

Commission sur  
l'avenir des soins de santé  
au Canada



Commission on the  
Future of Health Care  
in Canada

ÉTUDE N° 36

---

# Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada

par  
**Jean-Louis Denis**  
Université de Montréal



novembre 2002

N° de catalogue CP32-79/36-2002F-IN

ISBN 0-662-87890-6

**Bien que les opinions exprimées dans ces études n’engagent que les auteurs, chaque étude a été soumise à un processus indépendant d’examen par des pairs. La Commission tient à remercier l’Institut des services et de politiques de la santé (ISPS), des Instituts de recherche en santé du Canada, pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d’examen. La participation des auteurs, des examinateurs et de l’ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l’héritage qu’elle laissera.**

Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d’alléger le texte.

## **Table des matières**

|                                                                                                       |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Points saillants</b>                                                                               | <b>iv</b>   |
| <b>Sommaire</b>                                                                                       | <b>v</b>    |
| <b>Reerciements</b>                                                                                   | <b>viii</b> |
| <b>Note biographique</b>                                                                              | <b>ix</b>   |
| <b>Introduction</b>                                                                                   | <b>1</b>    |
| <b>I – Changement et gouvernance</b>                                                                  | <b>2</b>    |
| <b>II – L’implantation d’une gouvernance régionale et la capacité de changement</b>                   | <b>5</b>    |
| La régionalisation vue comme un levier de changement structurel                                       | 6           |
| La régionalisation vue comme un outil de démocratisation                                              | 8           |
| Gouvernance régionale et changement                                                                   | 9           |
| <b>III – L’expérimentation vue comme un mode de production du changement dans le système de soins</b> | <b>11</b>   |
| Présentation de l’expérience FASS                                                                     | 11          |
| Des modes différents d’expérimentation pour produire le changement                                    | 12          |
| La capacité d’institutionnaliser le changement                                                        | 14          |
| Les ressources pour le changement                                                                     | 15          |
| La complexité des projets et le potentiel de transformation                                           | 15          |
| <b>IV – Le leadership vu comme une stratégie de changement</b>                                        | <b>18</b>   |
| Leadership et changement stratégique dans les organisations de soins                                  | 18          |
| Les enjeux du développement d’un leadership organisationnel collectif                                 | 18          |
| Gestion du changement et leadership organisationnel                                                   | 19          |
| <b>Conclusion</b>                                                                                     | <b>21</b>   |
| <b>Bibliographie</b>                                                                                  | <b>24</b>   |

## Points saillants

- Malgré de nombreux projets de réforme des systèmes de soins depuis une quinzaine d'années, les besoins de changement sont tout aussi pressants.
- La production des transformations est un processus social interdépendant qui commande une cohérence des actions et décisions prises par les différents paliers de gouvernance.
- Pour intervenir en faveur du changement, il faut un renouvellement des formes et des pratiques de gouvernance.
- Notre analyse situe le besoin de changement dans les pratiques organisationnelles et professionnelles et suggère d'intégrer le changement structurel à la dynamique d'interaction et d'apprentissage des acteurs.
- Trois stratégies pour produire des transformations sont analysées : la gouvernance régionale, l'expérimentation et le leadership organisationnel.
- L'analyse de la gouvernance régionale suggère qu'elle doit renouveler son rôle et bénéficier d'un appui politique durable.
- L'analyse de l'expérimentation montre que cette stratégie permet une cooptation efficace des professionnels dans le changement et souligne l'importance de ne pas uniformiser à outrance les programmes et les modes d'organisation.
- L'analyse du leadership insiste sur l'importance du leadership collectif dans le système de soins. La constitution d'un leadership collectif efficace est un enjeu organisationnel difficile et important.
- L'analyse de ces trois stratégies de pilotage des changements renvoie à une certaine représentation des transformations. Le changement radical évolutif paraît une option viable pour le système de soins. Pour produire ce type de changement, il est proposé que le gouvernement fédéral stimule le développement du capital humain en investissant dans des programmes de formation sur la gestion du changement, encourage l'expérimentation par un programme décentralisé de capital de risque, et contribue au développement d'espaces inter-régionaux et inter-provinciaux d'expérimentation et de régulation et d'un système de vigie pour diffuser les informations et les connaissances sur les processus de gestion des transformations.

## Sommaire

La plupart des pays de l'OCDE se sont engagés dans des réformes importantes de leurs systèmes de soins. Malgré ces efforts, plusieurs gouvernements sont préoccupés par la capacité du système de soins à faire face aux défis posés par l'évolution des technologies et le vieillissement de la population. L'intérêt porté au thème de l'intégration des soins et des services témoigne de cette difficulté des systèmes de soins à apporter des changements à leurs pratiques organisationnelles et professionnelles en vue d'offrir les soins et services différemment. Notre étude porte sur les facteurs et les processus qui peuvent favoriser la mise en place de changements dans le système de soins. Plus exactement, elle se penche sur les rapports entre la gouvernance et le changement dans le système de soins.

Trois stratégies de pilotage du changement sont analysées : la gouvernance régionale, l'expérimentation et le leadership. La gouvernance régionale s'appuie sur la mise en place d'une nouvelle structure pour modifier l'exercice de la régulation dans le système de soins. L'expérimentation consiste à stimuler par l'incitation et les interactions entre acteurs la production des changements. Le leadership s'apparente à un mode entrepreneurial de production du changement mettant l'accent sur la vision, la légitimité, la compétence et les habiletés de rassembleur de certains acteurs.

### L'implantation d'une gouvernance régionale et la capacité de changement

La gouvernance régionale a été perçue par neuf provinces canadiennes sur dix comme un moyen approprié de faire progresser les réformes. Pour plusieurs, cette forme de gouvernance n'a pas permis de renouveler à satisfaction les modes d'organisation des soins et des services et de modifier significativement les rapports entre les citoyens et le système de soins. L'analyse empirique du point de vue des acteurs au sein de ces structures montre cependant un investissement important de ces derniers dans les projets de réforme et une volonté de participer à la gouvernance régionale. Ces acteurs sont amenés à bien répondre aux attentes d'un gouvernement central.

L'analyse de la gouvernance régionale suggère qu'il s'agit d'un système d'action complexe fondé sur le contrôle managérial, la négociation politique et la participation démocratique. L'action régionale dans les processus de réforme est tributaire de la position adoptée par le gouvernement central. La gouvernance régionale s'est butée à deux grandes limites dans sa capacité de produire des transformations: sa dépendance face aux mandats et à la volonté du gouvernement central et sa difficulté à agir sur les pratiques dans le domaine inter-organisationnel. Pour dynamiser la gouvernance régionale en faveur du changement, il est proposé de renouveler son rôle en faveur du changement émergent, de recourir à un ensemble de leviers du changement, d'assurer un appui durable du gouvernement central et d'une participation publique suffisante pour légitimer le changement.

## **L'expérimentation vue comme une stratégie de changement**

L'expérimentation est une stratégie fréquemment employée pour stimuler le changement. Le programme du Fond d'adaptation des services de santé a financé un nombre important de projets pilotes, dont une quarantaine au Québec. L'analyse transversale de ces projets révèle deux types clés d'expérimentation : l'expérimentation d'un prototype et l'expérimentation dite convergente ou le bricolage. Le prototype fait face à deux grands défis : mettre en œuvre un modèle novateur de façon intégrale et développer les conditions systémiques pour en assurer la pérennité et éventuellement sa généralisation. Le bricolage se bute principalement aux limites du changement local et à sa dépendance envers les changements systémiques. L'analyse de projets pilotes met en lumière l'importance de soutenir le changement émergent et d'assurer les ressources et l'incitation propices à un engagement durable des acteurs dans l'adaptation de l'offre de soins. Les projets moins complexes sont susceptibles de produire les changements attendus sans toutefois conduire à des transformations importantes.

Il est proposé de stimuler le changement local et émergent par des programmes de capital de risque, de coopter les professionnels dans la gestion du changement et de développer une gouvernance régionale et centrale apte à stimuler, suivre et pérenniser les innovations prometteuses.

## **Le leadership vu comme une stratégie de changement**

Les organisations professionnelles sont caractérisées par une fragmentation de l'influence et de l'autorité. Se pose alors la question des moyens requis pour piloter le changement. Plusieurs études empiriques sur les organisations de soins montrent l'importance d'implanter un leadership collectif efficace en faveur du changement. Un leadership collectif efficace a des caractéristiques spécifiques lui permettant de mobiliser l'ensemble des expertises et des sources de légitimité administratives et cliniques requises pour relever les défis du changement. L'établissement d'un leadership collectif est aux prises avec trois pièges : la rivalité des leaders, le détachement du projet de changement valorisé par les leaders de la base de l'organisation et, enfin, l'écart entre le projet de changement et les exigences de l'environnement. Plusieurs facteurs organisationnels ou systémiques contribuent à accroître ou à réduire l'importance de ces différents pièges. Ces observations amènent à suggérer une série de propositions sur le développement du leadership collectif.

## **Conclusion**

Notre analyse montre que la réalisation des transformations dans le système de soins est un jeu complexe où doivent s'emboîter de façon cohérente des décisions et des actions prises aux différents niveaux d'exercice de la gouvernance. Pour modifier les pratiques organisationnelles et professionnelles, il importe de stimuler le changement local et émergent et d'accepter des variations dans le système de soins. Le changement structurel peut être utile mais il doit s'inscrire dans une lecture beaucoup plus dynamique du changement. Un scénario réaliste de transformation pour le système de soins miserait sur le changement radical et évolutif. Cette hypothèse accorde un rôle au gouvernement fédéral dans les transformations touchant à

l'agencement des différents niveaux de gouvernance, au financement d'un programme décentralisé de type capital de risque pour inciter au changement émergent, et au développement des capacités de gestion du changement et d'un système de vigie pour diffuser et partager l'information sur les transformations du système de soins.

## Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement les personnes suivantes pour leurs précieux commentaires sur ce rapport :

- François Champagne, Ph.D., professeur titulaire, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D., professeur titulaire, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Paul Lamarche, Ph.D., professeur titulaire, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Lise Lamothe, Ph.D., professeure agrégée, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Ann Langley, Ph.D., professeure titulaire, École des Hautes Études Commerciales.
- Pascale Lehoux, Ph.D., professeure agrégée, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Raynald Pineault, Ph.D., professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Danièle Roberge, Ph.D., chercheuse, Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.



## **Note biographique**

Jean-Louis Denis est professeur titulaire au Département d'administration de la santé, détenteur d'une chaire FCRSS/IRSC sur la transformation et la gouverne des organisations de santé et chercheur régulier au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS). Docteur en organisation des soins de santé de l'Université de Montréal, il œuvre depuis près de quinze ans à titre de formateur auprès des gestionnaires de la santé et de chercheur sur la transformation des organisations et des systèmes de santé. Auteur de publications scientifiques sur le changement stratégique, le leadership et la régulation des organisations de santé, il poursuit actuellement des recherches sur la régionalisation et l'intégration des soins de santé, la restructuration des hôpitaux universitaires et le rôle de l'évidence scientifique dans l'adoption des innovations cliniques et managériales.

## **Introduction**

La pression pour des transformations importantes de l'offre de soins est présente dans tous les systèmes de soins des pays de l'OCDE et donne lieu à de nombreux projets de réforme (Saltman et Figueras, 1998; Contandriopoulos et Souteyrand, 1996; Contandriopoulos, 1994). Même s'il existe un large consensus autour de l'idée que les transformations de l'offre de soins sont incontournables, il faut reconnaître que nous connaissons peu les processus qui permettent de réaliser ces transformations. Nous connaissons peu aussi la nature des changements qui sont véritablement réalisés. De plus, nous constatons que plusieurs changements, dont la modification du mode de rémunération des médecins et l'intensification de la coordination des soins et services et de la collaboration inter-professionnelle, ne se sont pas implantés à satisfaction. En même temps, les idées sur la nécessité et la pertinence de certains changements circulent abondamment et sont de plus en plus admises. Notre analyse va donc viser à mieux comprendre les conditions permettant d'implanter les changements et les transformations souhaités.

