



# TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ : ANALYSE DE LA LITTÉRATURE

Rapport de  
recherche,  
partie 1

Ce rapport a été rédigé par des experts indépendants, en collaboration avec le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Il vise à soutenir les travaux du CSBE sur la performance et la gouvernance du système de santé et de services sociaux du Québec. Le CSBE contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux.

### Édition

#### Commissaire à la santé et au bien-être

880, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40  
Québec (Québec) G1S 2L2  
Courriel : [csbe@csbe.gouv.qc.ca](mailto:csbe@csbe.gouv.qc.ca)

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être :

[www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca)

### En collaboration avec

Joanne Castonguay  
Commissaire à la santé et au bien-être

### Recherche et rédaction

Jean-Louis Denis  
Professeur au département de gestion, d'évaluation et de politiques en santé de l'École de santé publique, à l'Université de Montréal

Shoghig Téhinian  
Agente de recherche au département de gestion, d'évaluation et de politiques en santé de l'École de santé publique, à l'Université de Montréal

### Révision linguistique

Tradèm

### Graphisme

Pro-Actif

### Dépôt légal

ISBN : 978-2-550-93966-5

# TABLE DES MATIÈRES

---

## SOMMAIRE EXÉCUTIF 2

---

## INTRODUCTION 4

1. La problématique de la gouvernance dans les systèmes de santé 4
2. Objectifs et contenu du présent rapport 6

---

## MÉTHODOLOGIE 9

---

## 1. CONSIDÉRATIONS ANALYTIQUES POUR L'APPRÉCIATION DE LA GOUVERNANCE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ 10

- 1.1 Dimensions de la gouvernance 10
- 1.2 L'analyse diagnostique et prospective d'un système de gouvernance 12
- 1.3 Les enjeux associés au développement et au déploiement d'un système de gouvernance 20

---

## 2. LE PROCESSUS DE CHANGEMENT ET LES RISQUES ASSOCIÉS À LA TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE 26

---

## 3. SOMMAIRE SUR LA GESTION DES RISQUES ET LES MOTEURS DE TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE 30

---

## LISTE DES RÉFÉRENCES 33

# SOMMAIRE EXÉCUTIF

L'analyse de la littérature sur la gouvernance dans les systèmes de santé permet d'identifier les éléments stratégiques suivants :

- La nécessité de renforcer la transparence et la responsabilisation et de veiller à leur application pour les agents et les organisations par rapport aux résultats conséquents dans les systèmes de santé, et ce, par la transformation de sa gouvernance, est de plus en plus reconnue.
- Un système de gouvernance est composé d'une structure formelle et d'une culture de gouvernance.
- Si la structure formelle de gouvernance peut être transformée rapidement, la culture de gouvernance représente un changement en profondeur pour le système de santé et se réalise à long terme.
- L'alignement entre les deux composantes de la gouvernance (structure et culture) est crucial pour tirer le meilleur parti de la transformation du système de gouvernance.
- Un système de gouvernance performant s'appuie sur un ensemble de logiques d'action et de leviers visant à favoriser l'atteinte des résultats et une meilleure performance.
- Un système de gouvernance développe la capacité d'évaluer en continu les stratégies mises en place pour atteindre les résultats escomptés et pour apprécier l'alignement relatif entre la structure et la culture de gouvernance.
- Un système de gouvernance performant semble devoir définir un équilibre entre un ensemble de dualités, dont la centralisation-décentralisation, l'autonomie et la responsabilisation et l'incitation économique et les autres formes d'incitation, dont la reconnaissance.
- Une diversité de leviers peut être mobilisée pour influencer le comportement des agents (prestataires de soins et organisations de santé) en vue de favoriser l'atteinte des résultats. Les efforts de renouvellement de la gouvernance s'appuient entre autres sur une mobilisation accrue et en continu d'information et de connaissances pertinentes à des fins d'innovation et de régulation.
- L'innovation dans les politiques publiques et le développement de nouvelles capacités, dont celles associées au codéveloppement et à la cocréation, sont des éléments centraux du renouvellement de la gouvernance des systèmes de santé. Ils visent à soutenir en continu l'adaptation du système de santé et des politiques à l'évolution des besoins de la population et de l'environnement.

- Il importe de renouveler les processus de formulation des politiques, entre autres en renforçant le rôle des expérimentations à fort impact, ce qui permettra de mobiliser des acteurs influents et innovants dans le renouveau de la gouvernance.
- Ultimement, un système de gouvernance performant répond aux impératifs ou aux conjectures propres à un champ d'application (contexte) et conjugue différentes logiques d'action et différents leviers d'intervention.
- Le développement de nouvelles capacités, en l'occurrence les capacités de mobilisation, les capacités analytiques et les capacités opérationnelles, est indispensable au renouveau du système de gouvernance.
- L'importance de développer de nouvelles capacités et de transformer l'approche adoptée par les acteurs gouvernementaux de la gouvernance est centrale dans les projets de renouvellement de la gouvernance.

# INTRODUCTION

## 1. LA PROBLÉMATIQUE DE LA GOUVERNANCE DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

La question de la gouvernance est au centre des préoccupations des gouvernements qui cherchent à améliorer le fonctionnement des systèmes de santé et leurs résultats. Polin et al. (2021), dans une analyse des types de réformes entreprises dans une trentaine de compétences européennes avant la pandémie de COVID-19, ont conclu que la gouvernance figure au second rang des préoccupations des réformistes, suivant celles entourant les soins et services à assurer et les stratégies pour garantir une provision suffisante de ressources au système de santé. De plus, selon cette analyse, environ 50% des grandes initiatives de changement entreprises dans ces systèmes de santé sont initiées par des gouvernements centraux, montrant la détermination de ces derniers à intervenir pour améliorer le fonctionnement, l'efficacité et la viabilité de ces systèmes. Une partie des réformes entreprises en matière de gouvernance vise à modifier l'équilibre entre la centralisation/décentralisation dans un système donné et l'adoption de plans d'optimisation de la performance des différents secteurs de soins et de services, y compris une meilleure adaptation aux besoins de la population en matière de santé. Cet effort pour rééquilibrer les systèmes de santé souvent jugés trop centralisés ou insuffisamment coordonnés ou intégrés rejoint notre préoccupation pour le renouveau de la gouvernance. Comme nous le verrons dans notre analyse de la littérature sur le sujet, les réformes donnent lieu à la mobilisation de différents leviers pour développer une gouvernance orientée vers l'atteinte de résultats et favoriser des relations de confiance entre les différents paliers. Toujours selon cette analyse, les différentes compétences ne semblent pas suivre de direction commune pour renouveler la gouvernance du système de santé. Autrement dit, la recherche de modèles ou de solutions pour renouveler la gouvernance du système de santé doit aussi tenir compte de l'historique et du contexte propres à un système donné. Notre analyse de la littérature sur la transformation de la gouvernance a pour objectif d'identifier un ensemble d'enjeux et d'éléments dont il faut tenir compte dans le contexte précis d'un système de santé.

Les efforts pour renouveler la gouvernance des systèmes de santé ont notamment pris forme en réponse à différentes idéologies ou valeurs mises de l'avant par les réformateurs. Parmi les récentes approches adoptées pour réformer la gouvernance des systèmes de santé, trois éléments semblent se dégager : 1) la recherche d'un nouvel équilibre entre centralisation et décentralisation, certains systèmes optant pour la gouvernance active aux différents paliers d'intervention du système de santé et la valorisation du palier municipal. Il s'agit donc d'une gouvernance qui se fonde sur un rôle actif du central et des instances décentralisées; on parlera alors de gouvernance multipaliers (*multi-level governance*). D'autres systèmes misent sur une plus grande centralisation, parfois qualifiée de recentralisation de la gouvernance; 2) la valorisation d'une perspective corporative de la gouvernance fondée sur le rôle actif des gestionnaires ou décideurs aux différents paliers de gouvernance et la valorisation de leur imputabilité à l'égard d'objectifs de performance prédéfinis; et 3) l'adoption d'une approche néolibérale (aussi appelée «*économisation*») qui promeut un rôle minimal de l'état et la fonction de gouvernance et de gestion à de multiples parties prenantes dépassant largement les acteurs et organisations étatiques (Barker et Church, 2017; Barnett et al., 2009 sur le cas Nouvelle-Zélande et références croisées aux pays nordiques et à l'Écosse; Mattei et al., 2013 pour les cas du Danemark, de la Norvège et de la Finlande; Church et al., 2018 pour les cas du Royaume-Uni et du Canada; Polin et al., 2021). Ces différentes approches au renouvellement de la gouvernance peuvent se conjuguer dans un même système de santé et donner lieu à des politiques plus ou moins cohérentes en matière d'amélioration du système de santé. De plus, il serait simpliste de conclure que la place faite à des acteurs non étatiques dans le fonctionnement du système de santé et éventuellement dans sa gouvernance se résume à des politiques de minimisation ou de désengagement de l'État. Le courant de la gouvernance en réseau (*network governance*) qui s'est développé depuis une trentaine d'années reconnaît l'importance accrue d'acteurs non étatiques dans la résolution de problèmes collectifs importants (Sørensen, 2002; Bogasun et Musso, 2006). La pandémie de COVID-19 a permis aussi de rappeler l'importance de tels acteurs dans la recherche de solutions et la mitigation des risques et problèmes (Ansell, Sørensen et Torfing, 2022).

À première vue, ces différentes tendances font ressortir l'importance de bien doser ou moduler les changements sur le plan de la gouvernance et d'en apprécier les conséquences sur la performance du système de santé. Notre analyse vise justement à identifier les aspects critiques du renouveau des systèmes de gouvernance et à promouvoir une approche fondée sur les connaissances. Comme nous le verrons, il importe aussi d'apporter les ajustements nécessaires lorsque de telles réformes sont mises à l'épreuve des faits. Il y a des risques à transformer la gouvernance si les modèles adoptés ne sont pas suffisamment fondés sur les expériences et les connaissances disponibles et si leur adoption et leur implantation sont trop marquées par un sentiment d'urgence, par des effets tendanciels ou par des

idéologies singulières. Ces risques ont été qualifiés d'échecs d'imputabilité liés au renouvellement de la gouvernance (*accountability failure*) et peuvent avoir des conséquences dramatiques sur la qualité des soins et des services offerts à une population (Church et al., 2018). En fait, il importe de valoriser une conception plurielle de la gouvernance qui se fonde sur un assemblage cohérent et pertinent d'éléments se rapportant à différentes perspectives. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous discuterons, à la section 1, des logiques d'action qui structurent la gouvernance des systèmes et des organisations de santé.

Dans l'ensemble, viser la minimisation des risques et la maximisation des avantages en contexte de transformation de la gouvernance incite à promouvoir des approches qui visent à la fois à améliorer la réactivité du système de santé aux besoins de la population, à augmenter la confiance des patients et des citoyens à l'égard du système et à calibrer le degré d'autonomie des fournisseurs de soins et des organisations en fonction de leur capacité à se responsabiliser pour l'atteinte de résultats (Baker et MacIntosh-Murray, 2012 pour le cas d'ECFA en Ontario). Dans leur évolution, les systèmes de gouvernance doivent tenir compte de la capacité des agents à contribuer à l'atteinte des résultats souhaités (au sens de la relation principal-agent en théorie économique de l'organisation, Eisenhardt, 1989). Une telle proposition conduit à considérer la gouvernance clinique comme un ingrédient fondamental à tous efforts de renouvellement. La gouvernance clinique est associée à des politiques à l'échelle du système de santé qui favorisent l'atteinte des meilleurs résultats (*outcomes*) en fonction des connaissances et bonnes pratiques disponibles. Elle crée un contexte favorable pour permettre aux organisations et aux prestataires de soins et de services de développer les ressources, les compétences et le leadership nécessaires pour maximiser l'expérience-patient et les résultats (Berg et Black, 2014; Brown et al., 2012; Bohmer, 2011, Baker, Denis, Pomey et al., 2010; Baker, Denis, Grudniewicz et al., 2012; Carstensen et al., 2022; Nadeem et al., 2013; World Health Organization, 2018). L'analyse de la littérature que nous proposons sur la transformation des systèmes de gouvernance tourne autour du souci de favoriser la mise en place d'environnements propices à l'atteinte des meilleurs résultats tout en tenant compte des ressources disponibles.



