accreditation
 - a. 2006 Standards (CD)
 - b. 2005 Program
 - c. 2005 Accreditation Recognition Guidelines
 - d. CCHSA Accreditation Fee Structure 2005
 - e. *The Accreditation Standard*, Spring 2005
 - f. 2004 Annual Report
 - g. 2003 Health Accreditation Report
 - h. *About CCHSA and its Accreditation Program*
 - i. *Accreditation at a Glance*
 - j. *Evolution of CCHSA's Accreditation Program*
 - k. *Application for CCHSA Membership and Accreditation*
 - l. *Accreditation for Home Care Organizations*, August 1st, 2000
 - m. *Accreditation for Home Care: Step by Step*, August 1st, 2000

7. Canadian Journal of Nursing Leadership (Longwoods)
 - a. Vol. 18, No(s) 1,2 and 3: 2005
 - b. Vol. 17, No(s) 1-4: 2004
8. Canadian Pharmacists Association.
http://www.pharmacists.ca/content/about_cpha/Who_We_Are/Strategic_Plan/pdf/StrategicPlanWeb.pdf. Accessed 051006
9. Chief of Defence Staff. 2005. *Leadership in the Canadian Forces: Doctrine*. Kingston: Canadian Defense Academy-Canadian Forces Leadership Institute.
10. Chief of Defence Staff. 2005. *Leadership in the Canadian Forces: Conceptual Foundations*. Kingston: Canadian Defense Academy-Canadian Forces Leadership Institute.
11. Cumming, A. *A Guide to Good Practice: elective services*. September 2005. National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. Llanharan, Wales.
<http://www.wales.nhs.uk/sites3/docopen.cfm?orgid=484&ID=46538&CE407F1E-0855-490E-96F9F9321A91DF6F> Accessed 051004
12. Davis, N. *Integrated Care Pathways: a guide to good practice*. September 2005. National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. Llanharan, Wales.
<http://www.wales.nhs.uk/sites3/docopen.cfm?orgid=484&ID=46539&EA5897F9-C863-4EF4-A3BFC9BE7C487F5F> Accessed 051004
13. Harvard Business Review.
 - a. Collins, J. *Level 5 Leadership: The Triumph of Humility and Fierce Resolve* July 2005
 - b. Drucker, P. *What Makes and Effective Executive* June 2004
 - c. *The High Performance Organization* July-August 2005 double issue
 - d. Katzenbach, JR and Smith, DK. *The Discipline of Teams* July 2005
 - e. Ready, D. *How to Grow Great Leaders* December 2004
 - f. Rooke, D and Torbert, W. *Seven Transformations of Leadership* April 2005
 - g. Zaleznick, A., *Managers and Leaders: are they different*. January 2004
14. Harvard Business Press:
 - a. *Harvard Business Essentials: Manager's Toolkit--The 13 Skills Managers Need to Succeed* 2004
 - b. *Managing Yourself Collection* January 2005
 - c. *Results Driven Management (11 volume set)*. March 2005
15. Healthcare Management Forum: All accessed 051005