La question posée par la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada est importante puisqu'elle renvoie directement à notre capacité d'agir sur l'évolution et l'organisation du système de soins. Plus précisément, elle permet de s'interroger sur les facteurs propices à la production, à la diffusion et à l'institutionnalisation du changement dans ce système. Cette question plus générale est complétée par trois interrogations spécifiques portant sur l'adéquation des moyens de surveillance des soins et services, la capacité du système de gérer l'intégration des soins et services, et le développement des capacités de changement. L'attention portée aux questions spécifiques se fera tout au long du texte et sera plus ou moins importante selon les sections.

Dans cette étude, nous nous intéressons principalement aux dynamiques organisationnelles et inter-organisationnelles qui peuvent être plus ou moins favorables au changement. Pour ce faire, nous définissons tout d'abord la problématique du changement dans les organisations et le système de soins et nous proposons une conception de la gouvernance de façon à mieux comprendre les liens entre le pilotage des politiques et des organisations et les capacités de changement. Nous abordons ensuite trois cas qui semblent révélateurs des rapports entre gouvernance et changement. Le premier cas traite d'un changement structurel important dans un système de soins qui consiste à mettre en place une gouvernance régionale. Le deuxième cas porte sur l'expérimentation en tant que stratégie de production du changement et prend pour exemple le Fonds d'adaptation des services de santé (FASS). Le troisième cas concerne un mode entrepreneurial de production du changement en s'intéressant au leadership organisationnel. Ces trois stratégies de changement ouvrent des débats sur la pertinence des formes de gouvernance, la dynamisation du changement et le rôle de la gestion dans la production du changement.

## I – Changement et gouvernance

Pour les fins de cette étude, le changement est défini comme une modification d'un système de valeurs, des perceptions qu'ont les acteurs d'une situation, ainsi que des structures et des pratiques dans un champ organisationnel donné. La gouvernance se rapporte aux systèmes et aux pratiques qui permettent aux acteurs de développer une représentation plausible de leur devenir, de concevoir et implanter des stratégies efficaces de changement et de s'appuyer sur des valeurs productrices de confiance et de solidarité (Hatchuel, 2000; Aggeri et Hatchuel, 1999; Callon, Lascoumes, Barthe, 2001; Chevalier, 1996; Lascoumes, 1996). Saltman et Ferroussier-Davis (2000) suggèrent que la légitimité de la gouvernance sera d'autant plus grande qu'elle s'appuie sur une valorisation forte de la responsabilité collective.

Le thème du changement organisationnel a fait l'objet de nombreux travaux (Brock, Powell et Hinings, 1999a,b; Powell, Brock et Hinings, 1999; Hinings et Greenwood, 1988; Greenwood et Hinings, 1996; Pettigrew, Ferlie, McKee, 1992; Kitchner, 1999). La question du changement est étroitement liée à celle de l'incertitude dans les pratiques administratives et cliniques et les comportements des acteurs. C'est entre autres parce que les rapports entre mandants et mandataires sont multiples et complexes (Eisendhardt, 1985) et qu'il n'est pas simple de formuler des mandats appropriés pour les organisations et les professionnels (Denis et Valette, 2000) que la problématique du changement est un dilemme central des réformes. De plus, il faut noter que le changement n'est pas un processus déconnecté du contexte social et organisationnel dans lequel il prend forme. L'évaluation des politiques et des programmes en santé nous a fourni plusieurs exemples de l'impact des contextes organisationnels sur le devenir et l'efficacité des interventions (Scheirer, 1981, 1987; Giacomini et coll., 1996). Plusieurs travaux en sociologie (Perrow et Guilléen, 1990; Meyer et Zucker, 1989) s'appuient sur le concept « d'échec organisationnel » (*organizational failure*) pour rendre compte des difficultés qu'ont plusieurs organisations à s'adapter à leur environnement. Le thème du changement se rapporte donc à notre capacité collective de mettre en œuvre de nouvelles politiques et programmes nécessaires au développement durable du système de soins.

Le concept de changement est en soit très peu précis. Reprenant les travaux de Miller et Friesen (1984) et de Tushman et Romanelli (1985), Greenwood et Hinings (1996) proposent une distinction entre le changement radical et convergent et le changement évolutif et révolutionnaire. Ces distinctions sont importantes pour notre étude. Le changement radical correspond à une modification de la trajectoire des organisations et du système de soins. Il ébranle à la fois les structures organisationnelles et les représentations qu'ont les acteurs de leurs rôles, pratiques et domaines d'activité. Le changement convergent consiste en ajustements au sein même des structures et des représentations courantes. Il s'apparente plus à une dynamique de reproduction sociale (Bourdieu, 1980; 1992; Giddens, 1984). Cette distinction amène à poser une interrogation de fonds pour l'avenir des soins de santé : Doit-on opérer des changements radicaux ou plutôt miser sur des changements convergents pour assurer le développement durable du système? La distinction entre le changement évolutif et le changement révolutionnaire renvoie au rythme de réalisation des changements. Doit-on agir brusquement ou introduire progressivement le changement pour assurer le développement durable du système de soins? Pour inciter au changement, des stratégies autoritaires ou coercitives (*top-down*) ou participatives peuvent être utilisées. L'analyse des trois cas rend compte de processus de

changement qui varient quant à la nature du changement, sa rapidité et son caractère plus ou moins hiérarchique ou autoritaire (Minzberg, Ahlstrand et Lampel, 1999). Nous ferons donc valoir qu'un projet réaliste de changement pour les organisations et le système de soins est de miser sur des changements radicaux réalisés de façon évolutive en s'appuyant sur des dynamiques émergentes fortes. Tout simplement, nous partons du constat que les efforts nombreux et récurrents consentis pour réformer les systèmes de soins dans les différents pays de l'OCDE (Saltman et Figueras, 1997; Drache et Sullivan, 1999) témoignent d'une insatisfaction à l'égard des changements qui ont été véritablement réalisés. Les projets de réforme de nature bureaucratique ou politique qui visent à implanter rapidement des changements dans l'ensemble du système de soins engendrent des bouleversements importants sans nécessairement modifier en profondeur les pratiques et les façons de faire (Ferlie et Fitzgerald, à paraître). Il semble donc important d'envisager des modes alternatifs de production du changement qui misent plus sur l'incitation et l'apprentissage.

Plusieurs travaux dans le domaine des sciences politiques ont cherché à définir les conditions structurantes qui ont présidé à l'évolution des systèmes nationaux de santé (Tuohy, 1999; Ruggie, 1999). Ils décrivent bien la nature évolutive et convergente des changements sur de longues périodes et fournissent de précieuses indications sur les fondements des modes d'organisation actuels. Notre approche s'inscrit dans un horizon temporel plus rapproché et vise à définir des ressources et des processus pour opérer des changements de façon délibérée afin de contenir les problèmes de fonctionnement et de légitimité du système de soins. Notre étude s'intéresse donc aux efforts qui ont été consentis pour transformer le système de soins au Canada. Ces réformes ont fait face à un double impératif : celui de renouveler ou d'adapter l'offre de soins tout en veillant à une plus grande maîtrise des coûts. Cette tension entre ces deux objectifs est constante et aucune solution simpliste ne permettra de résoudre ce dilemme facilement. Notre avons aussi choisi dans cette étude de ne pas faire une analyse explicite de changements dans le système de soins qui pourraient provenir d'une remise en cause de la logique même du système. La prise en compte d'un discours sur les déterminants de la santé ou sur la santé des populations pourrait amener à des changements profonds dans notre conception des soins de santé et, conséquemment, dans notre représentation du rôle et du fonctionnement du système de soins (Hayes et Dunn, 1998; Evans, Barer et Marmor, 1994).

Pour répondre aux besoins de régulation des organisations et du système de soins, la gouvernance se rapporte au design organisationnel du système de soins et au partage des responsabilités et des capacités d'influence parmi les différentes entités qui le composent, aux systèmes et mécanismes de production et de diffusion de l'information et aux modalités de financement des organisations et des professionnels (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001). Pour que la gouvernance s'exerce de façon efficace, elle doit aussi porter sur la cohérence des décisions et des actions prises au niveau clinique, à celui des organisations et à celui des politiques régissant l'ensemble du système de soins. La manière dont les systèmes de soins vont structurer la gouvernance est un enjeu social et politique en soi. Pour certains, la gouvernance est avant tout une affaire de démocratisation des appareils administratifs et politiques (Bickerton, 1999; Bohman, 1996). Elle est un instrument pour agir sur la répartition de l'influence dans un système donné et pour produire un changement radical. La gouvernance pose aussi clairement un problème de gestion de l'incertitude. L'exercice de la gouvernance suppose l'entrée en jeu de nouveaux rapports entre acteurs pour réfléchir à ce qu'il convient de faire et

assurer la viabilité et la légitimité du système (Callon, Lascoumes, Barthe, 2001). À cet égard, la gouvernance démocratique comporte en soi une dimension d'apprentissage puisqu'elle permet de générer de nouvelles options politiques, pour un système social donné, dont on ne peut présumer qu'un acteur aurait toutes les ressources et l'expertise requises pour concevoir et implanter des solutions aux problèmes collectifs (Hatchuel, 2000; Lascoumes, 1996; Alter et Hage, 1993; Bryson et Crosby, 1992). Ces considérations situent le rôle de la gouvernance en tant que stratégie permettant d'induire des changements sur le plan fonctionnel d'un système de soins et d'agir sur la compréhension qu'ont les acteurs sociaux des conditions de légitimité de ce système (Bickerton, 1999; Hatchuel, 2000; Callon, Lascoumes, Barthe, 2001). Pour renouveler la gouvernance, c'est-à-dire la capacité des organisations et des systèmes de soins de penser, d'induire et de piloter le changement, plusieurs stratégies ou leviers peuvent être utilisés : l'incitation, l'influence, la réglementation, l'autorité formelle, incluant les changements d'ordre structurel, et l'engagement moral (Valette, Contandriopoulos, Denis, 2000; Contandriopoulos, Fournier, Denis, Alweiler, 1999; Hood, 1983; Ferlie et coll., 1996). Notre analyse porte sur trois stratégies variables de dynamisation de la gouvernance : i) la gouvernance régionale, qui consiste en une modification du cadre structurel du système de soins pour déployer en partie les processus et mécanismes de régulation dans un nouvel espace; ii) l'expérimentation, qui s'appuie principalement sur l'incitation et l'engagement; iii) le leadership, qui mise sur l'influence, la vision et l'autorité formelle pour produire le changement.

## **II – L’implantation d’une gouvernance régionale et la capacité de changement**

Les politiques de régionalisation visent à installer, en créant de nouvelles organisations, des capacités stratégiques accrues au niveau intermédiaire du système de santé (Denis et Valette, 1997). L’instauration d’une gouvernance régionale s’apparente à la fois à un mouvement de centralisation et de décentralisation (Lemieux, 1999). Le gouvernement central délaisse au profit de la région certains pouvoirs de décision et d’action. Les collectivités locales ou les établissements de santé vont délaisser au profit de l’instance régionale une partie de leurs pouvoirs de décision et d’action. Pour plusieurs, la régionalisation devrait permettre d’accomplir de façon plus adéquate différentes fonctions, dont celles de la répartition des ressources et de la planification des services, et de faciliter la participation des citoyens à la régie (Smith, 1979; Rondinelli, 1981).

