

Université de Montréal

*L'influence de la gouvernance sur la capacité de
changement du système de soins : l'exemple de
l'implantation des groupes de médecine de famille*

par

Frédéric Gilbert

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en santé publique
option Gestion des services de santé

Avril 2010

© Frédéric Gilbert, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

L'influence de la gouvernance sur la capacité de changement du système de soins :
l'exemple de l'implantation des groupes de médecine de famille

Présenté par :
Frédéric Gilbert

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

François Champagne, président-rapporteur
Lise Lamothe, directrice de recherche
Jean-Louis Denis, co-directeur
Régis Blais, membre du jury
Jan Jorgensen, examinateur externe
Jean Pelletier, représentant du doyen de la FES

Résumé

Cette thèse s'intéresse à la gouvernance de changements en contextes pluralistes. Nous souhaitons mieux comprendre l'exercice de gouvernance déployé pour développer et implanter un changement par le biais d'une politique publique visant la transformation d'organisations pluralistes. Pour ce faire, nous étudions l'émergence et l'implantation de la politique encadrant la création de groupes de médecine de famille (GMF) à l'aide d'études de cas correspondant à cinq GMF. Les cas sont informés par plus de cents entrevues réalisées en deux vagues ainsi que par une analyse documentaire et des questionnaires portant sur l'organisation du GMF. Trois articles constituent le cœur de la thèse.

Dans le premier article, nous proposons une analyse de l'émergence et de l'implantation de la politique GMF à l'aide d'une perspective processuelle et contextuelle développée à partir du champ du changement organisationnel, tel qu'étudié en théorie des organisations. Les résultats démontrent que la gestion du changement en contexte pluraliste est liée à de multiples processus prescrits et construits. Nous avons qualifié ce phénomène de régulation de l'action social (*regulation of collective action*). La conceptualisation développée et les résultats de l'analyse permettent de mieux comprendre les interactions entre les processus, le contexte et la nature du changement.

Le deuxième article propose une conceptualisation de la gouvernance permettant l'étude de la gouvernance en contextes pluralistes. La conceptualisation de la gouvernance proposée tire profit de plusieurs courants des sciences politiques et de l'administration publique. Elle considère la gouvernance comme un ensemble de processus auxquels participent plusieurs acteurs détenant des capacités variables de gouvernance. Ces processus émergent des actions des acteurs et des instruments qu'ils mobilisent. Ils permettent la réalisation des fonctions de la gouvernance (la prospective, la prise de décisions ainsi que la régulation) assurant la coordination de l'action collective.

Le troisième article propose, comme le premier, une analyse de l'émergence et de l'implantation de la politique mais cette fois à l'aide de la conceptualisation de la gouvernance développée dans l'article précédent. Nos résultats permettent des apprentissages particuliers concernant les différentes fonctions de la gouvernance et les

processus permettant leur réalisation. Ils révèlent l'influence du pluralisme sur les différentes fonctions de gouvernance. Dans un tel contexte, la fonction de régulation s'exerce de façon indirecte et est étroitement liée aux fonctions de prospective et de prise de décisions. Ces fonctions rendent possibles les apprentissages et le développement de consensus nécessaires à l'action collective. L'analyse des actions et des instruments a permis de mieux comprendre les multiples formes qu'ils prennent, en lien avec les contextes dans lesquels ils sont mobilisés. Les instruments indirects permettent les interactions (p. ex. commission d'étude, comité ou réunion) et la formalisation d'ententes entre acteurs (p. ex. des contrats ou des protocoles de soins). Ils se sont révélés fondamentaux pour coordonner les différents acteurs participant à la gouvernance, et ce tant aux niveaux organisationnel qu'inter organisationnel.

Les résultats démontrent que les deux conceptualisations contribuent à l'étude de la gouvernance du changement. Nous avons développé deux perspectives inspirées par les sciences politiques, l'administration publique et la théorie des organisations et les analyses qu'elles ont permises ont révélé leur complémentarité. Les résultats permettent de mieux comprendre les processus impliqués dans un tel changement ainsi que leur lien avec les efforts déployés aux différents niveaux par les acteurs mobilisant leurs capacités de gouvernance pour influencer et construire la politique GMF.