- a. Spring 2005
http://www.cchse.org/Forum/Spring2005/F%20o%20r%20u%20m_Spring2005.pdf
 - b. Winter 2004
http://www.cchse.org/Forum/Winter2004/F%20o%20r%20u%20m_Winter2004.pdf
 - c. Fall 2004
http://www.cchse.org/Forum/Fall2004/F%20o%20r%20u%20m_Fall2004.pdf
 - d. Summer 2004
http://www.cchse.org/Forum/Summer2004/F%20o%20r%20u%20m_Summer2004.pdf
 - e. Spring 2004
http://www.cchse.org/Forum/Spring2004/F%20o%20r%20u%20m_Spring2004.pdf
16. Hospitals and Health Networks *Behavioral Competencies for Health Care Leaders* October 2005
http://www.aha.org/hhnmag/jsp/articledisplay.jsp?dcrpath=HHNMAG/PubsNews/Article/data/041005HHN_Online_Hutton&domain=HHNMAG Accessed 051005
17. JCAHO Ambulatory Care Leadership Standards
http://www.jcaho.org/accredited+organizations/ambulatory+care/standards/field+reviews/amb_ld_stdsfr.htm Accessed 051008
18. JCAHO Behavioral Health Care Leadership Standards
http://www.jcaho.org/accredited+organizations/behavioral+health+care/standards/field+reviews/07_bhc_ld_stds.pdf Accessed 051008
19. JCAHO Critical Access Hospitals Leadership Standards
http://www.jcaho.org/accredited+organizations/critical+access+hospitals/standards/field+reviews/07_cah_ld_stds.pdf Accessed 051008
20. JCAHO Home Care Leadership Standards
http://www.jcaho.com/accredited+organizations/home+care/standards/field+reviews/07_ome_ld_stds.pdf Accessed 051008
21. JCAHO Hospitals Leadership Standards
http://www.jcaho.com/accredited+organizations/hospitals/standards/field+reviews/07_hap_ld_stds.pdf Accessed 051008
22. JCAHO Laboratory Services Leadership Standards
http://www.jcaho.com/accredited+organizations/laboratory+services/standards/field+reviews/07_lab_ld_stds.pdf Accessed 051008

23. JCAHO Long Term Care Leadership Standards
http://www.jcaho.com/accredited+organizations/long+term+care/standards/field+reviews/07_ltc_ld_stds.pdf Accessed 051008
24. JCAHO Office Based Surgery Leadership Standards
http://www.jcaho.com/accredited+organizations/office+based+surgery/standards/field+reviews/07_obs_ld_stds.pdf Accessed 051008
25. Knowledge Management Network. BRINT Institute
<http://www.brint.com/contact.html>
26. Mayo, AJ & Nohria, N *In Their Time: the greatest business leaders of the twentieth century*. 2005. Boston: HBS Books
27. McKinsey Quarterly. *Leadership as the Starting Point of Strategy*. March 15th, 2005. McKinsey & Co.
28. Mintzberg, H.
 - a. *Competence and Skills*: <http://www.onepine.info/mod1b.htm>
 - b. *Conversation with the Ivey Business Journal* 2000
http://www.iveybusinessjournal.com/view_article.asp?intArticle_ID=256
 - c. *Managing Quietly*
<http://www.pfd.org/leaderbooks/121/spring99/mintzberg.html>
 - d. *Organizational Forms*. <http://ist-socrates.berkeley.edu/~fmb/articles/mintzberg/>
 - e. *Strategy Safari: a guided tour through the wilds of strategic management*. (with Ahlstrand, B and Lampel, J.) 1998 New York: The Free Press
29. National Centre for Healthcare Leadership. Leadership Development Programs.
<http://www.nchl.org/ns/programs/alpd.asp> Accessed 051006
30. Newland, Judith. *Leadership Task Force Report*. June 13th, 2005
31. Nursing Effectiveness, Utilization and Outcomes Research Unit. *Building the Future: an integrated strategy for nursing human resources in Canada*. Phase I Final Report May 2005. Nursing Sector Study Corporation: Ottawa
<http://www.buildingthefuture.ca/e/study/> Accessed 051006
32. Parks, SD. *Leadership Can be Taught: a bold approach for a complex world*. 2005. Boston: HBS Press
33. Romilly, Lorna. *Development of a Comprehensive Situational Analysis of Human Resource and Skill Needs of Canada's Health Executive/ Management Sector*. May 20th, 2005.