Au Canada, la régionalisation représente une expérience majeure en matière de politique de santé. Neuf des dix provinces canadiennes ont adopté une politique de régionalisation et ont donc misé sur le potentiel de ce changement structurel pour opérer des réformes (Bickerton, 1999; Church et Barker, 1998; Mhatre et Deber, 1992). Les différents travaux sur cette politique s’appuient sur des conceptions radicalement différentes du bien-fondé de la régionalisation. Pour certains (Church et Barker, 1998), la régionalisation n’a pas fait ses preuves en matière de coordination et d’intégration des soins et des services. Ici, la régionalisation est considérée comme un instrument rationnel pour atteindre des objectifs d’efficience et d’efficacité dans la prestation des services. Pour d’autres (Bickerton, 1999; Mhatre et Deber, 1992), la régionalisation n’a pas été à la hauteur des attentes à l’égard d’une démocratisation accrue des appareils administratifs et des systèmes de prestation des services. Pour ces derniers, la régionalisation est un instrument de renouvellement de l’État en évitant ainsi de troquer un État traditionnel de type bureaucratique pour un État compétitif susceptible de délaisser ses responsabilités en matière de politiques sociales (Bickerton, 1999; Trottier et coll., 1999). Ces analyses ont porté un jugement d’ensemble sur les politiques de régionalisation en montrant que ces dernières ont poursuivi un ensemble d’objectifs difficiles à concilier et que les différentes provinces canadiennes ont adopté des arrangements organisationnels variables pour implanter la régionalisation (Denis et coll., 1998). Ces analyses plus macroscopiques suggèrent que la régionalisation a été un levier imparfait de changement, mais qu’elle aurait tout de même permis d’amorcer des réformes et de donner des moyens d’action complémentaires à des gouvernements centraux.

D’autres travaux (Lomas, Veenstra et Woods, 1997a,b,c; Lomas, 1997; Lewis et coll., 2001) ont fait état des attitudes, des motivations et des perceptions des membres des conseils d’administration des autorités régionales. Ces travaux donnent un portrait de la régionalisation dans certaines provinces canadiennes selon les points de vue d’acteurs ayant participé aux structures régionales. Ils montrent que les participants aux conseils d’administration prennent au sérieux leur mandat en y consacrant un temps important, qu’ils appartiennent à la classe moyenne et qu’ils ont une expérience antérieure des conseils d’administration. Les membres des conseils reconnaissent qu’ils défendent des intérêts particuliers en termes de secteurs géographiques ou de groupes particuliers. Ils se sentent moins outillés sur le plan technique de

l'analyse des besoins et de la planification, mais bien au fait des processus et règles de délibération. Ils perçoivent avoir plus d'information sur les coûts et l'utilisation des services que sur les bienfaits des services, les préférences des citoyens et les opinions d'informateurs clés au sein de la collectivité. Ces résultats suggèrent que les conseils d'administration régionaux sont plus sujets à répondre aux préférences du gouvernement central qu'aux préférences locales. Même s'ils reconnaissent ne pas avoir tous les renseignements qu'ils estiment utiles à la prise de décision, ils croient dans l'ensemble qu'ils réussissent tout de même à prendre les bonnes décisions et appuient les projets de réforme. Ces travaux montrent aussi qu'il n'y a pas consensus sur le rôle du gouvernement central en termes d'appui ou d'obstacles aux réformes locales. Une majorité de répondants considèrent qu'ils sont tenus responsables d'éléments dont ils n'ont pas entièrement le contrôle et qu'ils sont trop contraints par les règles du gouvernement central.

Dans l'ensemble, ces travaux empiriques sur le point de vue des acteurs de la gouvernance régionale suggèrent que les politiques de régionalisation ont produit certains changements. Ils ont permis à des acteurs régionaux d'investir les conseils d'administration, de s'engager dans les projets de réforme et de gérer activement une politique de soins plus qu'une politique de santé.

### **La régionalisation vue comme un levier de changement structurel**

À partir d'études empiriques menées dans différentes régions du Québec et de la France (Denis, Langley, Contandriopoulos, 1995; Denis et coll., 1998; Denis, Langley, Contandriopoulos, 1998; Denis, Contandriopoulos, Langley, Valette, Rodriguez, 1999; Denis et Valette, 1997, 2000; Denis et coll., 2001), nous avons analysé le rôle des instances régionales dans la restructuration de l'offre de soins. Ces travaux révèlent certaines dynamiques qui lient la gouvernance régionale et le changement au niveau du rôle des idéologies réformistes et des changements structurels dans les réformes.

Au Québec, la régionalisation a trouvé en partie sa légitimité par l'évocation d'une idéologie réformiste (Rocher, 2001) spécifique, soit celle de la « santé des populations ». Ce courant a marqué aussi fortement les discours réformistes dans plusieurs provinces canadiennes (Hayes et Dunn, 1998; Mhatre et Deber, 1992; Davidson, 1999; Casebeer et Hannah, 2000). Un tel discours, s'il se traduit en politiques opérationnelles, peut représenter des changements considérables pour les organisations et le système de soins. Il peut conduire à modifier substantiellement la répartition des ressources dans une région, d'où la distinction habituelle entre les secteurs curatifs et préventifs de l'offre de services, ou à miser sur des politiques et des programmes inter-sectoriels portant, par exemple, sur l'accès au revenu, au logement ou à l'éducation. Dans cette perspective, l'instance régionale est porteuse de changements en misant sur une politique de soins plus solide axée sur l'efficacité et l'efficacé des soins et en assumant un rôle revendicateur plus affirmatif auprès d'autres instances pour des actions productrices de santé (Evans, Barer, Marmor, 1994). À première vue, les instances régionales au Québec ont engagé une action vigoureuse pour restructurer l'offre de soins et, par l'intermédiaire de leurs directions de la santé publique, elles ont joué un rôle de revendication.

Concrètement, le renforcement d'une régie régionale au Québec au cours des années 90 a principalement donné lieu à un contrôle serré des ressources affectées aux soins et à certaines réaffectations dans les domaines des services sociaux et de la prévention et dans des programmes de soins à l'extérieur de l'hôpital. Dit autrement, la régionalisation jumelée à une forte politique de contrôle des dépenses du gouvernement central a contraint le développement de l'offre de soins en milieu hospitalier. Pour illustrer, la région de Montréal a connu entre 1995-1998 une diminution de 16% des budgets alloués aux hôpitaux et une réduction de plus de 25% du nombre de lits d'hôpitaux (Observatoire sur la transformation des organisations de santé : [www.santemontreal.qc.ca](http://www.santemontreal.qc.ca)). La décennie 90 est marquée aussi par une série de fusions et de regroupements d'établissements qui modifient sensiblement l'autonomie de ces organisations et le paysage structurel du système de soins. Il n'y a pas lieu ici de tracer l'ensemble de ces changements. Ces changements structurels visaient notamment à favoriser le développement des pratiques ambulatoires, dont la chirurgie d'un jour, et à freiner le déséquilibre entre l'offre de soins hospitaliers et les soins dans la collectivité. Certains de ces changements correspondent à des tendances dans les systèmes de soins des pays industrialisés, tout en démontrant la capacité des instances régionales d'induire des changements structurels et de stimuler ainsi une évolution des pratiques à l'hôpital (Denis, Langley, Contandriopoulos, 1995).

Dans l'ensemble, malgré une idéologie réformiste au Québec centrée sur la « santé des populations », les instances régionales ont été un instrument privilégié de changement structurel en période de fortes contraintes sur le plan des ressources (Lomas, 2001). Elles ont probablement contribué à accélérer certaines tendances de l'offre de soins hospitaliers comme l'expansion des soins et des services ambulatoires. Elles ont aussi, en dehors des grandes régions urbaines, favorisé un cadrage territorial de l'organisation des soins à plus petite échelle en fusionnant les établissements de santé sur de petits territoires. De tels changements permettent de formuler deux constats sur la capacité de la gouvernance régionale à produire des changements.

Premièrement, les régies régionales ont agi fortement pour restructurer l'offre de soins sans nécessairement pouvoir favoriser ou accomplir des changements sur le plan des pratiques de collaboration et de coordination des soins et des services entre établissements (Leatt, Pink, Guerriere, 2000; Denis, Lamothe, Langley et Valette, 1999). Pour que la gouvernance régionale puisse s'exercer efficacement, il importe que les différents leviers d'action, dont le paiement des ressources médicales et le financement de leurs pratiques, soient placés sous l'autorité régionale (Contandriopoulos, Denis, Lamarche et Touati, 2002; Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001). Certaines provinces ont choisi d'intégrer les établissements de santé à l'autorité régionale et donc d'abolir les conseils d'administration autonomes de ces établissements. À notre connaissance, il y a peu ou pas d'études examinant systématiquement le potentiel de cette mesure d'intégration et permettant de comparer ses avantages et ses limites à un modèle de régionalisation où les établissements conservent leur autonomie. D'un point de vue logique, il semble qu'une telle intégration pourrait favoriser la coordination des soins et des services tout en portant atteinte à l'identité des organisations et à la motivation des équipes dirigeantes et professionnelles (Denis, Lamothe, Langley et Valette, 1999).

Deuxièmement, sans aller jusqu'à installer une gouvernance régionale, l'Ontario a aussi été en mesure d'intervenir fortement auprès des structures de soins (voir le rapport de la CRSSO de mars 2000). Il y a donc plusieurs options en matière de gouvernance pour opérer des



changements d'ordre structurel. Retenons tout de même, pour le cas du Québec tout au moins, que de tels mouvements à l'égard des établissements de soins avaient été impossibles jusqu'alors. Les limites des restructurations visant à adapter l'offre de soins suggèrent qu'il peut y avoir des changements importants sans nécessairement qu'ils y aient transformation des rapports entre les organisations et les groupes de professionnels en vue de mieux coordonner les soins et les services.

## **La régionalisation vue comme un outil de démocratisation**

Nous avons mentionné d'entrée de jeu que, pour plusieurs, la question de la gouvernance est essentiellement un problème de participation des citoyens à la conduite des affaires publiques. Selon cette conception, le changement souhaité est celui qui permet d'accroître cette participation des citoyens à la gouvernance. Dans une étude antérieure, nous avons abordé la question du rôle de la consultation publique dans la prise de décisions difficiles comme celle de fermer des hôpitaux publics (Denis, Langley, Contandriopoulos, 1995, 1998). Cette étude axée sur un processus décisionnel dans une grande région métropolitaine a permis de conclure que l'instance régionale mobilisait la consultation publique dans un cadre technocratique rigoureux. Le processus de consultation était bien planifié, il avait un rôle d'information (Forest et coll., 2000) mais aussi de persuasion, tout en exposant l'instance régionale aux revendications de différents publics. Le jeu de la décision devant public était un moyen de démontrer le bien-fondé de la politique préconisée par l'instance régionale et, aussi, de limiter les pressions que pouvaient exercer directement différents groupes sur les processus décisionnels. Nous avons observé aussi à ce moment qu'un ingrédient crucial de la capacité d'une instance régionale à faire face à la pression externe était la solidarité inébranlable de son équipe de direction et de son conseil d'administration. Coexistaient donc dans ce cas une technologie sociale associée à une gouvernance démocratique, soit la consultation publique, et un appareil technocratique et administratif compétent et cohésif.