## 2. OBJECTIFS ET CONTENU DU PRÉSENT RAPPORT

Ce rapport vise à identifier et à analyser les composantes d'un système de gouvernance et les enjeux associés à sa transformation. Plus précisément, il vise les quatre objectifs suivants :

1. Identifier les composantes d'un système de gouvernance afin de poser un diagnostic sur l'état actuel de la gouvernance du système de santé.
2. Identifier des zones stratégiques où investir pour penser et planifier la transformation de la gouvernance.
3. Démontrer l'importance du développement des capacités pour appuyer une gouvernance performante.
4. Discuter des changements d'orientation et de pratique pour le gouvernement chargé de piloter et d'implanter la transformation de la gouvernance.

Un système de gouvernance performant permet l'atteinte d'objectifs ou de cibles de résultats qui sont définis par les pouvoirs publics et qui ont une valeur ajoutée, notamment en matière d'amélioration de la santé de la population, de la qualité et de la sécurité des soins et des services, de l'utilisation efficiente des ressources et de la viabilité financière du système de services ou du caractère innovant du système de santé. Toute réflexion en matière de transformation d'un système de gouvernance implique au préalable de bien identifier les problèmes ou les situations qui justifient une telle transformation et les objectifs et cibles à atteindre. **Le pire scénario serait de ne pas résoudre les problèmes critiques et de ne pas atteindre les cibles ou d'empirer la situation à la suite d'une transformation inappropriée de la gouvernance. De façon positive, il importe de bien cibler les problèmes, les dysfonctionnements et les zones d'amélioration sur lesquels la gouvernance peut avoir un fort impact, et ainsi contribuer à optimiser la performance du système de santé.** L'analyse diagnostique du système de gouvernance en place et la préparation et la planification de la transformation (analyse prospective pour le design du nouveau système de gouvernance) sont donc des étapes incontournables de ce processus.

Les résultats de la transformation de la gouvernance peuvent être de nature intermédiaire ou proximale et de nature distale ou ultime. Les résultats intermédiaires portent sur des changements apportés au système d'action ciblé par la gouvernance. Les résultats distaux portent sur l'atteinte des objectifs substantifs ciblés par la gouvernance. En s'appuyant sur les travaux portant sur les résultats des réformes dans le domaine de la santé (Lazar, Forest, Church et al., 2013; Tuohy, 2018; Usher, Denis, Prével et al., 2020; Denis, Usher et Prével, 2022), quatre types de résultats peuvent être envisagés à la suite de la transformation de la gouvernance :

- a. Un changement dans les relations de pouvoir entre les acteurs, les organisations et l'autorité de gouvernance en place. Ce changement prend la forme d'un rééquilibrage des relations de pouvoir et des forces en jeu en faveur de l'exercice d'une nouvelle gouvernance. Par exemple, la manière dont s'exercent l'influence et la compétence médicales à l'échelle d'un secteur ou du système de santé pourrait s'appuyer sur des rôles ou des objectifs différents pour les acteurs médicaux. De même, réformer la gouvernance pourrait changer le rapport d'autorité entre les directions régionales d'un système de services de santé publique et le ministère d'un gouvernement. Enfin, les citoyens et patients partenaires pourraient aussi jouer un plus grand rôle dans les décisions portant sur l'orientation ou la gestion des soins ou du système de santé.
- b. Un changement dans les leviers d'influence, d'apprentissages et d'innovations en continu dans un secteur donné ou à l'échelle du système de santé. À terme, un tel résultat s'apparente à un système de santé apprenant. Nous avons discuté précédemment de la différenciation (prolifération) croissante des leviers pour exercer la gouvernance dans les systèmes de santé. Pour les acteurs concernés, la transformation de la gouvernance implique d'identifier et d'apprendre à utiliser de nouveaux leviers afin de modifier les dynamiques, les relations de pouvoir et les résultats qui président à l'évolution d'un système. Il importe de souligner à nouveau que les leviers peuvent consister en la mise en place de processus novateurs de recherche de solutions (p. ex., coproduction ou cocréation des politiques) qui visent à modifier les raisonnements, les comportements ou les pratiques des acteurs en vue d'objectifs préétablis.
- c. Un changement dans les *entitlements*, c'est-à-dire dans les attentes formulées par les différentes organisations et les différents acteurs concernés par un système, notamment les acteurs de la gouvernance. Ce type de résultats s'apparente aux changements de mentalités mentionnés précédemment. À titre illustratif, un changement de cette nature pourrait consister en l'adoption d'une logique assurantielle à la base des décisions et des interventions produites à l'intérieur du système public de santé. Cette logique assurantielle accorderait la primauté à une gestion active des risques dans l'allocation et l'utilisation des ressources. De même, une organisation des soins et services en

santé mentale fondée sur l'approche du rétablissement est associée à de nouveaux rôles et de nouvelles attentes de la part des prestataires et des bénéficiaires des soins et des services.

- d. Un changement dans les résultats obtenus et l'atteinte des résultats à la suite de la transformation de la gouvernance. Il s'agit ici de résultats qui portent sur les différentes dimensions de la création de valeur dans le système de santé.

Les changements aux résultats a), b) et c) déterminent en partie le degré d'atteinte des objectifs [d)], la raison d'être de la transformation de la gouvernance.

La mise en place d'un nouveau système de gouvernance représente en soi un projet de changement et de développement organisationnel à grande échelle pour le système de santé. Ces changements, s'ils sont fondés sur les connaissances disponibles et une analyse attentive du système actuel de gouvernance, et qu'ils donnent suite à une identification claire des limites de ce système, devraient, à terme, contribuer à l'atteinte des résultats et des cibles. Il importe aussi de souligner que tout nouveau système de gouvernance devra proposer une définition non seulement des objectifs et des cibles prioritaires, mais aussi des rôles et des responsabilités des paliers, des organisations et des prestataires de soins et de services dans l'atteinte de ces objectifs.

La première section aborde un ensemble d'éléments permettant à la fois d'apprécier l'état actuel d'un système de gouvernance et les enjeux associés à sa transformation. Y sont présentés des éléments de diagnostic pour caractériser un système de gouvernance et, le cas échéant, pour penser les rééquilibrages qui s'imposent et, ultimement, pour informer le design d'un nouveau système en cette matière. Dans la deuxième section, la question du processus de transformation d'un système de gouvernance et les risques associés à un tel effort de changement sont abordés explicitement. L'équilibre nécessaire entre un effort accru de mobilisation d'acteurs et d'organisations et un recours à des leviers forts pouvant inciter à de nouvelles formes de collaborations et d'engagement dans des expérimentations conséquentes et transformatives paraît crucial. Des sommaires sont présentés de façon à identifier les clefs d'application des différentes dimensions de la gouvernance et de sa transformation qui sont abordées. D'une section à l'autre, plusieurs éléments sont repris de façon à assurer une mise en cohérence des différents éléments et raisonnements. La troisième section présente de façon synthétique un ensemble d'enjeux associés à la transformation des systèmes de gouvernance. Ces enjeux appellent au développement de stratégies spécifiques et délibérées de manière à tirer meilleur parti de la transformation de la gouvernance.

Deux remarques préliminaires s'imposent. En premier lieu, nous tenons à souligner que la gouvernance du système de santé au Québec s'apparente à un système fortement institutionnalisé (Meyer, 2010) et, conséquemment, que sa transformation exige une gestion du changement et un effort de développement organisationnel à l'échelle du système de santé. C'est pourquoi nous insistons sur la temporalité longue des changements et des améliorations dans le système de santé et dans les systèmes de gouvernance. En second lieu, il importe de souligner que toute transformation de la gouvernance, comme il est discuté dans la section 1 du présent rapport, doit être précédée d'une analyse précise des situations problématiques ou des zones d'amélioration ciblées par cette transformation. Dans l'effort de diagnostic et le design d'un système de gouvernance, cette analyse, de même que la planification et l'évaluation, joue un rôle crucial dans le développement et la mise en œuvre de cette transformation. À terme, l'objectif est de développer et de consolider le système de gouvernance de manière à maximiser l'atteinte de résultats désirables et la création de valeurs à l'échelle du système de santé.

# MÉTHODOLOGIE

Notre analyse s'appuie sur une synthèse ciblée de la littérature sur la gouvernance, sur la transformation de la gouvernance dans des systèmes complexes et sur les tendances actuelles en matière de réforme de la gouvernance dans les systèmes de santé. Par synthèse ciblée, nous entendons une approche sélective de la littérature visant à repérer les grandes catégories, dimensions et idées permettant de mieux comprendre les enjeux de la gouvernance et de sa transformation dans les systèmes de santé (Young, 2004). Cette synthèse s'apparente à la méthodologie des synthèses critiques interprétatives développée par Dixon-Woods et al. (2006) dans le domaine de la recherche sur les systèmes et les organisations de santé. Ce type de synthèse ne vise pas l'exhaustivité des sources, mais bien une analyse approfondie et critique d'un ensemble plus limité de publications en vue d'obtenir une appréciation et une compréhension de travaux hétérogènes sur les plans de l'appartenance disciplinaire et des orientations théoriques et méthodologiques. La synthèse critique interprétative est une approche fondée sur le raisonnement, les connaissances et l'expérience d'auteurs et d'autrices avec un domaine donné. Elle est donc à la fois sélective et informée.

Dans le cadre de cette synthèse, nous nous sommes appuyés sur un ensemble de travaux, pour la plupart publiés dans des revues scientifiques dotées de comités de lecture (*révision par les pairs*) ou sur des ouvrages à portée académique publiés dans le domaine de la gouvernance. Nous avons porté une attention particulière aux thématiques ou domaines suivants : 1) la problématique de la gouvernance telle qu'elle est abordée dans les disciplines de l'organisation, de l'administration publique et des sciences politiques et, notamment, les travaux liés à la perspective institutionnelle, 2) la perspective d'analyse dite multi-niveau de la gouvernance, qui s'intéresse aux dynamiques et à la complémentarité entre différents paliers de décision et d'intervention dans différents secteurs des politiques, et 3) les travaux propres au domaine de la santé permettant de mieux comprendre, entre autres, les fondements sur les plans de l'expertise et de la compétence dans l'exercice de la gouvernance pour ce secteur. La contribution de la littérature dite grise (p. ex., rapports de politiques) est marginale dans la synthèse que nous présentons. Les recherches conduites pour identifier les sources mobilisées dans cette synthèse ont principalement suivi une logique de filiation (auteurs, autrices et ouvrages centraux dans le domaine et références croisées) et fondée sur l'expertise des auteurs et autrices. Plus précisément, les travaux se rapportant aux transformations et aux pilotages du changement dans des systèmes fortement institutionnalisés et professionnalisés, notamment les transformations sur le plan de la gouvernance, ont fait l'objet d'une attention particulière.

# 1. CONSIDÉRATIONS ANALYTIQUES POUR L'APPRÉCIATION DE LA GOUVERNANCE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

## 1.1 DIMENSIONS DE LA GOUVERNANCE

Les travaux sur la gouvernance ont connu un essor important dans les domaines de l'administration publique et des sciences sociales, et en particulier en sciences politiques (Fukuyama, 2016; Frederickson, 2005; Chhotray et al., 2009; Barbazza et al., 2014; Pyone et al., 2017) pour une revue des cadres de gouvernance et leur applicabilité aux systèmes de santé. Plus récemment, la notion de méta-gouvernance, qui traduit le pluralisme contemporain en matière de gouvernance (Gjaltema et al., 2020), suscite de l'intérêt. Une attention croissante est portée aussi aux liens entre la gouvernance et l'innovation sociale ou l'innovation dans les politiques (Massey et al., 2016). **La gouvernance est aussi représentée en tant que dynamique multipalier qui souligne les enjeux et les besoins d'articulation ou de cohérence entre des acteurs et des organisations situés à différents paliers d'un système comme celui de la santé** (Daniell et Kay, 2017; Enderlin et al., 2010; Allain-Dupré, 2020; Ongaro, 2020). Il ressort de ces travaux une grande convergence quant à la compréhension du rôle spécifique de la gouvernance dans les sociétés contemporaines. **La gouvernance vise à articuler un ensemble d'acteurs et d'organisations en situation de capacités distribuées en vue d'atteindre des objectifs jugés désirables sur le plan collectif. Ces travaux reconnaissent *de facto* les limites d'un mode de gouvernement qui serait principalement ou strictement hiérarchique.**

De façon schématique, les systèmes de gouvernance mis en place pour intervenir dans différents domaines des politiques publiques ou secteurs de la société (santé, environnement, éducation supérieure...) se structurent autour de deux grandes dimensions : **une dimension structurelle (ou configuration organisationnelle) et une dimension culturelle se rapportant aux mentalités** (ou configuration normative cognitive). Ces deux dimensions permettent et soutiennent l'exercice d'une autorité légitime en société sur un champ d'action donné. Elles doivent aussi faire l'objet d'une démarche d'analyse parallèle et intégrée, qu'il s'agisse d'apprécier le système de gouvernance en place d'où d'entreprendre une démarche visant sa transformation ou le design d'un nouveau système de gouvernance. L'attention est souvent portée sur la configuration structurelle des systèmes de gouvernance, et moins sur les aspects sociocognitifs, normatifs ou culturels. La configuration structurelle ou organisationnelle d'un système de gouvernance porte sur l'identification des rôles et des responsabilités formelles de gouvernance des acteurs et des organisations aux différents paliers du système de santé, aux ressources qui leur sont allouées pour exercer leurs responsabilités en matière de gouvernance et aux règles et normes qui les régissent. La configuration culturelle renvoie à la compréhension qu'ont les agents de l'ensemble des problèmes et des objectifs du système de santé autour desquels les régulations devront s'exercer et des finalités et priorités qui doivent trouver leur expression dans l'exercice de la gouvernance (p. ex., équité, viabilité). Elle véhicule la représentation qu'ont les acteurs du domaine ou du système d'action visé par l'exercice de la gouvernance (p. ex., le système de santé, le système de services de la santé publique) et du répertoire de solutions envisageables ou acceptables (p. ex., logiques d'action et leviers, degré de coercition des instruments mobilisés pour exercer une régulation, cible d'intervention [individu, groupe, organisation, communauté]). La culture de gouvernance en place représente la qualité normative de ce système et marque de façon importante les comportements des agents et des organisations (Olsen, 2001). Elle peut aussi être plus ou moins en synchronie ou en décalage avec les attentes formelles et l'exercice des rôles et des responsabilités définis par la configuration organisationnelle d'un système de gouvernance.