Mots-clés : gouvernance; changement, instruments de gouvernance, processus, étude de cas, contexte pluraliste

Abstract

This thesis is concerned with the governance of change in pluralistic contexts. We wanted to gain a better understanding of the governance processes utilised to develop and implement a public policy aimed at transforming pluralistic organisations. To this end, we conducted a multiple-case study of the emergence and implementation of a policy supporting the creation of family medicine groups (FMG) as it unfolded in five FMGs. The case studies were informed by over 100 interviews conducted in two periods in time as well as from an analysis of documents and questionnaires relating to the organisation of the FMGs. This thesis is essentially composed of three articles.

In the first article, we propose an analysis of the emergence and implementation of the FMG policy based on a combined processual-contextual perspective, which has its roots in the field of organisational change, as studied in organisational theory. The results demonstrated that the management of change in a pluralistic context is associated with multiple prescribed and constructed processes. We termed this phenomenon a *regulation of collective action*. The conceptual framework we developed enabled an analysis which in turn fostered a more enlightened understanding of the interactions that take place between processes, the context and the nature of change.

The second article proposes a conceptualisation of governance that enables it to be studied in pluralistic contexts. This framework draws from several branches of political science and public administration. It considers governance as the set of processes involving the participation of many actors, who possess varying degrees of governance capacities. These governance processes are manifested in actors' actions and the instruments they mobilise. Furthermore, the governance processes consist of three types of functions—avenue-prospecting, decision-making and regulation—which together serve to coordinate collective action.

Like the first article, the third proposes an analysis of the emergence and implementation of a policy; however this article incorporates the framework of governance developed in the preceding article. Our analyses yielded some novel findings about the various functions of governance and the processes that lead to their realisation. Specifically,

they revealed how the pluralistic context influences and shapes governance functions. In such contexts, the regulation function was found to be carried out in an indirect manner and to be closely tied to the functions of avenue-prospectings and decision making. These functions fostered the knowledge gathering and the consensus building needed to mobilise collective action and were manifested in the use of governance instruments. An analysis of actors' actions and the instruments they used gave us insight into the many forms that such actions and instruments can take as well as the contexts in which they may be mobilised. Indirect instruments allowed for interactions (e.g. task force, committee or meeting) and the formalisation of agreements between actors (e.g. contracts, care protocols). These instruments proved to be fundamental to the coordination of the various actors participating in governance, both within organisations and between them.

Our results demonstrate that the two frameworks contribute significantly to the study of change governance. We developed two conceptualisations inspired from political science, public administration and organisational theory, and the analyses they enabled revealed how the two frameworks complement each other. These results have given us a more clarified understanding of the processes involved in such a systemic change as well as the relationship between these processes and the efforts deployed at various levels of governance by actors exercising their capacity to influence or shape a far-reaching public policy.

Keywords : governance, change, governance instruments, process research, case studies, pluralist context

Table des matières

<i>Résumé</i>	<i>i</i>
<i>Abstract</i>	<i>iii</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>ix</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>xi</i>
<i>Liste des figures</i>	<i>xi</i>
<i>Remerciements</i>	<i>xiii</i>
<i>Introduction – La gouvernance du changement en contexte pluraliste</i>	<i>1</i>
Objectifs généraux	3
1. Contexte de l'étude	7
2. État des connaissances	11
A- Les soins de première ligne.....	11
B- Le changement organisationnel en contexte pluraliste	17
Nature du changement.....	17
Processus.....	18
Contexte du changement.....	20
C- La gouvernance	22
Perspective instrumentale de la gouvernance	23
Perspective démocratique de la gouvernance	28
3. Questions de recherche et modèles conceptuels	33
4. Méthode	39
Stratégie et devis de recherche.....	41
Description sommaire des cas.....	43
Participation de l'étudiant au projet L'implantation des Groupes de médecine de famille – le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle..	44
Données empiriques – sources.....	44