Une telle observation avait conduit à soutenir que la gouvernance régionale est concrètement un mode d'action hybride qui cherche à conjuguer les atouts de la participation démocratique, du contrôle managérial et de la négociation politique avec les groupes influents pour agir sur l'offre de soins de façon légitime (Denis, 1999; Denis, Contandriopoulos, Langley, Valette, 1999; Denis et Valette, 1997). Lorsque l'instance régionale n'a pas de pouvoir de taxation, sa capacité de gouvernance est étroitement balisée par les orientations et les volontés du gouvernement central. L'instance régionale a besoin aussi, à un moment ou l'autre, de la collaboration des établissements pour opérer des changements tout en réduisant au minimum l'impact négatif de certaines contraintes sur la disponibilité et l'accessibilité des soins et services. C'est là qu'entre en ligne de compte la négociation politique avec les établissements implantés sur son territoire. La participation publique pourrait servir entre autres à enraciner l'autorité régionale dans une culture politique locale de manière à asseoir sa légitimité et peut-être à réduire sa dépendance à l'égard du gouvernement central. Une telle proposition est conforme aux analyses de Bickerton (1999), qui voit dans la régionalisation une façon de renouveler l'État et qui renvoie à une conception réaliste de la participation publique aux systèmes de soins (Contandriopoulos, Denis, Langley, 2001).

## **Gouvernance régionale et changement**

La gouvernance régionale favorise-t-elle ou permet-elle des changements significatifs dans les rapports des citoyens avec l'État et ses appareils administratifs et dans l'offre de soins?

Le potentiel de la gouvernance régionale ne peut s'apprécier sans porter attention aux initiatives et aux moyens d'action d'un gouvernement central. Dans le cas du Québec, certaines décisions prises par le gouvernement central, comme les mises à la retraite anticipées de professionnels de la santé (notamment les infirmières), ont porté atteinte à la marge de manœuvre des instances régionales pour opérer des transformations. Les tensions provoquées par ces décisions dans le fonctionnement des organisations et l'insatisfaction que cela peut entraîner parmi les patients quant à la disponibilité et à l'accessibilité des services ont porté un sérieux coup à la légitimité des réformes. En fait, un problème de fond touchant la gouvernance et le changement est celui du maintien de la légitimité des projets régionaux de réorganisation lorsque les décisions des paliers politiques ou administratifs supérieurs menacent la cohérence et les ressources affectées à ces projets. L'évolution de la régionalisation au Québec montre aussi assez clairement que l'action régionale en santé est devenue plus fragile et moins légitime aux yeux du gouvernement central (Turgeon, CJYR, 2001). Cette tendance s'observe aussi dans d'autres provinces (Lomas, 2001). L'exemple du Québec montre qu'un problème fondamental dans la gestion du changement est celui d'assurer les conditions politiques permettant de renouveler de façon durable la gouvernance. Encore là, il n'y a pas, selon nous, de solutions simples pour assurer un appui politique suffisant aux politiques de régionalisation et de décentralisation.

Dans l'ensemble, les liens entre gouvernance régionale et changements peuvent s'exprimer comme suit. L'installation de moyens stratégiques au niveau régional a permis au système de soins de traverser des périodes difficiles et d'opérer des restructurations importantes. Les organisations de soins et les professionnels ont été fortement ébranlés dans ces processus de changement rapides et peu évolutifs. Ces changements structurels sont probablement convergents au sens où ils peuvent menacer sérieusement les équilibres existants mais sans réaménager substantiellement l'offre de soins, entre autres en matière de coordination des soins et des services. L'approche adoptée pour opérer ces changements a été, dans plusieurs cas, autoritaire ou hiérarchique puisque les instances régionales devaient relayer rapidement des contraintes fortes aux organisations de soins. La gouvernance régionale s'est construite selon le cas avec ou sans la présence d'établissements autonomes et s'est exercée dans un contexte de maintien d'une grande indépendance de la profession médicale.

Cette analyse des liens entre gouvernance régionale et changement nous amène à formuler des recommandations qui traduisent une vision particulière du changement organisationnel. Après une phase importante de changement structurel, la gouvernance régionale doit évoluer vers un rôle de soutien et de catalyseur de dynamiques porteuses de changements au niveau des pratiques, de coopération accrue entre acteurs et organisations et, en conséquence, d'une meilleure intégration des soins et des services. Pour que surviennent de tels changements, la gouvernance régionale doit bénéficier d'une légitimité robuste et durable dans le système de soins et aborder le changement structurel comme une étape subséquente à l'adoption et à la compréhension par les acteurs d'une idéologie favorable à l'intégration des soins et des services.

Proposition 1 : Pour produire des transformations, la gouvernance régionale doit cibler les pratiques professionnelles et organisationnelles.

Proposition 2 : Pour produire des transformations, la gouvernance régionale doit, en plus de ses responsabilités en matière de contrôle, jouer un rôle de soutien et de catalyseur auprès des organisations établies sur son territoire.

Proposition 3 : Pour produire des transformations, la gouvernance régionale doit miser sur une combinaison de stratégies visant à dynamiser et à canaliser le changement, dont l'incitation, la formation, la négociation politique et les modifications structurelles.

Proposition 4 : Pour produire des transformations, les projets de la gouvernance régionale doivent bénéficier d'un appui suffisant et cohérent de la part du gouvernement central.

Proposition 5 : Pour produire des transformations, la gouvernance régionale doit obtenir un contrôle sur les différents leviers lui permettant de stimuler l'intégration des soins et des services dans la collectivité. Par leviers, on entend notamment ici la rémunération des ressources médicales, une collaboration plus étroite avec les milieux de soins sur-spécialisés et des modalités de financement favorables à une collaboration des établissements.

Proposition 6 : Pour accroître sa capacité de produire des changements, la gouvernance régionale doit stimuler la participation locale et publique afin que les projets de changement puissent arriver à maturité et se pérenniser au besoin sans que ne s'épuisent les ressources humaines des organisations et du système de soins.

### **III – L’expérimentation vue comme un mode de production du changement dans le système de soins**

Cette section porte sur un mode particulier de production du changement soit l’expérimentation au moyen d’un financement de projets pilotes dans le système de soins. L’expérimentation est considérée depuis longtemps comme un mode privilégié d’apprentissage dans les systèmes sociaux complexes (Campbell, 1969). Pour discuter des liens entre expérimentation et changement, j’utiliserai principalement les résultats d’une analyse transversale des projets FASS réalisée au Québec (n = 40 projets; Desbiens, Dagenais, Joubert et coll., 2001; Denis, 2001; Denis, Lamothe et Langley, 2000, 2001a) et les résultats d’études portant sur des projets spécifiques (Touati et coll., 2001; Béland et coll., 2001a,b; Lamarche et coll., 2001a,b). Il ne s’agit pas ici de rendre compte de façon exhaustive de l’expérience FASS, mais bien de faire certaines observations sur les liens entre expérimentation et production du changement dans les systèmes de soins. Nous nous intéressons ici à une situation très différente de celle analysée précédemment puisqu’il s’agit non pas de projets de création de nouvelles structures et formes de gouvernance, mais bien de projets qui aspirent à produire un changement local en maintenant relativement constantes les frontières et les règles du jeu actuelles du système de soins. L’analyse du programme FASS permet donc d’apprécier le potentiel de changements convergents et évolutifs pour apporter des transformations à l’offre de soins. Ces changements peuvent par effet d’entraînement produire des changements plus profonds à long terme dans l’organisation et le fonctionnement du système de soins. Toutefois, comme nous le verrons, les initiatives locales ont besoin bien souvent de transformations à d’autres niveaux pour favoriser des changements durables et profonds. L’intérêt de ces projets se trouve entre autres dans la mise à contribution fréquente des professionnels ou des prestataires de soins dans des dynamiques de changement plus voilées en comparaison des grandes réformes pilotées par l’appareil politique, les gouvernements centraux et les bureaucraties publiques (Ferlie et Fitzgerald, à paraître; Brunsson, Andersson, Sahlin, 2000).

Dans cette section, nous présentons tout d’abord brièvement le contexte et la diversité des projets FASS au Québec. Nous examinons ensuite le potentiel de transformation des pratiques et des organisations associé à ces projets. Enfin, nous nous penchons sur les ressources et les dynamiques propices à produire le changement dans le système de soins et sur le rôle de l’expérimentation dans ces processus.

#### **Présentation de l’expérience FASS**

Les projets FASS se sont déroulés dans un contexte politique et économique particulier. Ils représentent une approche privilégiée du gouvernement fédéral canadien depuis quelques années qui consiste à financer des programmes ciblés dans un contexte où sa participation au financement du système de soins a diminué. De plus, les systèmes de soins des provinces et les organisations recevant ces fonds pour l’expérimentation étaient relativement essouffés au moment du démarrage du programme FASS en 1997. Le défi est donc de taille sur le plan du changement. Deux grandes interrogations sont à la base du programme FASS : i) Comment faire pour que les ressources consacrées à des projets novateurs ne soient pas reprises dans les rouages habituels du système et surtout ne viennent pas combler les vides laissés par les périodes

d'austérité budgétaire? ii) Comment faire pour que les ressources humaines soumises à une pression très grande sur le plan de la production des soins et des services s'engagent dans des approches novatrices? Enfin, des démarches d'évaluation ont été associées à l'ensemble des projets FASS, ce qui permet de tirer certaines conclusions sur les liens entre la production de connaissances et la production du changement.

La majorité des projets financés par le FASS au Québec ont porté sur l'intégration des soins et services (31/40) dans le but d'accroître l'efficacité ou la qualité des services offerts. Plusieurs projets (17/40) ont porté sur l'implantation d'outils technologiques, par exemple l'introduction de nouveaux systèmes d'information ou de technologies cliniques comme les guides de pratique. Les projets se distinguent aussi en fonction des différentes cibles d'intervention qu'ils ont visées de façon prioritaire. Ils portent sur une clientèle spécifique comme les personnes âgées en perte d'autonomie, sur le suivi de personnes ayant une maladie spécifique ou sur l'organisation des soins et des services pour une collectivité ou un territoire toutes clientèles et conditions pathologiques confondues (Desbiens, Dagenais, Joubert et coll., 2001). Ces différents types de projets mettent en lumière des facettes incontournables du changement dans les systèmes de soins. Ils montrent qu'il y a une forte interdépendance dans la production du changement dans les systèmes de soins. Il est en fait difficile de circonscrire le changement à un domaine particulier, par exemple les pratiques cliniques, sans devoir à un moment ou l'autre apporter des changements au niveau de la gouvernance y compris l'affectation des ressources et l'incitation économique (Contandriopoulos, Denis, Touati, Rodriguez, 2001; Contandriopoulos, Denis, Lamarche, Touati, 2002). Ce constat empirique concorde avec l'idée que le changement organisationnel est un processus d'ensemble qui demande un nouvel alignement entre les valeurs des acteurs, leurs intérêts et la conception des organisations au sens large (Greenwood et Hinings, 1996; Minzberg, Ahlstrand, Lampel, 1998, 1999).

## **Des modes différents d'expérimentation pour produire le changement**

Revenons maintenant à l'expérimentation en tant que technologie permettant de produire des changements dans le système de santé. Les projets FASS au Québec ont donné lieu à trois approches distinctes de l'expérimentation : i) la greffe d'un prototype, ii) l'introduction de nouvelles interventions sans incidences directes pour les patients et iii) le renouvellement des modes et des pratiques courantes. Nous traiterons ici des processus de changement associés à la greffe d'un prototype et au renouvellement des pratiques courantes. Le mode d'expérimentation qui consiste à introduire de nouvelles technologies ou interventions pour les professionnels sera traité plus explicitement à la section consacrée à l'analyse des processus internes de changement dans les organisations de santé.