34. Royal Roads University: Graduate degree in Leadership: Health Emphasis. <http://www.royalroads.ca/programs/faculties-schools-centres/faculty-social-applied-sciences/leadership-studies/malt-hlth/health-curriculum.htm> Accessed 051011
35. *Summary Report National Stakeholders' Workshop: Human Resource Needs of Canada's Health Leadership and Management Sector*. March 23rd & 24th, 2005
36. Task Force Two: a physician human resource strategy for Canada. *Canada's Physician Workforce: occupational human resources, data assessment and trends analysis*. <http://www.physicianhr.ca/reports/OccHRReport-e.pdf> Accessed 051007

Appendix 2: Introductory Letter Sent to Identified Experts

Dear Colleague:

RE: Survey to Define Health Leaders & Managers in Canada

Recognizing that health care leaders and managers are responsible for ensuring access to safe, high quality care, and that a comprehensive strategy is required to address the issues and concerns facing the sector, the Canadian College of Health Service Executives (CCHSE), in partnership with the Canadian Academy of Executive Nurses (ACEN) and the Canadian Society of Physician Executives (CSPE), is investigating the feasibility of undertaking an in-depth study of health leaders and managers in Canada.

However, little information or data currently exists on how to define the sector. For example, reports estimate the number of healthcare leaders/managers to be anywhere from 20,000 to 90,000. Our initiative has resulted in defining, in general terms, that a health care leader/manager is *an individual who creates vision and goals, and mobilizes and manages resources to produce a service, change or product consistent with the vision and goals*. However, it is critical to identify much more precisely who should be included as part of the leadership cohort before the focus and scope of a sector study is determined.

To achieve this objective, a survey has been designed and will be distributed to key stakeholders, including yourself, who are considered to have knowledge and expertise about the sector. You will receive the survey on October 25th with a request to complete and return the questionnaire by November 1st. On November 17th, you will then receive the same survey a second time (showing everyone else's response to the first survey) with a request to return the completed questionnaire by November 24th. This will allow you an opportunity, should you wish to do so, to consider altering your original responses the second time round.

Would you please complete and return the surveys as quickly as possible when they arrive. Your opinion and input with regard to which groups you think should be included in the sector is critical to the process of proceeding with a study of health leaders and managers in Canada.

Attached for your information is a Briefing Note, which describes the purpose of the initiative in more detail. If you have any questions or would like additional information on the survey or the proposed study, do not hesitate to contact either myself or Annette Hewitt at CCHSE.

Your assistance and support in this endeavor is greatly appreciated.

Yours Sincerely,



Dr. John H. Hylton, FCCHSE
President & CEO

Annexe 3: Collecte de données

Le Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS), l'Academy of Canadian Executive Nurses (ACEN) et l'Association canadienne des médecins gestionnaires (ACMG) ont uni leurs efforts pour la tenue d'une étude exhaustive sur les besoins en ressources humaines de la santé (RHS) en commençant par la collecte de données et d'autres renseignements sur le personnel cadre du secteur de la santé au Canada. Financée par Développement des ressources humaines et des compétences Canada (DRHCC), cette étude vise à faire en sorte que nous ayons suffisamment de personnel cadre muni des bonnes compétences, au bon endroit et au bon moment, afin d'assurer la viabilité de notre système de santé et de l'améliorer.

Avant d'entreprendre cette étude, il convient d'obtenir un consensus au sujet de la population cible, c'est-à-dire : qui entre dans la catégorie du personnel cadre de la santé au Canada? C'est une question difficile dont la réponse comporte des ramifications complexes et coûteuses pour la tenue de l'étude.

Deux conférences ont eu lieu en 2005 pour aborder cette définition. Les résultats et un examen de la documentation pertinente ont servi à déterminer les choix exposés ci-dessous.

Instructions

Les attributs éventuels de la population cible de l'étude sur les RHS (« personnel cadre du secteur de la santé au Canada ») sont présentés sous la forme d'une série de questions auxquelles il suffit de répondre par **oui** ou par **non**. En somme, il s'agit de nous dire si, à votre avis, les personnes qui exercent les fonctions énumérées **devraient** ou **ne devraient pas** être incluses dans la population cible.