Documentation.....	45
Entrevues auprès d'informateurs clés	45
Questionnaire sur l'organisation des GMF	47
Données empiriques – analyse.....	48
Analyse documentaire.....	48
Analyse des entrevues.....	48
Préparation des bases de données	49
Analyse des cas	50
Validité des études de cas	51
5. Articles.....	55
<i>Article 1 : Regulation of Collective Action: Managing Change in Pluralistic Professional Contexts.....</i>	<i>57</i>
Abstract	57
Introduction.....	57
Research context and objectives	58
Analytical framework	60
A) Change content	61
B) Change process	61
C) Change context.....	63
Methodology	65
Results.....	67
Stage 1: Birth of the policy	68
Stage 2: Accreditation/Formalization process	72
Stage 3. Operational transformations (administrative and professional practices).....	74
Discussion	79
Change content.....	79
Change process	81

	vii
Discussion summary	86
Lessons for managing change	87
Conclusion	88
<i>Article 2: Integrative framework of governance: in search of conceptual clarification..</i>	97
Introduction.....	97
A pragmatic framework of governance.....	98
What governance does: The functions of governance	100
Who is involved in governance: the governance context	105
How governance takes place: governance processes	110
Conclusion	118
<i>Article 3: A situated view of governance in pluralistic contexts: from public policy to improved public services</i>	129
Introduction.....	129
1. Analytical framework.....	130
2. Research objectives and context	131
Research context	131
3. Methodological considerations	133
4. Result	135
Phase 1: From problems to public policy: governance processes at the provincial level.....	135
Phase 2: From public policy to FMGs: multi-level governance processes.....	138
Phase 3: From group creation to changes in services: enmeshed governance capacities.....	140
Results - Conclusion	143
5. Discussion.....	143
Governance capacities.....	144

Governance functions	146
Governance processes (actions and instruments at play).....	148
Conclusion	151
6. Discussion et conclusion de la thèse	159
1 ^{ère} partie : rappel des contributions respectives des articles	160
Contribution à l'analyse du changement organisationnel: (Article #1 – Regulation of Collective Action: Managing Change in Pluralistic Professional Contexts)	160
Contribution à l'analyse de la gouvernance (Article #2 - <i>Integrative framework on governance – in search of conceptual clarification & article #3 – A situated view on governance in pluralistic contexts: from public policy to better public services</i>)	162
2 ^e partie : L'étude du changement et de sa gouvernance – Deux perspectives complémentaires	164
Pluralisme du contexte et son incidence sur la gouvernance du changement.....	165
Complémentarité des approches du changement et de la gouvernance	166
Conclusion	168
<i>Bibliographie complète</i>	<i>171</i>
<i>Annexe 1 - Guides d'entrevues.....</i>	<i>i</i>
<i>Annexe 2 : Questionnaire sur l'organisation des GMF</i>	<i>xxv</i>
<i>Annexe 3 – Analyse documentaire</i>	<i>xli</i>
<i>Annexe 4 : Approbation du comité d'éthique</i>	<i>lxxvii</i>
<i>Annexe 5 : Formulaire de consentement (professionnels et gestionnaires)</i>	<i>lxxxix</i>

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des cas à l'étude.....	42
Tableau 2 : Nombre d'entrevues par GMF (A à E) effectuées dans chacune des séries	47
Tableau 3 : Contenu des articles de thèse	55

Article 1

Table 1: Case characteristics.....	66
Table 2: Number of interviews by group (A to E) for rounds one (R1) and two (R2)	67
Table 3: Change analysis highlights by stages.....	69
Table 4: Change analysis highlights by group	71

Liste des figures

Figure 1: A comprehensive analytic model of change	34
Figure 2: Governance framework	36
Article 1	
Figure 1: A comprehensive analytic model of change	64
Figure 2: Changes linked to FMG policy.....	73
Article 2	
Figure 1: Governance framework	99
Article 3	
Figure 1: Governance framework (article #2).....	130

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement les professeurs Lise Lamothe et Jean-Louis Denis qui m'ont patiemment dirigé dans la préparation de cette thèse. Ils ont su m'inspirer tout en me laissant l'espace nécessaire pour forger ma pensée. Leur soutien a été un réel privilège.