L'expérimentation d'un prototype (par exemple le projet SIPA) consiste à greffer sur le fonctionnement courant du système de soins un nouveau modèle de prestation de services (Béland et coll., 2001a,b). L'expérimentation d'un prototype est séduisante du fait qu'elle s'apparente à une vision plus contrôlée du changement. En effet, l'expérimentation d'un prototype amène les promoteurs à investir une énergie importante dans l'implantation du projet. Avec ce mode, il peut paraître plus facile d'intervenir en cours d'expérimentation en faveur du changement. L'expérimentation d'un prototype pose cependant des défis particuliers.

Le prototype représente en soi une alternative à des modes courants d'organisation et de prestation des soins et des services. La reprise du modèle en fin d'expérimentation pose donc clairement la question de la capacité à substituer les modes courants d'organisation ou d'intervention par le prototype. Par exemple, substituer les soins de maintien à domicile courants par un modèle de type SIPA. La mise en œuvre d'un prototype en cours d'expérimentation peut aussi être partielle. Plusieurs projets FASS misaient sur l'expérimentation du mode de financement par capitation sans que cela ne se prête à une mise en place trop localisée. Se pose aussi la question de l'harmonisation d'un modèle de soins et de services développé pour une clientèle particulière avec l'ensemble du système de soins. Plusieurs projets pilotes ne représentent qu'une composante particulière de modèles de soins plus intégrés (Denis et Lamothe, 2001).

En tant qu'expérimentation d'un prototype, le projet SIPA illustre clairement les phénomènes d'interdépendance dans la production du changement. Il montre qu'une approche planifiée et délibérée du changement sous la responsabilité de professionnels engagés peut produire des changements de pratique en cours d'expérimentation. Par ailleurs, le changement local doit, pour se poursuivre et se consolider, s'appuyer sur des changements au niveau systémique. Il y a donc des incertitudes importantes quant à la capacité des organisations et des acteurs locaux d'institutionnaliser des changements significatifs. Pour agir en faveur du changement, il semble utile de considérer la complémentarité des modes participatifs et émergents – donc souvent locaux – de changement avec une approche plus dirigiste et centralisée du changement en mesure de modifier certaines règles du jeu dans le système de soins et de renforcer aussi la capacité de reprise des innovations par le système.

Contrairement aux prototypes, d'autres projets d'expérimentation suscitent des changements à même les ressources et les structures courantes du système de soins. Ces projets peuvent s'appuyer sur une injonction de la part d'une instance de régie comme celle visant à trouver des solutions de rechange aux fusions des établissements pour atteindre des objectifs de rationalisation des ressources et de coordination accrue des soins et des services (Lamarche et coll., 2001a), sur des menaces perçues dans l'environnement comme la fermeture éventuelle d'un petit hôpital (Touati et coll., 2001) ou sur la ferme conviction qu'ont des acteurs locaux de pouvoir mieux faire avec les ressources actuelles. Il s'agit là d'un changement qui, par nature, a un enracinement local de longue date et comporte des dimensions émergentes fortes. Il paraît moins planifié que l'expérimentation du prototype et s'apparente plus à un bricolage inventif. Plusieurs leçons peuvent être tirées de la dynamique associée à ce type d'expérimentation (Lamarche et coll., 2001a,b; Denis, Lamothe, Langley, 2000, 2001a). Différentes initiatives peuvent être prises pour produire un changement, mais le changement structurel semble avoir un potentiel limité. En fait, pour que des changements de structures produisent des avantages au niveau de la coordination des soins et des services, ces changements doivent s'inscrire en synergie avec les dynamiques de collaboration déjà présentes entre les acteurs. Les modalités structurelles de changement ont plus de chance d'être productives si elles s'inscrivent en complémentarité de changements émergents déjà amorcés. Par ailleurs, les changements bénéfiques aux patients sont les changements dans les pratiques professionnelles, c'est-à-dire dans la manière dont les professionnels dispensent les soins et services. C'est aussi là un point fort de l'expérimentation de nouveaux prototypes de prestation des soins et services. Par ailleurs, pour que les dynamiques entre acteurs convergent, notamment la collaboration entre les

médecins, les organisations et les autres professionnels, il faut évoluer vers des changements dans les mesures incitatives. À cet égard, le changement ne peut pas uniquement être structurel ou volontariste, il doit miser sur une synergie entre ces deux facteurs et l'incitation (Denis, Lamothe, Langley et Valette, 1999). Dans les différents projets analysés, il y a aussi la présence de promoteurs permettant de consolider une vision des changements à faire et ayant la légitimité de développer et de mettre en place des stratégies pour les implanter. Nous reviendrons sur cette question dans la section IV, qui traite du leadership organisationnel.

On voit se dessiner à travers ces deux modes d'expérimentation (le prototype et le bricolage) une stratégie plausible de gestion du changement dans les organisations et le système de soins. Les projets FASS ont donné lieu à des changements qui s'apparentent plus à un mode émergent, c'est-à-dire qui s'éloigne d'une rationalisation bureaucratique qui a privilégié un mode structurel de changement dans le système de soins (Denis, Lamothe, Langley, 2000). Ils montrent clairement l'importance de ne pas aborder le changement uniquement comme un processus de « haut en bas » (*top-down*) et donc de miser sur des dynamiques émergentes (*bottom-up*) façonnées par les professionnels qui sont proches de la prestation des soins et services (voir notamment le *Umbrella Project* en Alberta). Cette approche plus souple du changement, jumelée à un impératif d'évaluation des projets novateurs, peut donner lieu à des apprentissages importants et à l'émergence de nouvelles alliances entre les milieux de pratique et les milieux académiques (Denis, Lamothe et Langley, 2001a). Elle concorde aussi avec une perspective adaptative de la conception organisationnelle plus conforme aux impératifs de la production professionnelle et de la gestion des organisations fondées sur la connaissance (Alvesson, 2001; Anderson et McDaniel, 2000; Empson, 2001a,b; Lowendhal, Revang et Fosstenlokken, 2001; Lamothe, 1996). Toutefois, la question de la diffusion et de la pérennité des changements produits localement reste entière posée.

## **La capacité d'institutionnaliser le changement**

Trois dilemmes limitent le potentiel de changement associé à l'expérimentation dans le système de soins (Denis, Lamothe et Langley, 2001a). Le premier porte sur la nature même des structures ou des modèles d'organisation découlant des expérimentations. Plusieurs projets visent à accroître la coordination entre organisations et ils doivent constamment s'accommoder d'une structuration essentiellement verticale du système de soins. Le deuxième porte sur les conditions d'engagement des acteurs dans les expérimentations. Dans plusieurs projets, les incertitudes quant à la continuité d'une expérimentation, ce qui est une caractéristique fondamentale de ce mode de production du changement, minent l'engagement des acteurs et peuvent nuire à une conversion des ressources d'expérimentation en transformations durables des modes d'organisation des soins et des pratiques. Un troisième dilemme touche la question de la fragmentation du système de soins, soulevée par de nombreuses commissions sur les systèmes de soins dans les différentes provinces canadiennes (les commissions Fyke et Clair, entre autres). Le programme FASS donne lieu à de multiples expérimentations auxquelles il est difficile de donner un sens et qu'il est difficile d'intégrer à une politique d'ensemble du système de soins. L'expérimentation oblige donc à une articulation et à un dosage des phases émergentes et locales et des phases plus centralisées et généralisées de changement dans le système de soins. Il faut à la fois renforcer et maintenir cette culture d'expérimentation tout en y voyant une cible

privilegiée d'exercice de la gouvernance dans le système de soins. Plus précisément, il faut penser à des stratégies qui permettent une interaction continue et efficace entre, d'une part, une gouvernance ayant la responsabilité de statuer sur la pertinence, la pérennité et le financement des expérimentations et, de l'autre, les initiatives locales prometteuses, sans contraindre indûment leur possibilité de développement. On voit là se dessiner des pistes pour renouveler les rôles de la gouvernance régionale analysée à la section précédente, notamment les rapports entre production de connaissances et utilisation des connaissances, la formation des acteurs pour le changement et la prise de décision dans le cadre de programmes expérimentaux.

## **Les ressources pour le changement**

Il est possible de définir un ensemble de ressources pour le changement à partir de l'analyse des projets FASS (Denis, Lamothe et Langley, 2001a; Denis, 2001). L'expérience FASS montre l'importance d'associer de près les opérateurs, les professionnels et les autres effectifs dans le développement des projets de changement. La coopération des médecins est indispensable quoique difficile à assurer dans plusieurs projets. Les projets FASS s'apparentent pour la plupart à un mode décentralisé de production du changement qui a certainement contribué à introduire de la diversité dans un système plutôt centré sur l'uniformité. Les projets FASS ont souvent misé sur l'émergence de structures souples comme des comités de coordination ou de concertation qui peuvent stimuler le changement lorsqu'ils ont accès aux ressources nécessaires à leur implantation. Ces structures souples sont, à l'évidence, beaucoup moins bouleversantes pour les acteurs que des changements structurels plus radicaux. Par ailleurs, elles gagnent en efficacité dans un contexte d'expérimentation qui facilite le contrôle de certaines ressources par ces structures. L'expérience FASS nous en apprend probablement peu sur l'efficacité de ces structures souples dans le contexte habituel où de telles structures vont devoir mobiliser des ressources sous le contrôle des établissements. Les projets FASS montrent aussi clairement que les acteurs ont besoin de ressources et de temps pour élaborer des changements sur le plan des pratiques professionnelles. Le changement est aussi favorisé par la présence de promoteurs ou de leaders porteurs d'une vision des transformations à accomplir. Cette vision s'apparente à une idéologie réformiste mais dont les contours sont définis localement et permettent ainsi aux acteurs de s'identifier au projet de changement. Ces ressources peuvent permettre de tirer un meilleur parti des expérimentations.

## **La complexité des projets et le potentiel de transformation**

Les projets FASS ont donc constitué un programme extrêmement varié en matière de gestion du changement. Dans le champ de la santé, et pour rendre compte des phénomènes d'interdépendance dans la production du changement, nous avons défini trois domaines où le changement doit se produire : i) le système clinique, qui comprend la manière de dispenser les soins et les rapports qu'entretiennent entre eux les professionnels; ii) le système de gouvernance, qui comprend les modalités de financement, le système de gestion et le système d'information et, enfin, iii) le système collectif des représentations et des valeurs (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001). Un projet d'expérimentation sera d'autant plus complexe qu'il vise explicitement à apporter des changements dans les trois domaines précités. À la lumière de l'analyse de l'expérience FASS, il paraît difficile de bouger significativement dans un domaine



sans interpellier les autres domaines. L'analyse de l'expérience FASS permet d'émettre des hypothèses quant aux relations entre la complexité d'un projet et la production de changements. Les projets touchant au domaine clinique, à la gouvernance, aux valeurs et aux rapports entre le local et le fonctionnement général du système de soins sont éminemment plus complexes que ceux qui se limitent à une dimension très localisée de l'aspect clinique. Un projet de faible complexité, comme un programme d'enseignement pour patients asthmatiques, produira des changements prévisibles, mais sera probablement une source de transformation du système de soins plutôt modeste. À l'inverse, un projet complexe qui vise à apporter des changements dans les différents domaines que nous venons de décrire, telle la réorganisation des soins et des services sur l'ensemble d'un territoire rural, aura un potentiel élevé de transformer le système de soins, mais pourra par contre connaître plusieurs difficultés dans la réalisation de ce potentiel.