Le questionnaire est en format MSWord. Sauvegardez-le sur votre disque dur et vous pourrez y répondre à votre convenance. Cliquez sur « oui » ou sur « non » pour indiquer votre choix. Sauvegardez votre document et retournez-le en pièce jointe à un courriel. Si vous ne pouvez pas répondre au questionnaire à l'ordinateur, imprimez-le, remplissez-le et faites-le moi parvenir par télécopieur au numéro indiqué ci-dessous.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à m'envoyer un courriel ou à me téléphoner. Au nom des organismes parrains, je vous remercie de votre attention.

Lynn Curry, Ph.D.
CurryCorp Inc.
17, av. Oakland, Ottawa ON K1S 2T1
Téléphone : (613) 232-6708 Télécopieur : (613) 232-0038
Courriel : Lynn@CurryCorp.net www.CurryCorp.net

Parmi les sous-secteurs suivants, lesquels devraient être inclus dans l'étude sur le personnel cadre de la santé au Canada?

1. Systèmes de soins de santé financés à même les fonds publics : soins actifs, soins primaires, soins de longue durée, services de réadaptation oui non
2. Organismes de promotion de la santé et organisations de soins de santé intégrés oui non
3. Établissements d'enseignement supérieur oui non
4. Organismes de financement oui non
5. Associations, fondations ou autres organismes non gouvernementaux oui non
6. Services et organismes gouvernementaux responsables des soins de santé oui non
7. Fournisseurs de produits et services de santé oui non
8. Services de santé utilisant une approche non traditionnelle et non occidentale. oui non
9. Systèmes de soins de santé privés sans but lucratif oui non
10. Systèmes de soins de santé privés à but lucratif oui non

... suite

Quels sont les rôles que devrait englober la définition du « personnel cadre de la santé au Canada »?

11. Prestataires de soins directs oui non
12. Conseillers-cliniciens auprès des prestataires de soins directs oui non
13. Fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage) oui non
14. Superviseurs directs des prestataires de soins oui non
15. Superviseurs directs des fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage) oui non
16. Gestionnaires de programmes ou chefs de départements/divisions dont relèvent les unités de prestation de soins directs oui non
17. Gestionnaires de programmes ou chefs de départements/divisions dont relèvent les fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage) oui non
18. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des chefs de départements/divisions dont relèvent les unités de prestation de soins directs oui non
19. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des chefs de départements/divisions dont relèvent les fournisseurs de services, de ressources, de produits et d'instruments dont se servent les prestataires de soins directs (p. ex., TI, RH, nettoyage) oui non
20. Membres de l'équipe de dirigeants qui administrent les établissements offrant des soins directs oui non
21. Conseillers en matière d'administration, d'opérations ou de procédés auprès des dirigeants qui administrent les établissements offrant des soins directs oui non
- ... suite**
22. Membres du conseil d'administration des établissements offrant des soins directs oui non

23. Présidence du conseil d'administration des établissements offrant des soins directs oui non
24. Conseillers stratégiques auprès de la présidence et des membres du conseil d'administration et de l'équipe de dirigeants des établissements offrant des soins directs oui non
25. Chercheurs sur un aspect quelconque du système de soins de santé oui non
26. Personnes qui travaillent au sein d'organismes de financement de la recherche sur un aspect quelconque du système de soins de santé oui non
27. Personnes qui rédigent ou présentent des évaluations critiques sur un aspect quelconque du système de soins de santé oui non
28. Membres du personnel d'une agence ou d'un organisme chargé d'étudier ou d'étayer un aspect quelconque du système de soins de santé oui non
29. Membres d'un conseil ou d'un groupe de travail chargé d'étudier ou d'étayer un aspect quelconque du système de soins de santé oui non
30. Personnes qui font de la recherche fondamentale sur un aspect quelconque **d'un domaine scientifique** rattaché à la santé oui non
31. Membres du personnel des organisme de financement de la recherche sur un aspect quelconque d'un domaine scientifique rattaché à la santé oui non
32. Personnes qui rédigent ou présentent des évaluations critiques sur un aspect quelconque d'un domaine scientifique rattaché à la santé oui non
33. Membres du personnel de tous les paliers de gouvernement responsables d'un aspect quelconque de la prestation des services de santé oui non
34. Cadres supérieurs des autorités gouvernementales responsables d'un aspect quelconque de la prestation des services de santé oui non
35. Conseillers en matière de santé auprès des autorités gouvernementales oui non
36. Membres accrédités d'une profession de la santé offrant des services publics assurés (p. ex., médecine, soins infirmiers) oui non