Merci à l'équipe du Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de 1^{ère} ligne (Gréas1) et plus particulièrement à Raynald Pineault, Pierre Tousignant et Ginette Beaulne pour leur soutien intellectuel, moral et financier. Les bourses du Gréas1 m'ont permis de me consacrer à mes études doctorales et leur accueil dans leur équipe à la Direction de la santé publique de Montréal a contribué à ma réflexion en plus de rendre ce processus beaucoup plus agréable.

Un merci particulier à Marie-Dominique Beaulieu qui m'a permis de m'intégrer au projet de recherche sur les Groupes de médecine de famille dans lequel s'est insérée ma thèse, ainsi que pour le soutien financier reçu de la Chaire Sadock Besrour en médecine familiale. Je remercie également Danielle Roberge et le Groupe inter- universitaire de recherche sur les urgences qui m'ont également offert une bourse.

Je remercie mes collègues et amies Isabelle Brault, Mylaine Breton et Roxane Borges da Silva ainsi que la bande des 9.06, Annie Camus, Francisco Villanueva, Geneviève Hevieux, Louis Baron, Frédéric Paré et Pascale Denis avec qui j'ai partagé cette aventure. Merci également à mes nombreux collègues pour leur soutien.

Merci à mes sœurs et mes amis dont Valérie Montreuil, Louise Morin, Jean-Frédéric Lévesque et Francis Marcotte qui ont toléré mes absences physiques et mentales. J'exprime aussi toute ma gratitude à Isabelle Tardif sans qui je n'y serais tout simplement jamais arrivé.

Introduction – La gouvernance du changement en contexte pluraliste

Dans le cadre de cette étude, nous utilisons la politique GMF pour mieux comprendre l'exercice de gouvernance déployé pour développer et implanter un changement par le biais d'une politique publique visant la transformation d'organisations pluralistes. Plusieurs gouvernements tentent de réorganiser leur système de santé sous la pression des transformations démographiques, de l'augmentation des coûts et des nouvelles technologies dans le but d'en améliorer l'efficacité, l'efficience et l'implication des patients (Saltman & Figueras, 1988). L'amélioration des soins de santé primaires est souvent au centre des changements souhaités par les États modernes car ces services sont reconnus comme étant une composante centrale des systèmes de santé efficaces (Macinko, Starfield, & Shi, 2003; OMS, 2000). Leur rôle est important entre autres parce qu'environ 80% des problèmes de santé peuvent être réglés à ce palier (MSSS, 2002b). La volonté d'offrir des soins primaires plus accessibles, continus et intégrés est depuis longtemps au cœur des politiques publiques au Québec. Déjà en 1970, la Commission Castonguay-Nepveu recommandait de réorganiser les soins de première ligne autour des Centres locaux services communautaires (CLSC) (CESBES, 1970). Ces nouvelles organisations de soins primaires devaient devenir la porte d'entrée du système de soins, intégrer les services médicaux avec les services sociaux tout en coordonnant ces services avec le reste du système de soins (CESBES, 1970). Les CLSC ont bel et bien été mis en place à partir de 1971. Ils offrent maintenant un ensemble de services médicaux et sociaux. Mais ils n'ont pu être mis en œuvre aussi rapidement que prévu et ils ne sont jamais devenus la porte d'entrée du système comme le prévoyait la Commission Castonguay-Nepveu (Bégin, Bergeron, Forest, & Lemieux, 1999). Un grand nombre de projets pilotes ont été menés dans plusieurs provinces canadiennes dont le Québec, mais aucune initiative n'a pu à ce jour modifier de façon significative le réseau de soins primaires (Tuohy, 2003). Malgré la volonté des gouvernements et les efforts déployés, les soins médicaux de première ligne demeurent trop peu accessibles et intégrés (Haggerty et al., 2004). Plusieurs considèrent qu'une gestion déficiente de l'information, une mauvaise répartition des tâches entre les juridictions des

professionnels ainsi que l'utilisation d'incitatifs incohérents sont parmi les facteurs à la source des lacunes observées dans les soins de première ligne (CESSSS, 2000b).