Ces propos montrent clairement l'importance d'inscrire les projets de changement dans une perspective à long terme puisque c'est là que les transformations les plus significatives pourront se produire. Inscrire le changement dans un horizon temporel long est pertinent dans la mesure où des arguments peuvent être énoncés sur la capacité de produire des changements plus radicaux de façon évolutive. À ce jour, le domaine de la santé fournit plusieurs exemples où il a été difficile de produire des changements radicaux sur le plan de la gouvernance et sur le plan des rapports entre professions. L'appui déterminé d'une instance de gouvernance qui pousse sur les projets d'expérimentation pourrait rendre possible un changement radical et évolutif dans le système de soins. Cela pose aussi la question de la capacité des instances de gouvernance à s'inscrire dans une perspective à long terme. À notre avis, lorsque les projets sont ambitieux au sens où nous venons de les décrire et qu'ils s'appuient sur des dynamiques professionnelles fortes, il y a là un potentiel de transformation important. Une cible importante de gestion du changement dans le système de soins est d'accroître notre capacité à bien suivre les initiatives locales et leurs rapports avec les changements qui doivent se produire à d'autres niveaux sur le plan de la gestion des ressources humaines et financières.

Cette analyse de l'expérimentation en tant que mode de production du changement nous amène à faire les propositions suivantes :

Proposition 1 : Pour produire des transformations, il importe de stimuler le changement local et émergent.

Proposition 2 : Pour produire des transformations, il importe de développer des stratégies pour s'assurer de la participation des professionnels et des autres effectifs dans des projets locaux de changement. Le recours à l'incitation semble primordial pour s'assurer de l'engagement des professionnels autonomes.

Proposition 3 : Pour produire des transformations, l'expérimentation ne peut agir seule et doit s'appuyer sur les rôles, les ressources et les compétences des instances centrales et régionales de gouvernance en vue de stimuler, de suivre, de diffuser et d'institutionnaliser les expérimentations.

Proposition 4 : Pour produire des transformations, il importe que les instances de gouvernance développent des programmes de type « capital de risque » en partenariat avec les organisations de soins.

Proposition 5 : Pour produire des transformations, l'expérimentation doit miser fortement sur le développement des capacités cognitives des acteurs. Par capacités cognitives, on entend une capacité à se représenter la complexité des processus de changement. La formation des acteurs engagés dans la gestion et la mise en œuvre des changements paraît à cet égard un atout important.

Proposition 6: Pour produire des transformations, l'expérimentation doit s'inscrire dans un processus cyclique alternant les phases d'émergence et de planification dans la gestion du changement.

Proposition 7: Pour produire des transformations, il importe de gérer la cohérence du projet local et son agencement avec les conditions systémiques.

## **IV – Le leadership vu comme une stratégie de changement**

Le leadership organisationnel représente un mode entrepreneurial de production du changement. Dans cette section, nous discutons des facteurs propices à l'émergence d'un leadership organisationnel favorable au changement.

### **Leadership et changement stratégique dans les organisations de soins**

Nous avons depuis plus de dix ans suivi les processus de changement dans les organisations de santé, en particulier au niveau des hôpitaux universitaires (Denis, Langley, Cazale, 1996; Denis, Lamothe, Langley, 1999, 2001b; Denis, Langley, Pineault, 2000). Des travaux récents (Brock, Powell et Hinings, 1999) suggèrent que les professionnels, dont les médecins, voient leur contexte de pratique se transformer tout en étant en mesure de maintenir une forte autonomie. La situation actuelle sur le plan du recrutement des effectifs médicaux et de la mobilité de cette catégorie professionnelle laisse entrevoir une autonomie croissante des médecins à l'égard des organisations. Se pose alors la question des conditions organisationnelles pour produire et maîtriser le changement dans un tel contexte.

Plusieurs travaux mettent en lumière les rôles des gestionnaires dans le pilotage des organisations et la mise en œuvre des changements (Hambrick et Mason, 1984; Finkelstein et Hambrick, 1996). Ces travaux se sont développés bien souvent autour d'une vision très individualiste et héroïque du leadership organisationnel. Une telle perspective paraît peu adaptée au fonctionnement d'organisations complexes marquées par une structure d'autorité fragmentée. Un tel constat nous a amenés à nous intéresser aux caractéristiques spécifiques du leadership dans ce type d'organisations. Le concept de leadership collectif souligne l'importance d'une multiplicité d'acteurs dans le développement des projets de changement. Il se fonde sur la nécessité d'assurer une représentation des pôles cliniques et administratifs dans les fonctions de leadership. Le leadership organisationnel reposerait donc à la fois sur la valorisation de compétences diversifiées et de différentes sources de légitimité. Pour harmoniser ces différentes ressources dans l'exercice du leadership, les propriétés fonctionnelles d'un leadership collectif peuvent être définies comme suit (Denis, Lamothe, Langley, 2001b). Pour accroître les capacités de changement, le leadership collectif doit être différencié, spécialisé et complémentaire. La différenciation des rôles de leader se rapporte à une division efficace des rôles entre les leaders de l'organisation. Cette différenciation pourrait éviter des rivalités improductives parmi ces intervenants. La capacité de leadership peut aussi être accrue si les leaders ont des rôles spécialisés et complémentaires de manière à faire face à l'ensemble des enjeux du changement.

### **Les enjeux du développement d'un leadership organisationnel collectif**

L'approche du leadership collectif favorise une compréhension du rôle des acteurs dans le changement. Pour que le changement se produise, il faut un leadership fort. Par contre, le leadership en place peut être une source d'inertie, il faut alors réaménager le leadership et considérer celui-ci comme une cible privilégiée de changement. Trois facteurs menacent la solidité et l'efficacité d'un leadership collectif : la rivalité entre les leaders pour occuper l'avant-scène des processus organisationnels, le détachement du projet stratégique des leaders avec la

base opérationnelle de l'organisation, et la faiblesse du projet de changement par rapport aux exigences de l'environnement. Ces facteurs peuvent faire qu'une organisation ne réussisse pas à structurer des capacités de leadership suffisantes pour opérer des changements significatifs.

Des processus organisationnels spécifiques sont à la base de ces trois facteurs qui menacent la pratique d'un leadership collectif. La rivalité des leaders peut-être liée à des facteurs structuraux comme la rareté des occasions ou l'identification des leaders à différents segments de l'organisation. Le détachement du projet des leaders avec la base de l'organisation peut dépendre de l'incapacité de mobiliser des professionnels dans le développement d'un leadership collectif. Enfin, l'importance des jeux d'influence et des divergences d'opinions sur le devenir d'une organisation peut pousser les leaders à faire des compromis significatifs quant à la portée d'un projet de changement. Ces compromis peuvent remettre en cause la cohérence de la stratégie organisationnelle avec les tendances dans l'environnement. L'importance de la vision dans la gestion des processus de changement (Kotter, 1995) prend ici tout son sens dans la mesure où elle peut permettre de ne pas entraîner les projets de changement dans une dérive trop grande.

## **Gestion du changement et leadership organisationnel**

La reconnaissance de l'importance du leadership dans les organisations de soins a plusieurs conséquences pour la gestion du changement. Elle montre combien le réaménagement des équipes de direction dans les organisations est étroitement liée à la capacité de produire le changement. L'analyse empirique des processus de regroupement d'hôpitaux universitaires suggère aussi que tout changement significatif s'accompagne d'une déstabilisation des relations entre les différentes composantes de l'organisation, en l'occurrence entre les acteurs administratifs et les acteurs professionnels ou cliniques, et qu'il faut approfondir notre connaissance des mécanismes propices à générer ou maintenir la confiance entre ces acteurs clés de l'organisation. La cooptation efficace de leaders provenant de la sphère professionnelle peut contribuer à renforcer la confiance. Par ailleurs, les dynamiques sociales et organisationnelles entourant le déploiement d'un leadership collectif ne peuvent suffire à elles seules à produire le changement. Si les projets de changement sont significatifs, ils vont avoir des conséquences variables pour les acteurs et les groupes d'acteurs. Idéalement, ces conséquences maximisent les avantages pour le plus grand nombre d'acteurs dans l'organisation et dans son environnement. Ces avantages, comme nous l'avons évoqué dans l'analyse de l'expérience FASS, peuvent avoir trait à l'apprentissage et à l'autonomie dans la réalisation de nouveaux modèles d'organisation des soins ou de pratiques. Par contre, il est aussi évident que les avantages découlant de l'introduction et de l'implantation de changements significatifs ne seront pas égaux pour l'ensemble des groupes et acteurs (Miller, Greenwood et Hinings, 1999). Le leadership collectif favorable au changement, si bien consolidé soit-il, doit donc pouvoir s'appuyer sur des formes d'incitation compatibles avec les changements recherchés.

Il appert que la gestion du changement est un processus complexe au sein des organisations et que sa complexité sera accrue lorsque le changement implique plusieurs organisations distinctes appelées à coopérer plus étroitement. Les dimensions d'un leadership collectif fonctionnel et les mécanismes susceptibles de favoriser la coexistence d'identités multiples dans un même projet organisationnel seront plus difficiles à concrétiser dans des espaces

inter-organisationnels (Denis, Lamothe, Langley, 2001b). La cooptation des professionnels est centrale mais doit être stimulée par des systèmes efficaces d'incitation. Les outils de gestion comme les approches de qualité et les systèmes d'indicateurs de performance peuvent aussi contribuer à canaliser le comportement d'acteurs autonomes vers le changement (Berry, 1983; Oakes, Towney, Cooper, 1998). Cependant, pour que ces approches soient porteuses de changement, elles doivent être soutenues et pilotées par un leadership organisationnel fort.

La dynamique de leadership en faveur du changement nous amène à faire les propositions suivantes :

Proposition 1 : Pour produire des transformations, il importe de renforcer la coopération entre les acteurs du domaine clinique et les acteurs du domaine administratif dans le pilotage du changement.

Proposition 2 : Pour produire des transformations, il importe de développer une vision collective du leadership organisationnel.

Proposition 3 : Pour produire des transformations, les acteurs en situation de leadership doivent se partager efficacement les rôles de leaders et accepter que des changements soient apportés dans ces rôles au fil du temps.

Proposition 4 : Pour produire des transformations, les leaders doivent porter une attention particulière à la communication et à la validation du projet de changement avec la base de l'organisation. Cette validation comprend, entre autres, un inventaire des coûts du changement pour les différents acteurs ou groupes d'acteurs.

Proposition 5 : Pour produire des transformations, les leaders doivent être en mesure d'établir un équilibre entre les préférences des acteurs au sein de l'organisation et les pressions de l'environnement pour le changement.

## **Conclusion**

Dans cette étude, nous avons analysé différents processus constitutifs des capacités de changement dans les organisations et le système de soins. Il nous a vite semblé que les capacités de gouvernance et de changement sont interdépendantes. Le système de soins ne peut se satisfaire uniquement du changement local, volontariste et émergent. Si c'était le cas, il n'y aurait pas des difficultés dans le fonctionnement actuel du système de soins ni de lacunes dans le renouvellement des pratiques. Tout au long de cette étude, nous avons en fait travaillé dans l'hypothèse que le changement radical devrait pouvoir se produire de façon évolutive en recourant à une mise en cohérence des politiques et initiatives qui se prennent au niveau macroscopique de la régie, au niveau des organisations et au niveau clinique du système de soins. Le changement convergent procède par ajustement et ne modifie pas substantiellement les représentations qu'ont les acteurs de leurs domaines d'activité, les modes actuels de fonctionnement et de pratique, ainsi que le degré de coopération et coordination entre les différentes composantes du système de soins. Le changement radical porte sur l'ensemble de ces éléments de façon à modifier significativement les pratiques, les formes organisationnelles et la lecture que font les acteurs des enjeux cruciaux pour le développement durable du système. L'évolution récente des organisations et du système de soins va dans le sens d'un besoin de changements radicaux. La problématique de l'intégration des soins et des services est un bon révélateur de l'importance de mettre en place de tels changements. Par ailleurs, l'expérience récente des réformes des systèmes de soins invite à la prudence quant au rythme de production des changements. Le cas du système de soins au Québec montre qu'il est possible en peu de temps d'apporter des changements structurels importants et de déstabiliser les organisations et le système de soins. De tels remous n'ont pas permis d'implanter des changements radicaux dans les logiques fondamentales de fonctionnement. C'est en tenant compte de ces observations que l'idée de changement radical produit de façon évolutive paraît porteuse. En privilégiant une telle approche du changement, le rôle de la gouvernance gagne en importance.