Cette distinction entre les arrangements structurels ou organisationnels, notamment les règles formelles, et les mentalités ou la culture de gouvernance est mentionnée dans de nombreux travaux (p. ex., Burns et Stöhr, 2011; Olsen, 2001; Page, 2015; Lounsbury et al. 2021), dont ceux portant sur l'analyse des changements organisationnels d'envergure (Powell, Brock et Hinings, 2012). **En fait, tout système de gouvernance se fonde sur la mise en place de multiples logiques d'action précises, logiques qui président aux comportements et aux pratiques des agents (acteurs) et des organisations dans un contexte donné** (Lounsbury et al., 2021; Rose et al., 2006; Ferlie et McGivern, 2014). Ainsi, l'exercice de la gouvernance vise à influencer ou à baliser les raisonnements, les comportements et les pratiques d'agents et d'organisations pour atteindre des buts sociétaux, ainsi qu'à constituer ou à mobiliser de nouveaux acteurs de la gouvernance dans un champ donné. La participation active de citoyens ou de patients partenaires dans des décisions portant sur les orientations du système de santé est un exemple d'entrée en scène de nouveaux acteurs (acteurs non-traditionnels des politiques) sur le plan de la gouvernance. **En ce sens, la gouvernance n'a pas pour seul rôle de résoudre des problèmes jugés importants à court terme puisqu'elle est aussi constitutive, de par son influence, du devenir du système de santé à moyen et long terme.**

## 1.2 L'ANALYSE DIAGNOSTIQUE ET PROSPECTIVE D'UN SYSTÈME DE GOUVERNANCE

L'analyse diagnostique (c.-à-d., l'appréciation de l'état actuel d'un système de gouvernance) et l'analyse prospective (c.-à-d., pour soutenir le design d'une transformation de la gouvernance) visent à maintenir la capacité d'un système de gouvernance à soutenir la mission et les grands objectifs d'un système de santé. Dans un premier temps, elles clarifient la configuration structurelle ou organisationnelle de ce système. Elles permettent d'identifier les rôles et les responsabilités reconnus aux agents ou aux organisations et de définir la distribution de l'autorité et les champs d'application de cette dernière. Dans un deuxième temps, elles ouvrent aussi la voie à la réflexion sur les logiques et les leviers utilisés pour intervenir dans un secteur donné et sur les capacités requises pour renouveler et exercer la gouvernance. Une attention particulière est aussi portée à la nature des relations entre acteurs et organisations dans un système d'action donné et aux implications pour l'exercice de la gouvernance. En pratique, tout système de gouvernance dépasse ou transcende sa structure (configuration) organisationnelle formelle et est influencé par un écosystème plus large dans lequel des sources concurrentes ou complémentaires d'autorité sont exercées – par exemple, le rôle des médias est reconnu comme exerçant



une influence sur les décisions publiques prises en matière de santé. Nous définissons ici un ensemble de questions à poser pour apprécier un système de gouvernance ou penser son éventuelle transformation.

Trois questions s'imposent pour apprécier la situation actuelle de la gouvernance en fonction des deux principales composantes d'un système de gouvernance (la structure organisationnelle et la structure cognitive ou les mentalités ou la culture de gouvernance). Ces questions sont reformulées pour soutenir la transformation éventuelle du système de gouvernance. En vue du diagnostic de la situation actuelle, la question suivante porte sur la structure du système de gouvernance :

- Comment la gouvernance du système de santé est-elle structurée ?

Et celles-ci, sur la culture du système de gouvernance :

- Quelles sont les logiques d'action qui sont valorisées et reconnues comme légitimes pour l'exercice de la gouvernance ?
- Quels sont les leviers qui sont valorisés et reconnus comme légitimes pour l'exercice de la gouvernance ?

Sur le plan de l'analyse prospective, ces mêmes questions servent à définir la nature des transformations qui pourraient s'opérer dans un système de gouvernance. Dans notre analyse de chacune de ces questions, nous allons nous référer à leur utilité pour penser la transformation d'un système de gouvernance.

Ces questions sont abordées individuellement dans les lignes qui suivent.

**Les réponses à ces questions permettent de mieux comprendre en quoi la gouvernance se structure d'une manière plus ou moins centralisée, s'appuie sur des instruments plus ou moins hiérarchiques, contractuels ou collaboratifs et se fonde sur une séparation plus ou moins grande (et une définition des rôles respectifs) entre les organisations prestataires de soins et de services et l'instance (et la pratique) de gouvernance du système de santé ainsi que sur l'imputabilité et la responsabilisation des prestataires et organisations jouant un rôle dans la gouvernance du système de santé.**

## 1.2.1 Comment la gouvernance du système de santé est-elle structurée ?

Les responsabilités peuvent se retrouver à différents paliers de gouvernance (notions de gouvernance multipalier ou multiniveau). Le gouvernement central ou le ministère d'un champ d'application national assumera toujours un rôle et des responsabilités dans la gouvernance du système de santé. Des instances intermédiaires (régions) ou locales (municipalités, organisations, réseaux locaux de soins), ou même l'ensemble ou un sous-ensemble de ces instances peuvent, selon le cas, assumer des rôles et des responsabilités en matière de gouvernance. Dans tout système de gouvernance, il importe de clarifier formellement et au mieux les rôles et les responsabilités de chacune de ces instances et les attentes à leur égard, notamment à des fins d'imputabilité. L'exercice de la gouvernance aux paliers intermédiaire et local peut être structuré à l'aide de conseils d'administration ou d'équipes de gestion ou de coordination. En Alberta, de telles équipes ont été créées pour coordonner les soins et les services à un niveau intermédiaire (voir le rapport sur l'expérience canadienne en matière de gouvernance). Dans des systèmes experts ou largement professionnalisés, comme celui de la santé, les collèges professionnels et les organismes d'accréditation jouent aussi un rôle dans la gouvernance afin d'assurer la qualité des expertises. De plus, l'analyse de la structure de gouvernance comprend aussi l'identification des principaux leviers qui sont mobilisés pour influencer le comportement des agents et l'orientation d'un système. Par exemple, les mécanismes courants d'allocation des ressources ou de paiement des ressources et les mécanismes de contrôle de la qualité font partie d'une analyse de la structure actuelle d'un système de gouvernance. Nous verrons aussi que l'usage routinier de certains leviers reflète et renforce la dimension culturelle ou les mentalités du système de gouvernance.

Enfin, tout système de gouvernance couvre un périmètre, c'est-à-dire un ensemble de domaines sur lesquels portera l'effort de pilotage et de régulation. Par exemple, un système de gouvernance peut couvrir ou non tout l'éventail de secteurs se rapportant aux soins et services de santé, dont les soins médicaux, le secteur hospitalier, la santé mentale, les soins à domicile, les soins de longue durée et la santé publique, sans prétendre à l'exhaustivité. Des responsabilités et des régimes d'imputabilité peuvent être définis pour répondre aux particularités de ces différents secteurs. Les décisions se rapportant au périmètre de la gouvernance sont critiques, puisqu'elles annoncent les efforts de pilotage ou de régulation qui seront à consentir et la capacité plus ou moins grande à atteindre les résultats souhaités. De plus, tout système de gouvernance sera appelé à dépasser ses frontières lorsqu'il s'agit de développer, par exemple, des partenariats avec des acteurs non-traditionnels des politiques et externes. Les actions intersectorielles sont un exemple où des instances de gouvernance peuvent, par des partenariats avec d'autres secteurs, investir des domaines qui dépassent leur périmètre habituel.

## 1.2.2 Quelles sont les logiques d'action qui sont valorisées et reconnues comme légitimes pour l'exercice de la gouvernance ?

En s'inspirant des travaux sur les logiques institutionnelles, les logiques d'action associées et valorisées par un système de gouvernance correspondent à des valeurs et à des orientations précises que portent différents groupes d'acteurs au sein du système de santé et qui structurent leurs comportements (adapté de Contandriopoulos, 2008). À première vue, les logiques d'action que nous allons décrire seraient naturellement associées à des leviers d'intervention précis. Par exemple, la logique marchande privilégierait des leviers de type incitation économique. Même si une telle relation peut être établie, il importe de distinguer les logiques d'action valorisées par un système de gouvernance des leviers mobilisés pour influencer le comportement des agents. Par exemple, un incitatif économique (p. ex., changement du mode de paiement de la ressource médicale) peut être mobilisé pour valoriser le renouveau du professionnalisme médical.

Nous allons maintenant décrire, une à une, différentes logiques d'action.

La **logique managériale et technocratique**, qui conjugue à la fois la prise en compte des impératifs fonctionnels des organisations et du système de santé, l'application d'expertise et la mobilisation d'informations pour analyser et rendre compte des comportements et des pratiques des acteurs en fonction de buts ou d'objectifs prédéfinis.

La **logique professionnelle fondée sur l'autonomie**, le contrôle par les pairs et l'application de savoirs précis et spécialisés dont ils ont le monopole.

La **logique marchande**, qui mise sur les dynamiques de marché, les intérêts d'acteurs individuels ou corporatifs privés et la concurrence pour dynamiser le système de santé.

La **logique politique ou démocratique**, qui donne une voie aux citoyens et à la société civile par différents mécanismes consultatifs ou électoraux dans la gouvernance du système de santé.

De façon distincte, quatre logiques qui structurent *de facto* les systèmes et les organisations de santé, dont **le monde du curatif (cure)**, **le monde du soin (care)**, **le monde de la communauté**, et **le monde du contrôle** (Glouberman et Mintzberg, 2001).

La **logique de la communauté**, qui s'apparente à une logique démocratique portée par le système de gouvernance et à la notion de *stewardship* développée par l'OMS (Saltman et Ferroussier-Davis, 2000).

**La logique de *stewardship***, qui porte une attention particulière aux **rôles de gouvernements responsables dans la préservation, dans la viabilité et dans les institutions ayant un rôle fondamental pour le développement de la société** (Meyer, 2010).