Pour mieux saisir les enjeux liés à l'amélioration des soins primaires, certaines études ont porté sur la nature particulière du système de soins. Des auteurs expliquent les difficultés à transformer le système de santé par la nature pluraliste du contexte et des organisations (Contandriopoulos, 2003; Denis, Lamothe, & Langley, 2004). Les organisations pluralistes sont composées de professionnels dont l'expertise et les habiletés spécialisées limitent le contrôle qui peut être exercé à leur endroit (Champagne, 2002). Les organisations composées comme les universités et les organisations de santé sont des exemples classiques d'organisation pluralistes. Les contextes pluralistes sont principalement caractérisés par l'interdépendance d'acteurs poursuivant des objectifs divergents, un pouvoir diffus entre les acteurs et des interactions multiples entre les organisations œuvrant à différents niveaux et où personne ne détient un pouvoir suffisant pour contrôler parfaitement les autres, ce qui en fait un environnement où les changements ne peuvent être imposés unilatéralement (Kickert, Klijn, & Koppenjan, 1997b; Rhodes, 1997).

Dans les milieux pluralistes, le changement s'intègre mieux s'il est réalisé de façon incrémentale (Offe, 1996). Comme March et Olsen (1995) l'expliquent, dans ces environnements, « changes that are defined as natural, normal, or legitimate are easier to accomplish than those that are not ». Certains auteurs ont proposé de concevoir l'implantation graduelle (incrémentale) de changements importants (radicaux) (Denis, 2004; Hutchison, Abelson, & Lavis, 2001). Pour eux, il est plus plausible de miser sur des changements incrémentaux qui, lorsque réalisés de façon cohérente avec des objectifs plus vastes, peuvent conduire à des changements importants.

Plusieurs considèrent que le pluralisme caractérisant plusieurs contextes a amené des transformations dans la conduite de l'action collective par l'introduction de politiques publiques (Lascoumes, 1996; March & Olsen, 1995; Peters & Savoie, 1995; Pierre & Peters, 2000; Rhodes, 1997; Salamon, 2002b). Pour ces auteurs, l'exercice de la

gouvernance est directement lié à la capacité de résoudre des problèmes collectifs et d'améliorer la performance des systèmes comme celui des soins et services. La gouvernance peut être conçue comme l'exercice de l'autorité au service de l'action collective, en étroite relation avec les réseaux d'acteurs concernés (inspiré de Rhodes (1997) et Hatchuel (2000)).

D'autres auteurs se sont intéressés davantage à l'étude des formes organisationnelles liées aux soins de première ligne et sur les effets qu'elles produisent (Grumbach & Bodenheimer, 2004; Lamarche et al, 2003; Safran, Talov, & Rogers, 1994) ou à la transformation des pratiques cliniques (Marshall, Mannion, Nelson, & Davies, 2003). Si les liens entre les services et les effets qu'ils produisent sont mieux documentés, nous en savons toujours peu sur le processus de mise en place des modèles jugés comme les plus performants (Lamarche et al, 2003). En effet, le processus de transformation volontaire du système de santé demeure peu maîtrisé et plusieurs considèrent que les gouvernements entreprennent des réformes sans une compréhension suffisante de la transformation des systèmes et de sa gouvernance (Glouberman & Zimmerman, 2004).

Objectifs généraux

Au Québec, les Groupes de médecine de famille (GMF) ont été conçus comme une façon d'améliorer l'offre de soins primaires à partir d'organisations existantes. Les GMF ont été proposés par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS) dirigée par Michel Clair (CESSSS, 2000b) et font référence à des regroupements de 8 à 10 médecins omnipraticiens pratiquant en cabinet, en CLSC ou en unité de médecine familiale (UMF) qui offrent, en collaboration avec deux infirmières ayant un rôle élargi, des services à des heures étendues à une clientèle inscrite (MSSS, 2002b). À notre avis, le processus de construction et d'implantation de la politique GMF est un exemple pertinent à étudier car il illustre un exercice concret de gouvernance visant l'introduction de changements en contexte pluraliste. Nous nous intéressons donc à la fois au changement et à son pilotage à travers le processus de construction et d'implantation de cette politique.