Pour que les transformations se produisent, la gouvernance doit prendre au sérieux son rôle d'appui, d'expertise et d'incitation aux projets de changement émergents dans le système de soins. L'analyse de la gouvernance régionale témoigne d'un potentiel d'intervention important, mais qui se doit d'être plus orienté vers la stimulation d'expérimentations. L'analyse de l'expérience FASS montre des limites à une production strictement locale du changement. L'incitation des professionnels et des organisations et le développement des ressources humaines par la formation au changement devraient occuper une place privilégiée dans les pratiques de gouvernance. L'analyse du leadership témoigne du besoin de développer des élites organisationnelles qui sont en mesure d'assumer le pilotage du changement et de moduler leurs rôles en fonction du caractère évolutif du changement. Dans tous les processus que nous avons analysés, les coûts et les avantages du changement pour les ressources humaines sont à considérer. Les avantages dans un milieu professionnel peuvent comporter une part importante d'apprentissage. L'apprentissage ne peut toutefois se faire si les changements induisent des bouleversements excessifs et en apparence peu fonctionnels sur le plan du travail clinique.

Ce qui nous amène à formuler les recommandations qui suivent. Ces recommandations traduisent les résultats de notre analyse en pistes d'action pour le gouvernement fédéral. Elles s'appuient sur le postulat que le gouvernement fédéral maintient et va chercher à maintenir un rôle dans l'évolution du système de santé au Canada. Ces recommandations sont marquées aussi par l'idée qu'il faut de la diversité dans un système pour qu'il puisse se renouveler. Un rôle d'appui du gouvernement fédéral au renouvellement du système de soins me semble donc raisonnable. L'expérience du programme FASS suggère qu'il est possible de stimuler des expérimentations, mais que l'on doit porter une attention particulière à la pérennité des initiatives qui semblent prometteuses. Cela oblige probablement à une meilleure synergie des différents paliers de gouvernance dans le système de soins.

Recommandation 1 :

Pour contribuer à produire les transformations requises dans les organisations et le système de soins, le gouvernement fédéral doit porter une attention particulière aux besoins de cohérence entre les initiatives prises aux différents paliers de décisions politiques et administratifs. Cette recommandation s'appuie sur l'importance des logiques d'emboîtement dans la production du changement dans les systèmes complexes.

Recommandation 2 :

Pour contribuer à produire les transformations requises dans les organisations et le système de soins, le gouvernement fédéral doit miser sur le développement du capital humain et investir des ressources dans la formation des acteurs du changement. Cette recommandation s'appuie sur le rôle critique que joue le capital humain dans les organisations professionnelles, sur la nécessaire autonomie des acteurs et sur l'importance pour les acteurs de développer des représentations favorables à la mise en place des changements.

Recommandation 3 :

Pour contribuer à produire les transformations requises dans les organisations et le système de soins, le gouvernement fédéral doit investir dans un programme décentralisé de type capital de risque pour stimuler l'expérimentation de nouveaux modèles d'organisation et de pratiques. Cette recommandation s'appuie sur l'importance de rendre disponible des ressources pour que les acteurs puissent s'engager dans le changement et du rôle de structure de gouvernance proche du local pour dynamiser le changement. Ce programme de capital de risque doit s'intégrer aux autres structures de gouvernance plutôt que de s'adresser directement au local.

Recommandation 4 :

Pour contribuer à produire les transformations requises dans les organisations et le système de soins, le gouvernement fédéral doit favoriser l'émergence d'espaces inter-régionaux et inter-provinciaux au sein desquels peut s'exercer un leadership collectif en faveur du changement. Cette recommandation s'appuie sur les limites constatées du changement local et sur le besoin de créer de nouveaux espaces politiques pour résoudre les enjeux cruciaux qui se rapportent au mode de financement des organisations et de la pratique professionnelle et à la disponibilité des ressources humaines.

Recommandation 5 :

Pour contribuer à produire les transformations requises dans les organisations et le système de soins, le gouvernement fédéral doit investir dans un système de vigie permettant de documenter, de suivre et de diffuser les expériences novatrices. Cette recommandation s'appuie sur l'importance de l'information et des connaissances pour influencer les acteurs en faveur du changement.



## Bibliographie

- Aggeri, F. et A. Hatchuel. 1999. Innovation et production de la norme : les nouvelles formes de gouvernementalité dans le domaine de l'environnement, dans *Les figures de l'institution et de la norme : entre états et sociétés civiles*. Actes du colloque de l'ADSE. Paris : l'Harmattan.
- Alter, Catherine, Jerald Hage 1993. *Organizations working together*. Newbury Park, California : Sage Publications.
- Alvesson, M. 2001. Knowledge work : Ambiguity, image and identity, *Human Relations* 54(7), 863-886.
- Anderson, R.A. et R.R. McDaniel 2000. Managing health care organizations : Where professionalism meets complexity science, *Health Care Management Review* 25(1), 83-92.
- Béland, François, et coll. 2001a. Évaluation d'un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), dans *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques*, sous la direction de J.-C. Henrard et coll. Paris : INSERM. p. 237-258.
- Béland, François, et coll. 2001b. *Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie – Évaluation de la phase I, juin 1999 à mai 2000*. Montréal.
- Berry, Michel 1983. *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, rapport du Centre de recherche en gestion, École polytechnique.
- Bickerton, James. 1999. Reforming health care governance : The case of Nova Scotia, *Journal of Canadian Studies/Revue d'études canadiennes* 34(2), 159-191.
- Bohman, J. 1996. Public deliberation. Pluralism, complexity, and democracy. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press (Massachusetts Institute of Technology).
- Bourdieu, Pierre et L.J. Wacquant. 1992. Réponses. Pour une anthropologie réflexive. Paris : Éditions du Seuil.
- Bourdieu, Pierre. 1980. *Le sens pratique*. Paris : Les éditions de Minuit.
- Brock, David, Michael Powell, et C.R. (Bob) Hinings. 1999b. The restructured professional organisation: Corporates, cobwebs and cowboys, dans *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law*, sous la direction de David Brook, Michael Powell, et C.R. Hinings. London-New York: Routledge. p. 215-229.
- Brunsson, N. et Andersson K. Sahlin. 2000. Constructing organizations : The example of public sector reform, *Organization Studies* 21(4), 721-746.
- Bryson, John M., Barbara C. Crosby 1992. *Leadership for the common good. Tackling public problems in a shared-power world*. San Francisco : Jossey-Bass Publishers.
- Callon, Michel, Pierre Lascoumes, et Yannick Barthe. 2001. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris : Éditions Seuil.
- Campbell, D.T. 1969. Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24, 409-429.

- Casebeer, Ann et Kathryn Hannah. 2000. Transforming a health care system: Managing change for community gain, *Canadian Journal of Public Health* 91(2), 89-93.
- Chevalier, J. 1996. *La gouvernabilité*. Paris: P.U.F.
- Church, John et Paul Barker. 1998. Regionalization of health services in Canada: A critical perspective, *International Journal of Health Services* 28(3), 467-486.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2000. *Les solutions émergentes*, Québec.
- Contandriopoulos, André-Pierre, Jean-Louis Denis, Paul Lamarche, Nassera Touati. 2002. Les soins et services de première ligne dans un système de santé public. Rapport final préparé et soumis à la CSN.
- Contandriopoulos, André-Pierre, Jean-Louis Denis, Nassera Touati, Rosario Rodriguez. 2001. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, *Ruptures* 8(2), 38-52.
- Contandriopoulos, Damien, Jean-Louis Denis, et Ann Langley. 2001. *The definition of the public in health care reform*, Workshop in Organizational Discourse Theory and Analysis. Academy of Management Annual Meeting, Washington, DC, August.
- Contandriopoulos, André-Pierre, Marc-André Fournier, Jean-Louis Denis et coll. 1999. Les mesures incitatives et le paiement des ressources, dans *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, sous la direction de Clermont Bégin, et coll. Montréal : Presses de l'Université de Montréal. p. 123-147.
- Contandriopoulos, André-Pierre et Yves Souteyrand, dir. 1996. *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*. Paris : John Libbey Eurotexte.
- Contandriopoulos, André-Pierre. 1994. Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1(1), 8-26.
- Davidson, Alan R. 1999. British Columbia's health reform: "New Directions" and accountability, *Canadian Journal of Public Health* 90 (Supplément 1), S35-S38.
- Denis, Jean-Louis. 2001. Comment intégrer le changement dans le système de santé : les leçons tirées des 40 projets québécois financés par le fonds d'adaptation des services de santé (FASS). Conférencier au XXIIe Colloque Jean-Yves-Rivard : *L'innovation et le changement. Les innovations produisent-elles toujours du changement ?*, Montréal, 8-9 novembre.
- Denis, Jean-Louis et Ann Langley. 2001. *Power, legitimacy and shifting archetypes in health care reform*, ASAC 2001 Une odyssée en gestion. 29e Congrès Annuel, 26-29 mai. London, Ontario.
- Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe, et Ann Langley. 2001b. The dynamic of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations, *Academy of Management Journal* 44(4), 809-837.
- Denis, Jean-Louis et Lise Lamothe. 2001. Le rapport de la Commission Clair : rénovation ou transformation du système de santé québécois?, dans *Québec 2002 : annuaire politique, social, économique et culturel*, sous la direction de R. Côté et coll. Québec : Éditions Fides.