Il ne s'agit pas de définir irrévocablement et exhaustivement la pluralité des logiques qui peuvent être portées et activées par un système de gouvernance. Ici, il suffit de retenir que tout système de gouvernance valorisera plus ou moins explicitement, et selon une pondération variable, une diversité de logiques d'action permettant de soutenir et d'orienter le comportement des acteurs et des organisations dans un champ donné. Ces logiques sont conséquentes et façonnent à terme le devenir d'un système comme celui de la santé (Lounsbury et al., 2021). En fait, toutes ces logiques sont essentielles au bon fonctionnement de la gouvernance du système de santé. Elles sont actualisées dans le contexte d'un système de santé par le recours à différents leviers visant à influencer concrètement les raisonnements, les comportements et les pratiques des agents et des organisations. Elles constituent aussi les fondements culturels (configuration sociocognitive et mentalité) qui marquent le système de gouvernance et les pratiques de gouvernance en vigueur. Les logiques d'action conditionnent la manière dont le contrôle, l'autonomie et la responsabilisation sont comprises dans un système donné. Elles influencent aussi les types de connaissances et d'expertise qui seront mobilisés et valorisés dans l'exercice de la gouvernance. La question de la mobilisation des connaissances scientifiques dans l'exercice de la gouvernance croise plusieurs de ces logiques, notamment la logique professionnelle et la logique dite technocratique. Il importe aussi de retenir que ces différentes logiques sont des idéaux types et que concrètement, ces logiques se conjuguent à l'intérieur d'un système de gouvernance. La participation de leaders cliniques dans des rôles de gouvernance pour mieux intégrer et réconcilier les logiques technocratiques et professionnelles en est un exemple de plus en plus répandu. Tout est question d'équilibre sur le plan de l'expression des différentes logiques de manière à reconnaître le rôle des connaissances et des expertises précises portées par celles-ci dans l'exercice de la gouvernance.

### 1.2.3 Quels sont les leviers qui sont valorisés et reconnus comme légitimes pour l'exercice de la gouvernance ?

Les logiques d'action portées par le système de gouvernance sont activées et influencent le comportement des agents et des organisations par l'intermédiaire de différents leviers, plus généralement appelés instruments des politiques. Les leviers sont les stratégies ou les moyens concrets déployés par un système de gouvernance pour intervenir sur les comportements des agents et des organisations jouant un rôle critique dans le fonctionnement et dans la performance d'un système donné (p. ex., système de santé, éducation supérieure, système de justice) (Capano et Howlett, 2020). **Les leviers ont une dimension technique, c'est-à-dire qu'ils visent par la mobilisation de connaissances et d'évidences à influencer ou à modifier de façon rationnelle ou délibérée le comportement d'agents ou d'organisations. Les leviers ont aussi une dimension sociale** puisqu'ils organisent les relations sociales entre l'État et les organisations et les agents visés par la gouvernance (Le Galès, 2011). Par exemple, le recours à des contrats d'objectifs et de performance organise un rapport entre les prestataires de soins et l'État « décentralisée », par rapport à une relation strictement hiérarchique.

Conséquemment, les leviers retenus pour exercer la gouvernance ne sont pas neutres et finiront par avoir un impact sur l'avenir du système de santé. À titre illustratif, le recours au contrat pour encadrer les échanges entre le gouvernement et des prestataires privés dans le domaine de la santé influencera la représentation qu'auront d'eux-mêmes les prestataires de soins (p. ex., médecins entrepreneurs) et le secteur d'activités visé (p. ex., un secteur privé à but lucratif dans le domaine de l'hébergement légitimé par contrat a des conséquences sur la manière dont ces soins et services sont considérés comme étant plus ou moins intégrés au périmètre du système public de santé). De même, le recours à l'autorité hiérarchique va influencer la compréhension qu'ont les acteurs et les organisations de leurs responsabilités. Il ne s'agit pas ici de prendre position en faveur de leviers ou de stratégies particulières, mais bien de souligner que la prolifération des leviers qui sont mobilisés dans les systèmes de gouvernance contemporains est associée à la reconnaissance accrue du rôle d'acteurs non étatiques dans l'exercice de la régulation d'un secteur donné (Salamon, 2002). De même que la mobilisation d'une multitude de logiques d'action, un système de gouvernance performant doit reposer sur un ensemble de leviers ou de stratégies permettant de tenir compte des particularités des différents secteurs d'activités.

L'analyse d'un système de gouvernance fondée sur les leviers (stratégies ou instruments des politiques selon la discipline) qu'il mobilise a connu un essor important depuis trois décennies (Salamon, 2000; Schneider et Ingram, 1990; Lascoumes et Le Galès, 2007; Le Galès, 2011; Le Galès, 2016; Capano et Howlett, 2020 pour une analyse récente des travaux sur les instruments des politiques). Ces travaux se penchent non seulement sur les propriétés de chacun des leviers et leurs conditions d'effectivité, mais aussi aux effets de différentes combinaisons de leviers sur la gouvernance et la performance d'un secteur. Plusieurs typologies des leviers (instruments des politiques) ont été développées (Hood, 1983; Schneider et Ingram, 1990; Salamon, 2002), mais nous n'en ferons pas un traitement exhaustif. Par contre, il importe de souligner quelques distinctions dans les types de leviers (instruments des politiques) : 1) les instruments peuvent être de **nature procédurale**, visant entre autres à mobiliser les acteurs ou à les coopter pour élucider des préférences ou rechercher une solution en vue d'atteindre les résultats visés (*learning tools* de Schneider et Ingram, 1990) ou de **nature substantive** lorsqu'ils visent à modifier les comportements d'agents ou d'organisations ou à intervenir directement en vue de mieux les aligner avec les objectifs poursuivis par le système de gouvernance (Capano et Howlett, 2020); 2) les instruments de **nature substantive** peuvent être assortis de contraintes législatives ou réglementaires et passibles de sanctions en cas de non-conformité (*authority tools*, au sens de Schneider et Ingram, 1990), ou comporter des éléments incitatifs signalant clairement aux agents et aux organisations l'avantage de se conformer à un comportement ou s'appuyant sur des instruments habilitants comme le développement des capacités pour modifier les prédispositions des agents et des organisations et leur faciliter l'adoption de certains comportements, certaines pratiques ou certains raisonnements (adapté de Schneider et Ingram, 1990).

Récemment, le rôle des organisations en tant que leviers pour influencer les comportements des agents (Denis et Forest, 2012; Denis, Côté-Boileau et Badr, à paraître; Shortell et Addicott, 2016) dans le domaine de la santé a fait l'objet d'une attention croissante. Cet intérêt s'appuie sur la reconnaissance du rôle important que jouent les systèmes de prestation de services (*service delivery*) dans la capacité des réformes et des politiques publiques à atteindre leurs objectifs (Andrews et al., 2019; Cloutier, Denis, Langley et al., 2015; Pollitt et Bouckaert, 2017) et à suffisamment s'adapter à l'évolution des contingences et des besoins (Amalberti et al., 2016; Ham, Berwick et Dixon, 2016). Concrètement, **il s'agit ici de mobiliser de nouvelles formes organisationnelles**, notamment les **réseaux stratégiques cliniques de soins et de services, les organisations de soins ou de santé imputables** et les **systèmes de santé apprenants** pour bonifier la performance et favoriser l'implantation, à grande échelle, d'innovations majeures dans la prestation des soins et des services et des logiques qui président à l'utilisation des ressources. Denis, Côté-Boileau et Badr (à paraître) ont analysé le potentiel et les limites de ces trois formes organisationnelles

à partir d'une revue interprétative des études sur le sujet. Il ressort de cette analyse un ensemble d'enjeux dans le recours aux **organisations comme leviers ou stratégies** :

1. L'importance d'un dialogue accru entre le gouvernement (les décideurs publics et les *policy makers*) et les leaders cliniques et managériaux responsables des organisations de soins et de santé pour renforcer la faisabilité, l'effectivité et l'acceptabilité des politiques.
2. La mobilisation d'innovations organisationnelles à grande échelle pour améliorer le système de santé commande un développement de capacités à tous les niveaux de gouvernance ou d'intervention d'un système.
3. L'importance de créer de nouveaux rôles (p. ex., des acheteurs de soins ou de services, l'équivalent des *commissionners* du NHS au Royaume-Uni, chefs de l'information, médecins-gestionnaires, responsables de la mobilisation des patients et des citoyens, responsables de la performance clinique, *data scientists*) pour tirer meilleur parti de ces nouvelles formes organisationnelles.
4. L'importance de développer en continu des stratégies de mobilisation des connaissances et d'informations comparées sur la performance et de recourir à des leviers qui créent un juste équilibre entre la contrainte et l'habilitation des agents et des organisations.

L'identification et la sélection de formes (innovations) organisationnelles relèvent du système de gouvernance et impliquent des investissements sur le plan des capacités, et ce, autant pour le design de ces formes organisationnelles que pour l'appui à leur implantation et à leur évaluation.

Il importe aussi de souligner que tous les leviers portent une représentation plus ou moins explicite du problème à résoudre (p. ex., la criminalisation des jeunes contrevenants par rapport à l'appui à l'intégration sociale des jeunes). Essentiellement, les leviers sont aussi un instrument de pouvoir visant à mieux contrôler une situation jugée problématique et, en ce sens, ils doivent faire l'objet d'une surveillance attentive pour en comprendre les effets anticipés et non anticipés. À titre illustratif, des leviers coercitifs peuvent contraindre les agents ou les organisations à court terme, mais négliger l'inclusion de nouveaux acteurs pouvant contribuer à une meilleure régulation et l'habilitation d'acteurs ou organisations jouant un rôle critique dans un secteur donné. **Idéalement, la mise en place d'un système de gouvernance s'accompagnera donc d'un exercice de réflexivité où les acteurs de la gouvernance seront appelés à mobiliser des leviers pour agir tout en appréciant de façon continue les conséquences de leurs interventions. Une telle vigilance à l'égard de tout système de gouvernance reconnaît la marge de manœuvre qu'ont les agents et les organisations lorsqu'ils interprètent les contraintes ou signaux véhiculés par les différents leviers, les logiques d'action et les objectifs et cibles qui sont privilégiés, se**

**familiarisent avec eux et s'en accommodent.** La réaction des agents et des organisations aux différents leviers (contrats, incitatifs, informations, etc.) est conditionnée par :

1. la configuration organisationnelle et normative cognitive qui guide les raisonnements, les comportements et les pratiques usuelles des agents et des organisations. Un système de gouvernance donné peut, au gré de son évolution, avoir privilégié un registre particulier de leviers, ce qui peut rendre difficile la mobilisation de nouvelles stratégies. La question du financement des ressources associées à l'atteinte de résultats et les règles d'imputabilité qui peuvent en découler représente vraisemblablement un changement culturel important en matière de gouvernance du système de santé;
2. les capacités et les caractéristiques des acteurs en question qui modulent leurs comportements, entre autres. Cette question, qui est à la base des relations entre mandants et mandataires dans un système de gouvernance, est abordée plus loin. À cet égard, une des responsabilités du système de gouvernance est de faire un diagnostic des capacités existantes ou des capacités requises advenant une transformation de la gouvernance et de développer une planification conséquente à cet égard.

Il importe aussi de reconnaître l'imperfection inhérente des leviers et stratégies, lesquels peuvent produire des effets attendus ou inattendus ou en deçà des objectifs poursuivis. L'effet des leviers est en partie déterminé par le contexte dans lequel les agents évoluent. À cet égard, les dilemmes et les anomalies auxquels les agents et les organisations concernés font face en raison de l'application concrète de certains leviers ou stratégies sont des sources importantes d'information pour l'exercice de la gouvernance (Bevir et Waring, 2017).

En tenant compte de ces différentes considérations, il est probable que tout système de gouvernance s'appuie à la fois sur la multiplicité de logiques d'action et sur la diversité des leviers de manière à favoriser les équilibres requis pour l'exercice d'une gouvernance performante. La transformation d'un système de gouvernance va donc nécessiter un diagnostic ou un état de situation sur les équilibres en place et les rééquilibrages à faire pour modifier ce système dans le sens voulu. En réponse à des problèmes ou à des vulnérabilités persistantes du système de santé, il est probable qu'un renouveau dans le processus de formulation des politiques soit nécessaire. Les leviers de type procéduraux propices au codéveloppement des politiques peuvent s'avérer essentiels et représentent aussi un changement culturel en matière de gouvernance.