... suite

37. Professionnels de la santé accrédités qui fournissent directement des services, des produits et des instruments de soins de santé (p. ex. les pharmaciens) oui
non
38. Membres accrédités d'une profession de la santé offrant des services publics non assurés (p. ex., dentisterie, physiothérapie, counselling) oui non
39. Gestionnaires accrédités de services de santé (p. ex., membres du CCDSS) oui
non
40. Détenteurs d'un diplôme universitaire en gestion de services de santé (p. ex., M. GSS) oui non
41. Gestionnaires accrédités dans certains autres domaines (p. ex., P. Eng) oui
non
42. Détenteurs d'un diplôme universitaire en gestion (p. ex., MBA) oui non
43. Hauts dirigeants des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé oui non
44. Membres du personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les prestataires de soins directs oui non
45. Membres du personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les gestionnaires des prestataires de soins directs oui non
46. Membres du personnel des sociétés qui fournissent des services, des produits et des instruments de soins de santé ayant des rapports avec les hauts dirigeants des établissements de soins de santé oui non
47. Personnes faisant partie de la structure de propriété d'un établissement ou d'une institution de services de santé **privée sans but lucratif** oui non
48. Personnes faisant partie de la structure de propriété d'un établissement ou d'une institution de services de santé **privée à but lucratif** oui non

Merci d'avoir répondu au sondage.
Veillez le sauvegarder et le retourner dès maintenant à :
Lynn@CurryCorp.net

Voilà une bonne chose de faite!

Appendix 4: Decision Results from Invited Experts

Which of the following sub-sectors should be included in a study of Canadian health care leaders and managers?

1. Publicly funded health care delivery systems: acute care, primary care, chronic care, rehabilitation. 55 oui 0 no 1 pas de réponse
2. Health promotion, health maintenance organizations.
55 oui 0 no 1 pas de réponse
3. Academic institutions 50 oui 5 no 1 pas de réponse
4. Funding agencies 44 oui 11 no 1 pas de réponse
5. Associations, foundations or other non-governmental organizations.
47 oui 8 no 1 pas de réponse
6. Government sections and agencies responsible for health care.
52 oui 3 no 1 pas de réponse
7. Health product and supply organizations. 6 oui 48 no 2 pas de réponse
8. Health care services using a non-Western traditional medicine paradigm.
25 oui 27 no 4 pas de réponse
9. Private, not-for-profit, health care delivery systems.
54 oui 1 no 1 pas de réponse
10. Private for profit health care delivery systems. 50 oui 5 no 1 pas de réponse

The definition of Canada’s health care leaders and managers must focus on which of the following roles?

People who:

- | | | | |
|--|--------|-------|------------------|
| 11. provide direct care | 11 oui | 43 no | 2 pas de réponse |
| 12. provide clinical consulting to those providing direct care. | 33 oui | 20 no | 3 pas de réponse |
| 13. provide services, resources, products, devices relied upon by those providing direct care (i.e. IT, HR, cleaning). | 12 oui | 43 no | 1 pas de réponse |
| 14. provide direct supervision to others who provide care. | 53 oui | 2 no | 1 pas de réponse |
| 15. provide direct supervision to those who provide services, resources, products, devices relied upon by direct care providers (i.e. IT, HR, cleaning). | 43 oui | 12 no | 1 pas de réponse |
| 16. are program managers or department/ division heads for units that provide direct care. | 53 oui | 2 no | 1 pas de réponse |
| 17. are program managers or department/ division heads for units that provide services, resources, products, devices relied upon by those providing direct care (i.e. IT, HR, cleaning). | 44 oui | 10 no | 2 pas de réponse |
| 18. provide administrative, operations or process consulting to department/ division heads for units that provide direct care. | 47 oui | 8 no | 1 pas de réponse |
| 19. provide administrative, operations or process consulting to department/ division heads for units that provide services, resources, products, devices relied upon by those providing direct care (i.e. IT, HR, cleaning). | 24 oui | 24 no | 8 pas de réponse |
| 20. work on the senior administrative team in institutions that provide direct care. | 52 oui | 1 no | 3 pas de réponse |
| 21. provide administrative, operations or process consulting to those who work on the senior administrative team in institutions that provide direct care. | 45 oui | 10 no | 1 pas de réponse |

22. are board members for institutions that provide direct care.
 34 oui 21 no 1 pas de réponse
23. chair the board at institutions that provide direct care. 37 oui 18 no 0 pas de réponse
24. provide strategic consulting to chairs, boards and senior management teams in institutions that provide direct care. 38 oui 16 no 2 pas de réponse
25. conduct research on any aspect of the health care system.
 21 oui 34 no 1 pas de réponse
26. work for organizations that fund research on any aspect of the health care system.
 11 oui 43 no 2 pas de réponse
27. write or present critical appraisals of any aspect of the health care system.
 19 oui 36 no 1 pas de réponse
28. work as staff for any agency or organization charged with studying or supporting any aspect of the health care system. 10 oui 35 no 1 pas de réponse
29. are board or task force members for any agency or organization charged with studying or supporting any aspect of the health care system.
 20 oui 35 no 1 pas de réponse
30. conduct basic research in **any aspect of science** relevant to health.
 2 oui 52 no 2 pas de réponse
31. work for organizations that fund research on any aspect of science relevant to health.
 8 oui 47 no 1 pas de réponse
32. write or present critical appraisals of any aspect of science relevant to health.
 9 oui 46 no 1 pas de réponse
33. works for any level of government with responsibility for any aspect of health care.
 12 oui 43 no 1 pas de réponse
34. works at senior levels of government with responsibility for any aspect of health care.
 51 oui 4 no 1 pas de réponse

35. advise government on health care matters. 45 oui 8 no 3 pas de réponse
36. are certified members of any health care profession providing publicly insured services (i.e. medicine, nursing). 18 oui 37 no 1 pas de réponse
37. are certified health professionals directly providing health related services, products and devices (i.e. pharmacists). 17 oui 38 no 1 pas de réponse
38. are certified members of any health care profession providing services not publicly insured (i.e. dentistry, physiotherapy, counselling).
 13 oui 42 no 1 pas de réponse
39. are certified health care managers (i.e. CCHSE). 51 oui 3 no 2 pas de réponse
40. possesses an academic degree in health management (i.e. MHSA).
 44 oui 10 no 2 pas de réponse
41. are certified managers in some other area (i.e. P. Eng).
 24 oui 28 no 4 pas de réponse
42. possess an academic degree in management (i.e. MBA).
 37 oui 16 no 3 pas de réponse
43. work at senior management levels for companies providing health related services, products and devices. 31 oui 23 no 2 pas de réponse
44. work for companies providing health related services, products and devices at the interface with direct health care providers. 3 oui 51 no 2 pas de réponse
45. work for companies providing health related services, products and devices at the interface with managers of direct health care providers.
 6 oui 48 no 2 pas de réponse
46. work for companies providing health related services, products and devices at the interface with senior leadership in health care institutions.
 26 oui 28 no 2 pas de réponse

47. are part of the ownership structure of in a **privately owned not-for-profit** health care institution or organization. 41 oui 13 no 2 pas de réponse
48. are part of the ownership structure of in a privately owned for-profit health care institution or organization. 39 oui 14 no 3 pas de réponse