- Denis, Jean-Louis, et coll. 2001. *Histoire et bilan d'une innovation institutionnelle : les Agences Régionales de l'Hospitalisation*. Convention INSERM/MIRE/CNRS, juillet.
- Denis, Jean-Louis. 2001. *Entre le central et le local – les dynamiques de régionalisation en santé. Un nouveau paradigme pour la santé publique*. 1<sup>er</sup> Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé. Amiens, France, 23-26 octobre.
- Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe, et Ann Langley. 2001a. *Government-funded experiments as resources for renewal in health care?*, All Academy Symposium: How Government Matter: The Unanticipated Consequences of Health Reform. Academy of Management Annual Meeting, Washington, DC, August.
- Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe, et Ann Langley. 2000. *The emerging shape of professional organization in health care*, Symposium on Professionals as knowledge assets in organizations – Reality Time and Power. Academy of Management Annual Meeting, Toronto, août.
- Denis, Jean-Louis, et coll. 2000. *The regionalization of the Quebec health care system – An analysis*, Symposium ASA-IFSAM 2000, Montréal, 8-11 juillet.
- Denis, Jean-Louis, Ann Langley, et Marc Pineault. 2000. Becoming a leader in a complex organization, *Journal of Management Studies* 37( 8), 1063-1099.
- Denis, Jean-Louis et Annick Valette. 2000. Changement de structure de régulation et performance du mandat, *Finance, contrôle et stratégie* 3(2), 57-79.
- Denis, Jean-Louis. 1999. Trois modèles et trois terrains pour penser la décentralisation, dans *La santé demain : vers un système de soins sans murs*, sous la responsabilité de J.P. Claveranne et coll. Paris : Economica. p. 49-66.
- Denis, Jean-Louis, Damien Contandriopoulos, Ann Langley et coll. 1999. Théorie et pratique de la régulation des régies régionales de la santé au Québec. Rapport financé par HEALNet.
- Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe, et Ann Langley. 1999. The struggle to implement teaching hospital mergers, *Canadian Public Administration* 42(3), 285-311.
- Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe, Ann Langley et coll. 1999. The struggle to redefine boundaries in health care systems, dans *Restructuring the Professional Organizations*, sous la direction de David Brock, Michael Powell, C.R. (Bob) Hinings. London: Routledge. p. 105-130.
- Denis, Jean-Louis, Ann Langley, et André-Pierre Contandriopoulos. 1998. *From institutional discourse to organizational action : The dynamics of legitimation*. Academy of Management Meeting, San Diego, August, 1998.
- Denis, Jean-Louis, et coll. 1998. *Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système sociosanitaire ,rapport de recherche CQRS*.
- Denis, Jean-Louis et Annick Valette. 1997. La régulation régionale au concret : l'expérience des DRASS, *Politiques et Management Public* 15(4), 25 p.
- Denis, Jean-Louis, Ann Langley, et Linda Cazale. 1996. Leadership and strategic change under ambiguity, *Organization Studies* 17(4), 673-699.

- Denis, Jean-Louis, Ann Langley, et André-Pierre Contandriopoulos. 1995. Le rôle des instances régionales dans la transformation du système de santé au Québec – Le cas de la Régie régionale de Montréal-Centre, *Revue Française d'Administration Publique*, no 76, 599-608.
- Desbiens, Francine, Christian Dagenais, Pierre Joubert et coll. 2001. *De l'innovation au changement*, rapport final soumis au Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), sous la direction de Pierre Joubert en collaboration avec les membres du Comité de pilotage de l'évaluation. Québec : Ministère de la santé et des Services sociaux.
- Drache, D., Sullivan, T. 1999. *Market Limits in Health Reform: Public Success, Private Failure*. New York: Routledge.
- Eisenhardt, K.M. 1985. Control : Organizational and economics approaches, *Management Science* 31(2), 134-149.
- Empson, L. 2001a. Introduction : Knowledge management in professional service firms, *Human Relations* 54(7), 811-817.
- Empson, L. 2001b. Fear of exploitation and fear of contamination: Impediments to knowledge transfer in mergers between professional services firms, *Human Relations* 54(7), 839-862.
- Evans, Robert, G., Morris L. Barer, Theodore R. Marmor (Editors) 1994. *Why are some people healthy and others not ? The determinants of health of populations*. New York : Aldine de Gruyter.
- Ferlie, E.L., et coll. 1996. *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- Ferlie, Evan et Louise Fitzgerald. Top down change in U.K. health care : A political perspective. *Gestion*, à paraître.
- Finkelstein, S. et D. Hambrick. 1996. *Strategic Leadership*. St-Paul, West.
- Forest, Pierre-Gerlier et coll. 2000. *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*. Département de science politique et Groupe de recherche sur les interventions gouvernementales (GRIG), rapport présenté au Conseil de la Santé et du Bien-être, 61 pages.
- Giacomini, M., Hurley, J., Bathia, V. et coll. 1996. The many meanings of money : A health policy analysis framework of understanding financial incentives. Centre for Health Economics and Policy Analysis. McMaster University, 36 p.
- Giddens, A. 1984. *The constitution of society*. Berkeley: University of California Press.
- Greenwood, Royston et C.R. (Bob) Hinings. 1996. Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism, *Academy of Management Review* 21(4), 1022-1054.
- Hambrick, D. et P.A. Mason. 1984. Upper echelons : The organization as a reflection of its top managers, *Academy of Management Review* 9, 193-206.

- Hatchuel, A. 2000. Perspective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective?, dans *Perspective pour une gouvernance démocratique*, sous la direction de E. Heurgon et de J. Landrieu. Paris : Éditions Aube.
- Hayes, M.V. et J.R. Dunn. 1998. *Population health in Canada : A systematic review*, CPRN Study no H01. Canadian Policy Research Networks Inc.
- Health Services Restructuring Commission. 2000. *Alegacy*, Minister of Health, Ontario.
- Hinings, C.R. (Bob) et Royston Greenwood. 1988. *The dynamics of strategic changes*. New York: Basil Blackwell.
- Hood, Christopher C. 1983. *The tools of Government*. London, Macmillan.
- Hughes Tuohy, Caroline. 1999. Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain, and Canada, *Health Affairs* 18(3), 114-134.
- Kitchener, Martin. 1999. "All fur coat and no knickers": contemporary organizational change in United Kingdom hospitals, dans *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law*, sous la direction de David Brook, Michael Powell, et C.R. (Bob) Hinings. London-New York: Routledge. p. 183-199.
- Kotter, J.P. 1995. Leading change : Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 59-67.
- Lamarche, Paul, et coll. 2001a. L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 8(2), 71-92.
- Lamarche, Paul, et coll. 2001b. Projet d'action concertée sur les territoires (PACTE) : une gestion locale des services du réseau de la santé et des services sociaux en réponse aux besoins des personnes âgées. Rapport de recherche QC-423, Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), Santé Canada.
- Lamothe, Lise. 1996. La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspecialisés. Thèse de doctorat. Montréal : Université McGill.
- Lascoumes, Pierre. 1996. Rendre gouvernable : de la « traduction » au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique, dans *La gouvernabilité*. Paris : P.U.F. p. 325-338.
- Leatt, Peggy, George Pink, Michael Guerriere. 2000. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthcare Papers*, 1(2), 13-35.
- Lemieux, V. 1997. *La décentralisation*. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Lewis, Steven J., et coll. 2001. Devolution to democratic health authorities in Saskatchewan: An interim report, *Canadian Medical Journal* 164(3), 343-347.
- Lomas, Jonathan. 2001. Past concerns and future roles for regional, *Canadian Medical Association* 164(3), 356.

- Lomas, Jonathan, John Woods, et Gerry Veenstra. 1997a. Devolving authority for health care in Canada's provinces: 1. An introduction to the issues, *Canadian Medical Association* 156(3), 371-377.
- Lomas, Jonathan, Gerry Veenstra, et John Woods. 1997b. Devolving authority for health care in Canada's provinces: 2. Backgrounds, resources and activities of board members, *Canadian Medical Association* 156(3), 513-520.
- Lomas, Jonathan, Gerry Veenstra, et John Woods. 1997c. Devolving authority for health care in Canada's provinces: 3. Motivation, attitudes and approaches of board members, *Canadian Medical Association* 156(5), 669-676.
- Lomas, Jonathan. 1997. Devolving authority for health care in Canada's provinces: 4. Emerging issues and prospects, *Canadian Medical Association* 156(6), 817-823.
- Løwendahl, B.R., O. Revang, et S.M. Fosstenlokken. 2001. Knowledge and value creation in professional service firms: A framework for analysis, *Human Relations* 54(7), 911-932.
- Mhatre, S. et R. Deber. 1992. From equal health care access to equitable access to health : a review of Canadian provincial health commissions and reports. *International Journal of Health Services*, (22), 645-668.
- Meyer, Marshall W. et Lynne G. Zucker. 1989. *Permanently failing organizations*. Newbury Park-London-New Delhi: Sage Publications.
- Miller, Danny, Royston Greenwood et Bob Hinings. 1999. Miser sur le chaos créateur ou évoluer dans la continuité. Le schisme entre les perspectives normative et universitaire du changement organisationnel. *Gestion, revue internationale de gestion*, 24(3), 158-164.
- Miller, D. et P.H. Friesen. 1984. *Organisations : A quantum view*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall
- Mintzberg, Henry, Bruce Ahlstrand, et Joseph Lampel. 1999. Transformer l'entreprise. *Gestion, revue internationale de gestion* 24 (3), 122-130.
- Mintzberg, Henry, Bruce Ahlstrand, Joseph Lampel. 1998. *Strategy safari. A guided tour through the wilds of strategic management*. New York : The Free Press.
- Oakes, Leslie S, Barbara Townley, David J. Cooper 1998. Business planning as pedagogy : language and control in a changing institutional field, *Administrative Science Quarterly*, 43(2), 257-292.
- Perrow, Charles et Mauro F. Guillén. 1990. *The AIDS disaster. The failure of organizations in New York and the Nation*. New Haven -London: Yale University Press.
- Pettigrew, Andrew, E. Ferlie, et L. McKee. 1992. *Shaping strategies change: Making change in large organizations*. The case of the national health services. London: Sage Publications.
- Powell, Michael J., David M. Brock, et C.R.(Bob) Hinings. 1999. The changing professional organization, dans *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law*, sous la direction de David Brook, Michael Powell, et C.R. Hinings. London-New York: Routledge. p. 1-19.

- Rocher, Guy. 2001. *Le « laboratoire » des réformes dans la Révolution tranquille*, conférence Desjardins, prononcée dans le cadre du Programme d'études sur le Québec de l'Université McGill, 6 novembre. Montréal : Université McGill.
- Rondinelli, D.A. 1981. Government decentralization in comparative perspective, *International Review of Administrative Sciences* 47(2), 135.
- Ruggie, Mary. 1999. The US, UK and Canada. Convergence or divergent reform practices?, dans *Market Limits in Health Reform. Public success, private failure*, sous la direction de Daniel Drache et Terry Sullivan. London et New York, Routledge. p. 127-144.
- Saltman, Richard B. et O. Ferroussier-Davis. 2000. The concept of stewardship in health policy, *Bulletin of the World Health Organizations* 87(6), 732-739.
- Saltman, Richard, et J. Figueras, directeurs et auteurs. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, no. 72.
- Saltman, Richard, J. Figueras et C. Sakellarides, dir. 1998. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press.
- Scheirer, M.A. 1981. *Program implementation : The organizational context*. Beverly Hills : Sage Publications.
- Scheirer, M.A. 1987. Program theory and implementation theory : Implications for evaluators in Bickman, L. (Editor) *Using program theory in evaluation*. San Francisco : Jossey-Bass, p. 59-76.
- Smith, B.C. 1979. The measurement of decentralization, *International Review of Administrative Sciences* 45(3), 215.
- Touati, Nassera, et coll. 2001. Une expérience d'intégration des soins dans une zone rurale : les enjeux de la mise en œuvre, *Ruptures* 8(2), 93-107.
- Trottier, Louise-Hélène, et coll. 1999. Contrasting vision of decentralization , dans *Market Limits in Health Reform: Public Success, Private Failure*, sous la direction de D. Drache et T. Sullivan. New York: Routledge. p. 147-165.
- Tuohy, C.H. 1999. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada*, New-York: Oxford University Press.
- Turgeon, Jean. 2001. Panorama québécois : passé et prospectives. Conférencier au XXIIe Colloque Jean-Yves-Rivard : *L'innovation et le changement. Les innovations produisent-elles toujours du changement ?*, Montréal, 8-9 novembre.
- Tushman, M.L. et E. Romanelli. 1985. Organizational evolution: A metamorphosis model of convergence and reorientation, dans *Research in organizational behavior*, sous la direction de L.L. Cummings et de B.M. Staw. Greenwich, CT: JAI Press. Volume 7, p. 171-222.
- Valette, Annick, André-Pierre Contandriopoulos et Jean-Louis Denis. 2000. Les processus de restructuration hospitalière et leur gestion. Rapport, France : MIRE.