## 1.3 LES ENJEUX ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT ET AU DÉPLOIEMENT D'UN SYSTÈME DE GOUVERNANCE

Cette description des deux grandes dimensions de la gouvernance (configuration organisationnelle et configuration normative cognitive ou culturelle) permet de relever des enjeux propres à tous les systèmes de gouvernance en action :

1. **Les limites d'une approche strictement structurelle de transformation de la gouvernance.** La structure de gouvernance adoptée (configuration organisationnelle) ne représente qu'un aspect de la gouvernance d'un domaine ou secteur. Le système de règles que porte la structure de gouvernance peut s'apprécier selon cinq critères : clarté, pertinence, rigueur, adaptabilité, cohérence et potentiel de conformité dans l'application (Olsen, 2001).
2. **L'importance des transformations culturelles dans le renouveau de la gouvernance.** La culture (configuration normative cognitive de la gouvernance) joue un rôle crucial dans le façonnement des comportements et des pratiques de gouvernance. Un changement de structure, voire d'acteurs de la gouvernance, peut être limité dans son apport à l'atteinte des résultats si les mentalités portées par les acteurs de ce système et les pratiques usuelles auxquelles ils adhèrent sont peu alignées avec les finalités et les buts poursuivis. Par exemple, la priorisation d'un objectif d'amélioration de la qualité pour le système de santé peut être détournée par des acteurs de la gouvernance qui auraient pour habitude de favoriser la production de volumes de soins et services. Une gouvernance performante devrait être en mesure de prévenir de tels risques.
3. **L'importance de l'alignement structure-culture dans le renforcement de la gouvernance.** Toute transformation d'un système de gouvernance doit porter une attention particulière au degré d'alignement entre la configuration organisationnelle et la configuration normative cognitive de ce système. La question des ressources et des capacités pour développer, soutenir et renforcer cet alignement est cruciale.
4. **L'importance de développer différents types de capacités pour soutenir la transformation de la gouvernance.** Les capacités des politiques (*policy capacity*) se retrouvent au niveau des individus, organisations ou systèmes de santé et ont une incidence forte sur les capacités de gouvernance (Wu et al., 2015). Elles comprennent des capacités analytiques qui s'apparentent à la gestion de l'information et des connaissances, des capacités opérationnelles qui consistent en

une capacité organisationnelle retrouvée parmi les différents paliers de gouvernance pour mener à bien les différents dossiers et exercer concrètement les régulations qui s'imposent et les capacités politiques, que l'on qualifie aussi de capacités de mobilisation, qui permettent de développer l'appui et l'engagement de différents acteurs à activer une gouvernance renouvelée créatrice de valeurs (Wu et al., 2015). De telles capacités sont considérées comme importantes dans la réponse des gouvernements et des systèmes de santé à la pandémie (Capano et al., 2020). Dans notre analyse du rôle des capacités des politiques dans les réformes des systèmes de santé au Canada (Denis, Usher et Prével, 2022), il est apparu que la vision qu'ont les leaders gouvernementaux du processus de formulation des politiques influence le développement et la mobilisation des capacités. Historiquement, par exemple, des gouvernements plus progressistes ont eu tendance à privilégier un processus plus ouvert de formulation des politiques et à bénéficier de l'apport important de différents groupes. Des modes étendus de consultation ont favorisé une mobilisation diversifiée d'acteurs de la société civile et ont eu un impact sur les capacités analytiques et de mobilisation. De leur côté, des gouvernements engagés dans une logique de minimisation du rôle de l'État auraient tendance à se replier sur un cercle étroit de conseillers, à minimiser l'exploration d'options diversifiées et à maximiser l'exploitation de solutions ou perspectives préconçues ou prédéterminées (Denis, Usher et Prével, 2022). Il paraît nécessaire de poser un diagnostic attentif des capacités pour attester du potentiel du système de gouvernance ou pour établir une gouvernance renouvelée à valeur ajoutée.

Plus précisément, les capacités analytiques du domaine de la santé se sont fortement développées dans les années 1990 et ont permis d'identifier clairement des vulnérabilités et des alignements déficients entre l'allocation des ressources dans le système de santé et les priorités émergentes des besoins de la population en matière de santé (Denis, Usher et Prével, 2022). Ces capacités analytiques n'ont cependant pas réussi à créer des conditions propices à la réalisation de réformes en profondeur du système et se sont ensuite contractées avec le désintérêt des gouvernements pour une analyse sophistiquée et pluraliste d'options réformistes. **De plus, des capacités analytiques et opérationnelles ont été développées au sein de nombreux systèmes de santé, sous la forme d'agences dédiées à la qualité et à la sécurité des soins, pour pallier certaines vulnérabilités du système de santé sans nécessairement entreprendre des réformes de grande ampleur, jugées trop risquées.** Tout grand projet de renouveau de la gouvernance peut se frapper à de fortes oppositions, d'où l'importance de bien outiller les acteurs et les organisations responsables de mettre en œuvre un tel changement sur le plan opérationnel. Depuis plus de quinze ans, l'intérêt croissant pour l'expansion des capacités analytiques par le développement de bases de données et de capacités d'exploitation

de ces données montre qu'il s'agit d'un ingrédient essentiel pour le renouveau de la gouvernance. Dans l'ensemble, les trois types de capacités des politiques se développent et s'influencent mutuellement, donnant le ton aux transformations sans nécessairement qu'elles fonctionnent tangiblement en synchronie.

**5. Le développement du leadership pour soutenir la transformation de la gouvernance.** Sur le plan des capacités, la question du leadership individuel exercé par certaines figures dominantes de la scène politique ou des politiques est importante. Par exemple, des leaders qui conjuguent à la fois une expérience de l'appareil gouvernemental et du politique avec une expérience profonde des politiques de santé ou de l'organisation du système de santé peuvent être un atout. L'analyse du leadership (Denis et Usher, *à paraître*; Denis, Côté et Côté-Boileau, *à paraître*) dans les organisations contemporaines et les grands systèmes de services ou secteurs des politiques montre l'importance de concevoir le leadership non pas uniquement comme un attribut des individus, mais aussi comme un phénomène relationnel où il s'agit de favoriser le développement d'un collectif de leaders, et ce, aux différents paliers de gouvernance. On parlera alors d'un leadership à la fois collectif et distribué. L'attention portée au leadership dans le développement des capacités est cruciale et s'apparente à une gestion de portefeuille en bourse. Il s'agit ici de se demander de façon délibérée si la configuration de leadership en place incorpore l'ensemble des sources d'expertise, d'influence et de légitimité pour mener à bien le projet de renouveau de la gouvernance (Denis et al., 2001). Dans le domaine de la santé, ce leadership collectif et distribué doit impérativement intégrer des expertises sur les plans des politiques, de la gestion et de la clinique et créer une synergie entre ces différentes formes d'expertise. Au-delà de l'expertise, il y a aussi la question de la capacité d'influence qui rejoint, entre autres, la question de la coproduction ou de la cocréation des politiques. Plus précisément, il s'agit non seulement d'accroître la capacité d'une coalition sûre, mais aussi d'intégrer à cette coalition de nouvelles voies ou positions qui contribuent à renouveler la gouvernance, par exemple dans le rôle des patients partenaires et des acteurs de la société civile.

L'analyse du leadership dans les réformes en santé (Denis et Usher, *à paraître*) indique que les leaders sont fortement influencés dans leurs actions par un ensemble de facteurs contextuels distaux et proximaux. Tout en reconnaissant bien l'importance du leadership, il importe de porter attention aux limites structurelles qui contraignent le renouveau du système de santé au fil du temps. Le leadership (l'agencéité d'acteurs dans des positions formelles d'autorité ou des positions informelles d'influence) ne peut suffire à transcender à lui seul les contraintes imposées par un système fortement institutionnalisé. **Le jeu des forces politiques à travers les différentes réformes ne semble pas avoir été suffisant pour transcender ces limites structurelles** (Usher, Denis, Prével et al., 2021).

6. **L'écart entre la composante structurelle et la composante culturelle des systèmes de gouvernance.** Il est probable que l'alignement entre la configuration organisationnelle et la configuration normative cognitive soit en décalage en raison des évolutions et des temporalités différentes entre ces deux dimensions du système de gouvernance. Concrètement, il est beaucoup plus facile dans le système de santé de modifier des structures organisationnelles (p. ex., des instances de gouvernance telles que la création ou l'abolition des instances régionales) que de transformer les mentalités et les raisonnements des acteurs, raisonnements et mentalités qui président à l'utilisation qu'ils font des ressources et aux modes de coordination qu'ils établissent entre eux.

De plus, un système de gouvernance est en soi un exercice d'intégration politique visant à agencer des organisations et des acteurs aux valeurs, aux préférences, aux représentations et aux intérêts potentiellement divergents (Olsen, 2001; Burns et Stöhr, 2011). Les logiques d'action qui soutiennent l'exercice de la gouvernance, mentionnées précédemment, sont en soi un objet de controverse potentiel entre les acteurs et les organisations concernés. Du point de vue des acteurs, ces logiques d'action représentent des modalités plus ou moins appropriées d'exercice de la gouvernance. Elles ont aussi un rôle plus ou moins prédominant dans les différents modèles de gouvernance retrouvée dans la littérature (Ferlie, Musselin et Andresani, 2008; Pollitt et Bouckaert, 2017). Les états contemporains, en particulier les démocraties libérales, ont fortement tendance à adopter des modèles de plus en plus diversifiés de gouvernance fondés sur le recours à une diversité de leviers pour opérer les régulations (orienter les comportements dans le sens souhaité) jugées nécessaires (Salamon, 2002; Le Galès, 2011). La question de la cohérence des différents leviers mobilisés pour favoriser l'atteinte des objectifs est cruciale. Elle suppose une coordination des différents acteurs de la gouvernance de manière à ce que les lois et les réglementations offrent un contexte favorable à l'innovation et l'amélioration des performances. Les autres leviers doivent être appréciés en fonction de leur contribution potentielle à l'atteinte des objectifs de résultats du système.

En ce sens, le système de gouvernance se structure autour d'une multiplicité de logiques d'action et de leviers pour exercer des régulations dans un champ donné. Dans le domaine de la santé, la question de l'équilibre entre, d'un côté, les logiques managériales et technocratiques et de l'autre, la logique professionnelle, a largement influencé les développements en matière de gouvernance. La question de la place des logiques démocratiques et de la participation des citoyens et des patients dans la gouvernance du système de santé est une préoccupation de longue date et suscite actuellement un regain important d'intérêt pour dynamiser et recentrer la gouvernance des systèmes de santé autour de la création de valeur.

La diversité des logiques d'action et des leviers de la gouvernance signifie que toute entreprise visant à renouveler la gouvernance pourra être soutenue ou contestée par les acteurs ou les organisations concernés (Olsen, 2001; Burns et Stöhr, 2011). De plus, le degré d'intégration souhaité (coordination, interdépendance) pourra varier d'un sous-secteur à l'autre d'un même système (p. ex., santé mentale, soins à domicile, soins spécialisés) et pourrait répondre à différentes logiques sur le plan de la gouvernance (Olsen, 2001). À cet égard, **la définition du périmètre ou du champ d'application de la gouvernance** doit être considérée lors de la mise en place d'un système de gouvernance et au vu de ses effets sur la cohérence d'ensemble des politiques et du système de santé. Par exemple, le système de gouvernance proposé incorpore-t-il aussi des régulations et des formes d'incitation à la production des soins et des services médicaux ou à la profession médicale?

7. **La conformité des acteurs et des organisations aux objectifs et mission d'un système.** Tout arrangement en matière de gouvernance reconnaît des rôles, des responsabilités et des moyens d'action à différents agents et différentes organisations. Ces arrangements visent à envoyer des signaux à des acteurs ou à des organisations en faveur de l'atteinte de résultats collectivement jugés souhaitables. **Deux registres de conformité des comportements des acteurs et des organisations avec les objectifs promulgués par la gouvernance** sont identifiés : la réaction des agents et des organisations devant des formes d'incitation financière (recherche de performance systémique au sens d'Olsen, 2001) et l'adhésion des agents ou des organisations aux objectifs du système comme résultat d'un apprentissage ou d'une socialisation, d'une coproduction des normes et politiques ou d'une internalisation de règles et valeurs (notion d'intégration normative au sens d'Olsen, 2001). Ce deuxième registre de conformité reconnaît aussi l'importance des phénomènes identitaires dans la structuration des capacités de gouvernance.

Ainsi, tout système de gouvernance porte plus ou moins explicitement une représentation des nouveaux rôles qui doivent se développer au sein du système (p. ex., médecins gestionnaires, experts de l'information clinique [Ferlie et McGivern, 2015]). Ces considérations suggèrent que tout système de gouvernance doit reconnaître **l'importance de l'engagement moral des acteurs à bien faire et, ainsi, les limites d'une approche strictement utilitariste où les agents et les organisations visent à atteindre des objectifs uniquement pour des bénéfices personnels.** À cet égard, le système de gouvernance vise aussi à nourrir la motivation intrinsèque des agents. Enfin, la gouvernance est affaire de délibération entre les acteurs c.-à-d. ces derniers se socialisent à différentes logiques d'action, aux attentes et au sens à donner aux responsabilités qui leur sont conférées au moyen d'interactions et de délibérations qu'ils ont avec d'autres en contexte. À cet égard, les régimes d'imputabilité structurés

autour d'une reddition de compte pluriannuelle et *a posteriori* pourraient favoriser une plus grande atteinte des résultats fondée, entre autres, sur l'internalisation des normes et des objectifs et la compréhension partagée chez les différents acteurs. Il est convenu que la conformité des agents aux attentes exprimées par un système de gouvernance qui serait uniquement fonction d'un calcul rationnel conduit à une capacité de gouvernance faible et peu institutionnalisée.