Globalement, nous souhaitons mieux comprendre :

- le changement, son contexte et les processus rattachés à son émergence et son implantation;
- l'exercice de gouvernance déployé dans le cadre de ce changement;
- l'interaction entre la gouvernance et le changement.

Pour mener cette étude, nous analysons le même phénomène en mobilisant deux perspectives de façon séquentielle : la première se concentre sur l'analyse de la gouvernance et la seconde sur celle du changement. La gouvernance est analysée à travers les instruments de gouvernance et les actions des acteurs. Ces instruments regroupent à la fois des moyens directs comme des attributs organisationnels spécifiques ainsi que d'autres de nature plus indirecte comme la contractualisation ou la mise en relation et l'influence. L'analyse du changement s'intéresse à la fois à sa nature, aux processus et à son contexte d'implantation. Ces perspectives processuelles, situées et contextuelles, nous offrent un éclairage original sur l'émergence et l'implantation de changements à grande échelle implantés en contexte pluraliste.

Contrairement aux études traditionnelles portant sur l'étude des politiques publiques, nous ne restreignons pas notre analyse au niveau central bien que le gouvernement central soit à la source de l'émergence, l'adoption et l'implantation de la politique GMF. En effet, nous nous attardons à la gouvernance qui s'exerce et au changement produit à tous les niveaux du système, du niveau provincial jusqu'aux pratiques des professionnels offrant les services aux patients au niveau organisationnel. Pour mettre en lumière ce système de gouvernance, nous nous appuierons sur cinq cas nous permettant de poursuivre l'analyse de la politique à travers son implantation dans les organisations.

Comme nous le verrons, nous concevons la politique GMF comme un processus complexe de pilotage de changement en contexte pluraliste. Il s'agit donc d'une analyse de la gouvernance de changements de grands systèmes initialement conçus et réalisés au niveau provincial jusqu'à leur matérialisation au niveau local. Une telle analyse permet de

mettre en lumière les multiples processus de gouvernance qui interviennent aux différents niveaux en lien avec les transformations recherchées.

1. Contexte de l'étude

Au Québec, les soins de santé primaires demeurent principalement offerts dans les cliniques médicales privées où pratiquent 77% des omnipraticiens québécois alors que seulement 25% travaillent dans les CLSC (Demers & Brunelle, 2000). L'organisation du travail la plus généralement observée dans les cliniques médicales fait en sorte que les services sont plus accessibles mais moins continus et coordonnés ; nous constatons l'inverse dans les CLSC (Lamarche et al, 2003). C'est pour tenter de combiner le niveau élevé d'accessibilité actuellement atteint par les cabinets privés à celui de continuité offert par des organisations comme les CLSC que le gouvernement a décidé en mai 2001 d'implanter les GMF. Les GMF ont été proposés en 2000 par la CESSSS (2000b). Ils font référence à des regroupements de « médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes (...) [et] responsables d'une gamme de services définis auprès d'une population de citoyens qui les auront choisis » (CESSSS, 2000b: 52).

Les GMF sont développés pour répondre à cinq problématiques précises : 1) l'accessibilité limitée et la fragmentation des services médicaux ; 2) l'utilisation inefficace des compétences des professionnels ; 3) le manque de disponibilité médicale à l'extérieur des heures régulières ; 4) la consultation par certains patients de plusieurs médecins et 5) les problèmes liés à l'effritement du rôle des médecins de famille qui se consacrent de plus en plus à des secteurs d'activités restreints (MSSS, 2002b). En lien avec ces difficultés, les GMF poursuivent au moment de leur implantation cinq objectifs principaux (MSSS, 2002b) :

- donner à tous les Québécois et à toutes les Québécoises l'accès à un médecin de famille;
- assurer une plus grande accessibilité des services ainsi que la prise en charge globale (continuité des services) et le suivi des patients qui s'inscrivent auprès d'un médecin de famille membre d'un GMF;
- améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux ainsi que l'organisation des services de première ligne offerts à la population;
- développer une plus grande complémentarité des services avec les CLSC;

- reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille.