8. **La reconnaissance explicite de l'interdépendance entre acteurs et organisations d'un système.** Tout système de gouvernance vise une **meilleure coordination et une reconnaissance explicite de l'interdépendance entre agents et organisations**. Pour les institutionnalistes, cette recherche d'une meilleure coordination ou d'un meilleur agencement des acteurs et organisations est en soi un acte d'intégration politique. Il y a un risque dans tout système de gouvernance d'une tension entre la poursuite d'un meilleur agencement des acteurs et des organisations et le besoin de favoriser en continu l'adaptation et l'innovation du système de gouvernance et du système à réguler. Une telle considération s'apparente au dilemme classique en analyse organisationnelle entre la différenciation et l'intégration (Olsen, 2001; Lawrence et Lorsch, 1967; Toubiana et al., 2017). Autrement dit, le système de gouvernance qui favorise trop la différenciation aux dépens de l'intégration limite l'émergence d'une gouvernance efficace. Le système de gouvernance serait ainsi limité dans son développement par des variations locales excessives (adapté de Page, 2015). Par opposition, le système de gouvernance qui privilégie l'uniformité aux dépens de l'adaptation et de l'innovation à des contextes variables limite la performance du système de santé. Il y a donc un équilibre à créer entre ces deux forces en apparence contradictoires que sont la différenciation et l'intégration dans tout système de gouvernance. Pour résoudre cette tension, le système de gouvernance peut s'appuyer sur un ensemble raisonné de logiques d'action distinctes et de leviers visant à créer un équilibre entre, d'un côté, l'uniformité et, de l'autre, une variation productive.
9. **L'aspect dynamique et évolutif de tout système de gouvernance.** Le système de gouvernance, comme tous systèmes complexes, tend vers des équilibres non stationnaires c.-à-d. qu'il est continuellement sollicité par de nouvelles idées, catégories (p. ex., la création de valeur) et technologies qui transforment ou bouleversent potentiellement le système en place. Cette dynamique d'innovation favorise la compréhension d'un système de gouvernance comme étant aussi le résultat d'un ensemble de propriétés émergentes (p. ex., une culture ou des mentalités centrées sur la création de valeur) et de fonctions émergentes (p. ex., une gestion de la performance orientée vers la création de valeur) qui prennent forme au fil du temps, au gré des interactions entre les agents et les organisations et entre le système

de gouvernance et l'environnement dans lequel il prend forme (adapté de Page, 2015). Ainsi, un nouveau système de gouvernance ne consiste pas en l'application d'un design immuable, mais bien en la mise en place d'un pilotage du système de santé vivant qui sera lui-même appelé à se transformer et à s'adapter.

L'évolution du système de gouvernance, comme tout système, est sujette à l'influence d'un ensemble de conditions initiales et de normes ou de structures qui ont pris forme (p. ex., un système de santé hospitalo-centrique) et qui contraignent l'émergence de nouvelles propriétés ou fonctions (voir, entre autres, les mécanismes de renforcement en faveur de l'inertie identifiés par Pierson [2000] dans son modèle de *path dependency*). Selon ce modèle, les institutions tendent à favoriser un retour croissant sur l'investissement, c.-à-d. des avantages pour différents acteurs au maintien des politiques publiques en place. Pour contrecarrer une telle dynamique conservatrice, quatre facteurs sont identifiés par Pierson (2000) : a) la reconnaissance d'une faible performance des politiques à résoudre des situations jugées problématiques, b) un changement dans le pouvoir politique ou coalition dirigeante, c) les bénéfices attendus de la réorientation des politiques et d) des changements dans les valeurs sociales et les attentes. Retenons qu'un projet de changement de la gouvernance pour le système de santé doit composer avec les mentalités, les comportements et les structures fortement institutionnalisés qui maintiennent les politiques en place. Un tel impératif souligne l'importance de réconcilier les fonctionnements et les règles bureaucratiques en vigueur avec les logiques entrepreneuriales ou d'innovation dans des organisations ou systèmes complexes (Arena et Uhl-Bien, 2016). De plus, tout système de gouvernance doit s'adapter pour maîtriser les innovations qui émergent et qui ne sont pas nécessairement sous son contrôle ou son initiative. Le système de gouvernance doit donc mettre à profit non seulement une stratégie de mobilisation des connaissances, mais aussi une stratégie de mobilisation des innovations et de mise à l'échelle, lorsque ces dernières représentent des solutions plausibles et adaptées.

## 2. LE PROCESSUS DE CHANGEMENT ET LES RISQUES ASSOCIÉS À LA TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE

Cette section discute des moteurs de transformation et des risques associés à un tel processus. Elle présente la nécessité de porter une attention particulière aux forces facilitantes et limitatives de changement et à l'importance de mettre en place une stratégie de gestion des risques au moment de planifier la transformation de la gouvernance. La troisième section présente un sommaire des moteurs et éléments de gestion des risques associés à la transformation de la gouvernance.

Un ensemble de forces conditionne la capacité à transformer la gouvernance d'un système de santé. Ces forces peuvent représenter des risques qui doivent être gérés délibérément et faire partie du processus de planification du changement ou des occasions à mettre à profit. L'environnement, tel que représenté par de nombreux travaux dans le domaine de la stratégie (Chaffee, 1985; Ferlie et Ongaro, 2015; Minzberg et al., 2020), exerce une pression pour renouveler ou actualiser les systèmes de gouvernance. À l'intérieur de l'environnement, les idées, les catégories et les techniques se diffusent selon des temporalités et des rythmes plus ou moins prévisibles qui ont un effet sur la performance de la gouvernance. La question des données pour informer la prise de décision en santé est un exemple frappant de tendances techniques et scientifiques dans l'environnement qui incitent à un renouveau de la gouvernance et accorde une place importante à la logique managériale ou technocratique. Ces tendances peuvent être de nature politique, économique ou culturelle, dont entre autres la valorisation des ressources humaines dans un monde où différents secteurs sont en concurrence pour une main-d'œuvre qualifiée, la valorisation de la participation des patients et des citoyens



dans les décisions publiques ou d'organisation du système de santé et l'offre de soins et services sécurisés sur le plan culturel. Les tendances dans l'environnement peuvent envoyer des signaux en faveur de l'innovation. Elles exercent aussi une pression sur les acteurs et les organisations qui seront de ce fait considérés plus ou moins légitimes pour revendiquer des développements ou se prévaloir d'occasions (Powell et Di Maggio, 2012).

**En fait, l'environnement est source d'une sélection compétitive entre les organisations et les systèmes sur le plan de l'acquisition des ressources et des occasions de développement.**

Une autre force transformatrice se retrouve à l'intérieur même du système de gouvernance et du système faisant l'objet de régulations, soit les acteurs-agents et leur capacité d'action (Emirbayer et Mische, 1998; Garud et al., 2007). Ces agents sont parfois considérés comme des agents de changement ou des entrepreneurs institutionnels et s'éloignent par leurs idées, leurs comportements et leurs pratiques des empreintes institutionnelles qui caractérisent le système de gouvernance en place (Battilana et al., 2009; Tuohy, 2018). Par exemple, la profession médicale et ses instances représentatives sont souvent définies d'empreinte institutionnelle lourde qui limite les marges de manœuvre pour le changement (Denis, Germain, Régis et al., 2022). Toutefois, des leaders de la profession médicale peuvent s'engager dans des visions et des idées qui sont porteuses de changement (p. ex., nouveaux rôles pour les médecins dans l'organisation des soins et des services, valorisation de nouveaux régimes d'imputabilité à l'égard de la profession) (Olsen, 2001). Il ne s'agit que d'un exemple; retenons que des entrepreneurs institutionnels vont œuvrer à transformer le système de gouvernance par la promotion de nouvelles idées, catégories et techniques susceptibles de contribuer à son renouvellement (Tuohy, 2018).

La question du pouvoir est aussi reconnue comme un moteur ou un frein aux transformations d'un système de gouvernance. Une distinction est faite dans la littérature contemporaine entre le pouvoir comme une force mobilisée pour orienter le comportement d'autrui ou une force constituée par la collaboration entre des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, de manière à atteindre des objectifs communs. Les travaux actuels sur la coproduction et la cocréation dans le domaine public ont entre autres pour objet de mieux comprendre le potentiel d'une gouvernance collaborative pour renouveler l'action publique (Ansell et Gash, 2008; Ansell et Torfing, 2021; Torfing, Sørensen et Røiseland, 2019). Ces travaux situent le potentiel de renouveau de l'action publique entre les limites imposées par des systèmes devenus rigides par excès de bureaucratie et la nouvelle gestion publique, qui porte peu attention au développement de nouvelles capacités d'action parmi des acteurs aux compétences différenciées et distribuées.

Cinq changements de l'action publique favoriseraient l'émergence de nouvelles capacités d'action sur le plan collectif, ces capacités étant considérées comme des précurseurs d'une plus grande capacité d'innover dans les politiques publiques ou dans le secteur public. Ces changements sont :

1. Le passage de régimes d'imputabilité hiérarchique à une imputabilité fondée sur la confiance et l'expertise et l'autonomie professionnelle;
2. Le passage d'une logique à court terme à une logique d'efficacité à long terme fondée sur la réalisation d'expérimentations d'envergure et la négociation de la prise de risques entre des acteurs et des organisations aux compétences distribuées;
3. La mobilisation de l'information et des systèmes d'information pour soutenir cette projection sur l'intervention publique à long terme;
4. Le rôle accru des professionnels comme médiateurs entre l'administration et les citoyens;
5. L'importance accrue accordée à la légitimité d'une diversité des apports dans la conception des politiques.

Dans l'ensemble, en prolongement d'un intérêt croissant pour les modes de gouvernance en réseau, ces travaux sur la coproduction et la cocréation des politiques valorisent l'importance de créer de nouvelles capacités d'action en mobilisant systématiquement la contribution d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux selon une logique de responsabilité collective et de gouvernance collaborative. Des changements doivent être apportés au mode usuel de pilotage des politiques pour rendre possible une mobilisation systématique à grande échelle des acteurs provenant de mondes différents, mais interpellés par le devenir du système de santé. À cet égard, et par extension, les travaux sur la résistance productive dans les organisations (Courpasson, 2011, 2016; Courpasson et al., 2012; Denis et Côté, 2020) peuvent permettre de mieux comprendre les conditions selon lesquelles une participation élargie d'acteurs aux points de vue potentiellement divergents ou différents peut prendre forme et contribuer à des politiques publiques plus efficaces.

Une telle perspective de renouveau de l'action publique insiste sur l'importance de sortir d'une logique de confrontation entre des acteurs enclins à appuyer le changement et des acteurs réfractaires aux changements. Elle vise à transcender une telle polarisation et à mettre en place des conditions, et donc les leviers et les stratégies, qui vont favoriser le caractère inclusif et pluraliste des politiques au maximum et, de ce fait, à favoriser l'émergence d'un pouvoir avec les autres. Par ricochet, plus le système de gouvernance sera consolidé, fondé et appuyé par une large coalition d'acteurs, plus il sera en mesure d'exercer une influence légitime

sur les comportements et les pratiques des agents et des organisations, notamment sur ceux qui s'opposent ouvertement ou qui sont peu enclins à contribuer au projet de transformation.

Le pouvoir exercé à l'interne par un système de gouvernance (et aussi pour sa transformation) ne repose pas uniquement sur les intérêts, les préférences et les valeurs des acteurs, mais aussi sur la délégation à des systèmes de connaissances et des instruments des politiques ou de pilotage qui permettent la mobilisation d'acteurs traditionnels et non traditionnels des politiques. Tout système de gouvernance implique une reconnaissance active des connaissances requises et imbriquées dans des instruments de pilotage propices à la transformation des comportements des agents et des organisations. Les stratégies d'acquisition, d'application et de diffusion des connaissances sont inhérentes à l'exercice de la gouvernance (Ferlie et McGivern, 2015). Les systèmes de connaissances et les instruments des politiques participent à la modification du système de gouvernance et transforment les régulations exercées auprès des agents et des organisations.

Comme il est souligné précédemment, la transformation significative de la gouvernance ne peut s'opérer sans un certain niveau de conflits, de controverses et de contestations (Burns et Stöhr, 2011). L'intérêt pour la coproduction ou le codéveloppement des politiques ne s'apparente pas à une lecture idéaliste de la situation faisant fi des controverses inéluctables dans tout ambitieux projet de changement. Il importe, malgré les tensions engendrées par de telles situations, de développer des stratégies délibérées (leviers) pour maximiser l'implication des acteurs et leurs apprentissages et, à terme, modifier les relations qu'ils entretiennent entre eux. Il paraît essentiel de maintenir la capacité à collaborer avec des acteurs moins enclins à s'engager ou à reconnaître le bien-fondé d'un projet de transformation de la gouvernance, surtout parce que certains groupes maîtrisent des éléments de solutions aux problèmes ou vulnérabilités persistants du système de santé.

Le leadership des décideurs publics et gouvernementaux dans le renouveau des processus de formulation des politiques paraît ici crucial. Enfin, certains groupes peuvent exercer une influence marquée sur l'évolution de la gouvernance d'un système de santé. Par exemple, Hassenteufel et Genieys (2021) suggèrent que dans certains contextes, des élites programmatiques puissent contrôler les processus de formulation des politiques au sein du gouvernement. Ces élites peuvent être plus ou moins favorables au changement et à l'innovation. Elles influencent la lecture qui sera faite des problèmes prioritaires et des solutions acceptables ou légitimes. Des changements importants de mentalité au sein de l'appareil gouvernemental peuvent donc être nécessaires. Il y a dans tout processus de transformation de la gouvernance des forces de changement et des forces d'inertie. Les forces décrites précédemment (environnement,

agencéité, pouvoir et connaissances) se conjuguent pour plus ou moins favoriser le changement. Nous avons aussi souligné que les instruments et les connaissances imbriquées dans ces derniers représentent une force d'intervention puissante pour transformer progressivement les mentalités et les comportements des acteurs. Ces leviers, comme il est mentionné précédemment, peuvent être de nature processuelle en mettant en place des innovations dans la formulation et les processus de mise en œuvre et d'évaluation des politiques ou être de nature substantive.

À plusieurs reprises, nous avons insisté sur le double changement de la structure et des mentalités propres à un système de gouvernance, sur les temporalités variables de ces changements et sur le degré variable d'alignement entre ces deux dimensions de la gouvernance. Le changement d'un système de gouvernance représente immanquablement une certaine continuité avec les institutions, les régulations, les mentalités et les pratiques en place. Ces sources de continuité (ou d'inertie) favorisent un changement dont la réalité s'apparente souvent à un compromis c.-à-d. une forme d'hybridation des logiques passées et celles portées par le changement. Les formes dites hybrides peuvent perdurer et conjuguent plus ou moins délibérément le passé, l'actuel et le souhaité (Denis et al., 2015). **Il importe de prévoir la surveillance (rôle des connaissances) de l'évolution de la transformation de la gouvernance – cette surveillance peut prendre la forme d'une évaluation développementale pour favoriser des apprentissages et des ajustements continuels en cours de route** (Patton, 2016a, 2016b).

# 3. SOMMAIRE SUR LA GESTION DES RISQUES ET LES MOTEURS DE TRANSFORMATION DE LA GOUVERNANCE

Un ensemble de considérations ont été faites dans les sections précédentes pour soutenir le développement d'une stratégie pour la mise en place de la transformation du système de gouvernance. **Ces considérations conduisent à identifier un ensemble d'éléments critiques à considérer lors du développement et de la mise en place de la stratégie de transformation de la gouvernance :**

- Les systèmes de gouvernance se structurent autour de deux dimensions : la configuration structurelle ou organisationnelle et la configuration cognitive normative, appelée configuration culturelle aux fins de cette analyse. Un changement de système de gouvernance implique la transformation de ces deux configurations et le développement de stratégies coordonnées entre ces deux composantes fondamentales de la gouvernance.
- Le plan de mise en œuvre de la transformation doit clairement prévoir les changements optimaux à apporter en regard de la structure actuelle du système de gouvernance et ceux qui doivent prendre forme au regard de la culture de gouvernance ou des mentalités.
- Les changements à soutenir sur les plans des mentalités ou de la culture de gouvernance sont cruciaux puisqu'ils conditionnent la propension à mobiliser et l'acceptabilité de nouveaux leviers d'intervention en matière de gouvernance. Ils ouvrent aussi la voie au renouveau des processus de formulation des politiques (coproduction ou codéveloppement) en favorisant des approches innovantes sur ce plan.

- La planification de la transformation du système de gouvernance suppose d'articuler des stratégies de mise en œuvre qui suivent des temporalités différentes. Ainsi, la modification de la structure du système de gouvernance peut être relativement radicale et s'opérer à court terme en mobilisant les leviers législatif et réglementaire. Le changement de mentalité ou de culture de la gouvernance commande une longue temporalité fondée sur une stratégie permettant aux acteurs d'acquérir de nouvelles connaissances et prédispositions, de faire l'expérience de nouveaux leviers dont les processus collaboratifs de développement des politiques et d'approcher entre autres la transformation de la gouvernance par le développement et la mise en œuvre d'expérimentations à fort impact en concertation avec des acteurs clefs et influents de la gouvernance. Les deux dimensions de la gouvernance (configuration structurelle ou organisationnelle et configuration cognitive normative [culture de gouvernance]) ne se transforment donc pas au même rythme et commandent des capacités différentes pour gérer ces multiples transformations. L'alignement entre ces deux configurations est particulièrement problématique en période de renouveau de la gouvernance et nécessite une surveillance précise afin d'opérer les ajustements requis. La planification de la transformation de la gouvernance ne peut donc faire l'économie d'une stratégie ciblée de développement des capacités, d'identification et de test au concret de nouveaux leviers et d'une stratégie d'innovation menant à la conduite d'expérimentations conséquentes. Ces différentes stratégies visent à soutenir un meilleur alignement des deux configurations de la gouvernance;
- La transformation de la gouvernance implique nécessairement le développement d'une cartographie des différents détenteurs d'enjeux et acteurs concernés par ce changement. Cette cartographie doit s'accompagner d'une stratégie de mobilisation de ces derniers en soutien à la gouvernance. À cet égard, les processus de coproduction ou de codéveloppement des politiques représentent une stratégie plausible pour l'atteinte d'objectifs à la fois relationnels (une mobilisation en faveur du changement) et substantifs (une atteinte des objectifs de résultats et des cibles). Autrement dit, le processus de changement de la gouvernance et les paramètres du nouveau système de gouvernance qui seront mis en place feront nécessairement l'objet de contestation ou controverse. Des stratégies sont à prévoir pour accommoder ces oppositions et assurer un pluralisme constructif dans l'exercice de la nouvelle gouvernance. Gérer le processus de changement suppose une gestion délibérée de ces risques de blocage.

- Tout (nouveau) système de gouvernance a des propriétés et fonctions émergentes. Il se consolide à travers le temps, et le design initial représente une proposition appelée à évoluer au gré des expériences et des apprentissages. La stratégie adoptée pour le développement et la mise en place du nouveau système de gouvernance doit donc être adaptative et faire l'objet d'une surveillance et d'une évaluation continues. Des capacités analytiques (méthodologiques et informationnelles) doivent être disponibles pour assurer ces types de surveillance et d'évaluation.
- Nous avons souligné dans la section 1 que la gouvernance vise l'adhésion des acteurs et des organisations aux buts et aux objectifs de résultats poursuivis collectivement. Deux registres de conformité sont en jeu pour rendre compte de l'alignement des acteurs et organisations avec les objectifs poursuivis collectivement : un registre calculateur et un registre moral. Le système de gouvernance est considéré comme faible si les raisonnements et les comportements des acteurs sont instruits principalement par la contrainte et le calcul utilitariste. Par contre, le système de gouvernance performant crée tout vraisemblablement un équilibre entre la contrainte et l'encouragement positif. La planification de la transformation du système de gouvernance se doit de prendre en compte le besoin d'un équilibre entre ces deux registres de conformité et son implication pour l'identification et l'utilisation de différents leviers.
- Nous avons aussi souligné que tout système de gouvernance aspire à renforcer la coordination et le sentiment d'interdépendance entre acteurs et organisations (particulièrement dans un système aux capacités distribuées comme celui de la santé). Un équilibre est à faire entre la différenciation des composantes d'un système (variations locales) et l'ambition de coordination et d'intégration à l'échelle de ce système. Une trop forte pression à l'intégration peut favoriser la standardisation excessive aux dépens de l'innovation et de l'adaptation continue aux contextes locaux. La planification de la transformation du système de gouvernance porte une attention particulière à ce qui doit être centralisé et ce qui revient à des instances décentralisées ou acteurs locaux pour le bon fonctionnement du système de santé.

En conclusion, il y a un ensemble de risques à gérer pour réussir la transformation du système de gouvernance. Ces risques représentent tout autant d'occasions d'apporter des changements à fort impact dans la gouvernance du système de santé. Ils commandent le développement et la mise en place d'une stratégie à multiples composantes et le développement d'un ensemble de capacités pour la soutenir.

# LISTE DES RÉFÉRENCES

- Allain-Dupré, D. (2020). The multi-level governance imperative. *The British Journal of Politics and International Relations*, 22(4), 800-808.
- Amalberti, R., Nicklin, W. et Braithwaite, J. (2016). Preparing national health systems to cope with the impending tsunami of ageing and its associated complexities : Towards more sustainable health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(3), 412-414. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw021>
- Andrews, R., Beynon, M. J. et McDermott, A. (2019). Configurations of new public management reforms and the efficiency, effectiveness and equity of public healthcare systems : A fuzzy-set qualitative comparative analysis. *Public Management Review*, 21(8), 1236-1260. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1561927>
- Ansell, C. et Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.
- Ansell, C. et Torfing, J. (2021). Co-creation : The new kid on the block in public governance. *Policy & Politics*, 49(2), 211-230.
- Ansell, C., Sørensen, E. et Torfing, J. (2021). The COVID-19 pandemic as a game changer for public administration and leadership? The need for robust governance responses to turbulent problems. *Public Management Review*, 23(7), 949-960.
- Arena, M. J. et Uhl-Bien, M. (2016). Complexity leadership theory : Shifting from human capital to social capital. *People and Strategy*, 39(2), 22.
- Baker, G. R. (2008). *High Performing Healthcare Systems : Delivering Quality by Design*. Longwoods Publishing Corporation. <https://books.google.ca/books?id=HbhBMQAACAAJ>
- Baker, G. R. et MacIntosh-Murray, A. (2012). Governance for quality and patient safety : The impact of the Ontario Excellent Care for All Act, 2010. *Healthcare Quarterly*, 15, 44-50.
- Baker, G. R., Denis, J. L., Pomey, M. P. et MacIntosh-Murray, A. (2010). Designing effective governance for quality and safety in Canadian healthcare. *Healthcare Quarterly*, 13(1), 38-45.
- Baker, G. R., Denis, J. L., Grudniewicz, A. et Black, C. (2012). Fraser Health : Exploring a model of clinical care management systems. *Canadian Foundation for Healthcare Improvement*.
- Barker, P. et Church, J. (2017). Revisiting health regionalization in Canada : More bark than bite? *International Journal of Health Services*, 47(2), 333-351.



- Barbazza, E. et Tello, J. E. (2014). A review of health governance : Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*, 116(1), 1-11.
- Barnett, P., Tenbensen, T., Cumming, J., Clayden, C., Ashton, T., Pledger, M. et Burnette, M. (2009). Implementing new modes of governance in the New Zealand health system : An empirical study. *Health Policy*, 93(2-3), 118-127.
- Battilana, J., Leca, B. et Boxenbaum, E. (2009). How actors change institutions : Towards a theory of institutional entrepreneurship. *Academy of Management Annals*, 3(1), 65-107.
- Berg, M. et Black, G. (2014). A Canadian perspective on clinical governance. *Clinical Governance : An International Journal*, 19(4), 314-321.
- Bevir, M. et Waring, J. (2017). Traditions, narratives, dilemmas. Dans *Decentring Health Policy : Learning from British Experiences in Healthcare Governance* (chap. 1, p. 1-16). Routledge.
- Bohmer, R. M. (2011). The four habits of high-value health care organizations. *New England Journal of Medicine*, 365(22), 2045-2047.
- Bohmer, R. M. (2016). The hard work of health care transformation. *New England Journal of Medicine*, 375(8), 709-711. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1606458>
- Bogason, P. et Musso, J. A. (2006). The democratic prospects of network governance. *The American Review of Public Administration*, 36(1), 3-18.
- Burns, T. R. et Stöhr, C. (2011). The architecture and transformation of governance systems : Power, knowledge, and conflict. *Human Systems Management*, 30(4), 173-194.
- Capano, G. et Howlett, M. (2020). The knowns and unknowns of policy instrument analysis : Policy tools and the current research agenda on policy mixes. *Sage Open*, 10(1).
- Capano, G., Howlett, M., Jarvis, D. S., Ramesh, M. et Goyal, N. (2020). Mobilizing policy (in) capacity to fight COVID-19 : Understanding variations in state responses. *Policy and Society*, 39(3), 285-308.
- Carstensen, K., Kjeldsen, A. M., Lou, S. et Nielsen, C. P. (2022). The Danish Health Care Quality Programme : Creating change through the use of quality improvement collaboratives. *Health Policy*, 126(8), 749-754.
- Chaffee, E. E. (1985). Three models of strategy. *Academy of Management Review*, 10(1), 89-98.
- Chhotray V, Stoker G. (2009). *Governance Theory and Practice : A Cross-Disciplinary Approach*. Palgrave Macmillan UK.
- Church, J., Gerlock, A. et Smith, D. L. (2018). Neoliberalism and accountability failure in the delivery of services affecting the health of the public. *International Journal of Health Services*, 48(4), 641-662.

- Cloutier, C., Denis, J.-L., Langley, A. et Lamothe, L. (2016). Agency at the managerial interface : Public sector reform as institutional work. *Journal of Public Administration Research Theory*, 26, 259-276.
- Contandriopoulos, A. P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé publique*, 20(2), 191-199.
- Courpasson, D. (2011). Part I "Roads to Resistance" The growing critique from managerial ranks in organization. *M@n@gement*, 14(1), 7-23. [10.3917/mana.141.0007](https://doi.org/10.3917/mana.141.0007)
- Courpasson, D. (2016). Impactful resistance : The persistence of recognition politics in the workplace. *Journal of Management Inquiry*, 25(1), 96-100. [10.1177/1056492615600354](https://doi.org/10.1177/1056492615600354)
- Courpasson, D., Dany, F. et Clegg, S. (2012). Resisters at work : Generating productive resistance in the workplace. *Organization Science*, 23(3), 801-819. [10.1287/orsc.1110.0657](https://doi.org/10.1287/orsc.1110.0657)
- Daniell, K. A. et Kay, A. (2017). Multi-level governance : An introduction. Dans *Multi-level Governance : Conceptual challenges and case studies from Australia* (p. 3-32). ANU Press.
- Denis, J.-L. et Côté, N. (2020). Résistance organisationnelle et co-production de l'action publique : la domestication d'un concept. *Cahiers de recherche sociologique*, (68), 23-48.
- Denis, J.-L., Côté-Boileau, E. et Badr, J. (à paraître). When organizations bite back – Producing health and care as policy puzzlement. *Research Handbook on Health Policy*. Edward Elgar Publishing
- Denis, J.-L., Côté, N., Côté-Boileau, E. (à paraître) Pluralism in studies on plural leadership : Analysis and perspectives. *The SAGE Handbook of Leadership* (2<sup>e</sup> ed.), London, SAGE Publications
- Denis, J.-L. et Forest, P. – G. (2012). Real reform begins within : An organizational approach to health care reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37, 633-645. <https://doi.org/10.1215/03616878-1597457>
- Denis, J.-L., Ferlie, E. et Van Gestel, N. (2015). Understanding hybridity in public organizations. *Public Administration*, 93(2), 273-289.
- Denis, J.-L. et van Gestel, N. (2016). Medical doctors in healthcare leadership : Theoretical and practical challenges. *BMC Health Services Research*, 16(2), 45-56.
- Denis, J.-L., Usher, S. (à paraître). The role of leaders in implementing health reforms. *Research Handbook on Leadership in Healthcare*. Edward Elgar Publishing
- Denis, J.-L., Usher, S. et Préval, J. (2022). Health reforms and policy capacity : The Canadian experience. *Policy and Society*.
- Denis, J.-L., Germain, S., Regis, C. et Veronesi, G. (2022). *Medical Doctors in Health Reforms : A Comparative Study of England and Canada*. Bristol University Press-Policy Press.

- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., Smith, L. Riley, R. et Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 35.
- Enderlein, H., Walti, S. et Zurn, M. (2010). *Handbook on Multi-Level Governance*. Edward Elgar Publishing.
- Emirbayer, M. et Mische, A. (1998). What is agency? *American Journal of Sociology*, 103(4), 962-1023.
- Ferlie, E. et McGivern, G. (2014). Bringing Anglo-governmentality into public management scholarship : The case of evidence-based medicine in UK health care. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 24(1), 59-83.
- Ferlie, E., Musselin, C., et Andresani, G. (2008). The steering of higher education systems : A public management perspective. *Higher education*, 56, 325-348.
- Ferlie, E. et Ongaro, E. (2015). *Strategic Management In Public Services Organizations : Concepts, Schools And Contemporary Issues*. Routledge.
- Frederickson, H. G. (2005). Whatever Happened To Public Administration? Governance, Governance Everywhere (chap. 12, 282-304). Dans E. Ferlie, L. E. Lynn et C. Pollitt (dir.) *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford University Press.
- Forest, P. G. et Martin, D. (2018). *Fit for Purpose : Findings and Recommendations of the External Review of the Pan-Canadian Health Organizations—Summary Report*. Health Canada.
- Fukuyama, F. (2016). Governance : What do we know, and how do we know it. *Annual Review of Political Science*, 19(1), 89-105.
- Garud, R., Hardy, C. et Maguire, S. (2007). Institutional entrepreneurship as embedded agency : An introduction to the special issue. *Organization Studies*, 28(7), 957-969.
- Gjaltema, J., Biesbroek, R. et Termeer, K. (2020). From government to governance... to meta-governance : A systematic literature review. *Public Management Review*, 22(12), 1760-1780.
- Glouberman, S. et Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part I : Differentiation. *Health Care Management Review*, 56-69.
- Greenwood, R. et Hinings, C. R. (1996). Understanding radical organizational change : Bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of Management Review*, 21(4), 1022-1054.
- Ham, C., Berwick, D. et Dixon, J. (2016). *Improving quality in the English NHS*. The King's Fund.
- Hassenteufel, P. et Genieys, W. (2021). The programmatic action framework : An empirical assessment. *European Policy Analysis*, 7, 28-47.
- Hood, C. (1983). *The Tools of Governments*. Macmillan.

- Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2007). Introduction : Understanding public policy through its instruments—From the nature of instruments to the sociology of public policy instrumentation. *Governance*, 20(1), 1-21.
- Lawrence, P. R. et Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 1-47.
- Lazar, H., Forest, P. G., Church, J. et Lavis, J. N. (2013). *Paradigm Freeze : Why It Is So Hard To Reform Health Care In Canada*. McGill-Queen's Press-MQUP.
- Le Galès, P. (2011). Policy instruments and governance (chap. 10, p. 142-159). Dans M. Bevir, *The SAGE Handbook of Governance*, 142-159.
- Le Galès, P. (2016). Performance measurement as a policy instrument. *Policy Studies*, 37(6), 508-520.
- Lounsbury, M., Steele, C. W., Wang, M. S. et Toubiana, M. (2021). New directions in the study of institutional logics : From tools to phenomena. *Annual Review of Sociology*, 47, 261-280.
- Massey, A. et Johnston-Miller, K. (2016). Governance : public governance to social innovation? *Policy & Politics*, 44(4), 663-675.
- Mattei, P., Mitra, M., Vrangbæk, K., Neby, S. et Byrkjeflot, H. (2013). Reshaping public accountability : Hospital reforms in Germany, Norway and Denmark. *International Review of Administrative Sciences*, 79(2), 249-270.
- Meyer, J. W. (2010). World society, institutional theories, and the actor. *Annual Review of Sociology*, 36, 1-20.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B. et Lampel, J. B. (2020). *Strategy Safari*. Pearson UK.
- Molloy, A., Martin, S., Gardner, T. et Leatherman, S. (2016). A clear road ahead : Creating a coherent quality strategy for the English NHS. *Health Foundation*.
- Nadeem, E., Olin, S. S., Hill, L. C., Hoagwood, K. E. et Horwitz, S. M. (2013). Understanding the components of quality improvement collaboratives : A systematic literature review. *The Milbank Quarterly*, 91(2), 354-394.
- Olsen, J. P. (2001). Organizing European institutions of governance. A prelude to an institutional account of political integration (p. 323-353). Dans H. Wallace (dir.) *Interlocking Dimensions of European Integration*. Palgrave Macmillan.
- Ongaro, E. (2020). Multi-Level Governance and Public Administration. Dans *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. Oxford University Press.
- Page, S. E. (2015). What sociologists should know about complexity. *Annual Review of Sociology*, 41, 21-41.
- Patton, M. Q. (2016a). State of the art and practice of developmental evaluation. *Developmental Evaluation Exemplars*, 1-24.

- Patton, M. Q. (2016b). What is essential in developmental evaluation? On integrity, fidelity, adultery, abstinence, impotence, long-term commitment, integrity, and sensitivity in implementing evaluation models. *American Journal of Evaluation*, 37(2), 250-265.
- Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, 94(2), 251-267.
- Polin, K., Hjortland, M., Maresso, A., van Ginneken, E., Busse, R. et Quentin, W. (2021). "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019 : An expert informed overview. *Health Policy*, 125(7), 815-832.
- Pollitt, C. et Bouckaert, G. (2017). *Public Management Reform : A Comparative Analysis-Into The Age Of Austerity* (4<sup>e</sup> éd.). Oxford University Press.
- Powell, M. F., Brock, D. M. et Hinings, C. R. (2012). The changing professional organization (p. 1-19). Dans *Restructuring the professional organization*. Routledge.
- Powell, W. W. et DiMaggio, P. J. (2012). *The New Institutionalism In Organizational Analysis*. University of Chicago Press.
- Pyone, T., Smith, H. et van den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance : A systematic review. *Health Policy and Planning*, 32(5), 710-722.
- Rose, N., O'malley, P. et Valverde, M. (2006). Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science*, 2, 83-104.
- Salamon, L. M. (2000). The new governance and the tools of public action : An introduction. *Fordham Urban Law Journal*, 28, 1611.
- Salamon, L. M. (2002). *The Tools of Government. A Guide to the New Governance*. Oxford University Press.
- Saltman, R. B. et Ferroussier-Davis, O. (2000). The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 78(6), 732-739.
- Schneider, A. et Ingram, H. (1990). Behavioral assumptions of policy tools. *The Journal of Politics*, 52(2), 510-529.
- Shortell, S. et Addicott, R. (2016). A New Lens on Organizational Innovations in Health Care. *The Oxford Handbook of Health Care Management*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198705109.013.4>
- Sørensen, E. (2002). Democratic theory and network governance. *Administrative Theory & Praxis*, 24(4), 693-720.
- Torfin, J., Sørensen, E. et Roiseland, A. (2019). Transforming the public sector into an arena for co-creation : Barriers, drivers, benefits, and ways forward. *Administration & Society*, 51(5), 795-825.

- Toubiana, M., Oliver, C. et Bradshaw, P. (2017). Beyond differentiation and integration : The challenges of managing internal complexity in federations. *Organization Studies*, 38(8), 1013-1037.
- Tuohy, C. H. (2018). *Remaking Policy : Scale, Pace, and Political Strategy in Health Care Reform* (vol. 54). University of Toronto Press.
- Usher, S., Denis, J. L., Prével, J., Baker, R., Chreim, S., Kreindler, S., Breton, M. et Côté-Boileau, É. (2021). Learning from health system reform trajectories in seven Canadian provinces. *Health Economics, Policy and Law*, 16(4), 383-399.
- World Health Organization. (2018). *Handbook for National Quality Policy and Strategy : A Practical Approach for Developing Policy and Strategy to Improve Quality of Care*.
- Wu, X., Ramesh, M. et Howlett, M. (2015). Policy capacity : A conceptual framework for understanding policy competences and capabilities. *Policy and Society*, 34(3-4), 165-171.
- Young, J. T. (2004). Illness behaviour : A selective review and synthesis. *Sociology of Health & Illness*, 26(1), 1-31.