Pour atteindre les objectifs, les GMF misent sur plusieurs attributs (MSSS, 2002b) :

- le développement d'une pratique de groupe réunissant 6 à 12 médecins équivalent temps plein (ETP) qui travaillent en collaboration de façon à favoriser la prise en charge et le suivi des patients, développer une approche multidisciplinaire, utiliser des dossiers communs, etc.;
- l'inscription des patients du GMF auprès de leur médecin est volontaire et sans lien avec le lieu de résidence (1000 à 2200 par ETP) de façon à favoriser la responsabilisation des patients et des professionnels;
- l'attribution aux médecins choisissant de pratiquer en GMF d'un forfait de prise en charge ajouté au mode habituel de rémunération (à l'acte, à tarif horaire ou à honoraires fixes) qui continue de s'appliquer ainsi qu'une rémunération à tarif horaire pour les tâches non cliniques et pour les activités multidisciplinaires et administratives liées au mode d'organisation en GMF;
- l'offre des services avec et sans rendez-vous ainsi qu'en dehors des heures régulières (samedi, dimanche et jour férié) et l'assurance d'une réponse adaptée aux besoins du patient en collaboration avec les services téléphoniques « Info-santé » de la région, pour les patients inscrits dont la situation ne peut attendre les périodes d'ouverture du GMF;
- l'implication d'infirmières (généralement 2 par GMF) fournies par un CLSC qui se verront confier davantage de responsabilités de façon à répondre à un ensemble de problèmes de santé courants;
- l'utilisation de systèmes d'information pour favoriser l'accès pour les médecins du GMF aux dossiers des patients inscrits.

Les GMF ne correspondent pas à la création de nouvelles organisations. Cette initiative vise plutôt à modifier certains attributs actuels des pratiques des professionnels à l'intérieur d'organisations existantes (cabinets, CLSC ou UMF). En cherchant à modifier des valeurs comme la responsabilisation des médecins et de la population (MSSS, 2002b), on peut aussi imaginer que cette politique vise à conduire à des changements importants au niveau de l'offre des soins de première ligne.

La politique GMF prévoit aussi certaines dispositions liées au processus de formation d'un GMF (MSSS, 2002b). Les médecins pratiquant en cabinet privé, en CLSC ou en unité de médecine familiale (UMF) peuvent former un GMF sur une base volontaire.

Le groupe de médecins intéressé à former un GMF doit soumettre un projet qui, lorsqu'il est accepté, mène à la signature d'un contrat d'association entre les médecins du GMF et d'une convention entre le GMF et la régie régionale. Par la suite, un protocole d'entente doit être établi entre le GMF et le CLSC. Comme l'avait recommandé la CESSSS (2000b), l'implantation des GMF a débuté avant que toutes les modalités (ex. budget, rémunération, etc.) ne soient définies. Également, un groupe de soutien à l'implantation dirigé par un médecin a été créé pour supporter les groupes en démarrage.

La mise en œuvre des GMF s'inscrit dans un contexte de transformation de l'ensemble du système de santé québécois encadré par la loi 25 adoptée en 2003. Cette réforme vise la création de Centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont chacun pour mandat la formation d'un réseau local de services. Les CSSS regroupent des centres d'activités de type soins hospitaliers, soins primaires et soins d'hébergement et de longue durée. Les réseaux locaux visent à mettre en relation les groupes de professionnels, les établissements et l'ensemble des intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux du territoire (Assemblée nationale, 2003). Cette transformation du contexte affecte l'implantation des GMF d'au moins deux façons. D'une part, les GMF implantés dans les CLSC sont intégrés aux CSSS. D'autre part, les GMF risquent d'être interpellés dans le cadre de la création des réseaux locaux de services, bien que cela n'ait pas été le cas pendant la période étudiée.

En août 2002, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS, 2002b) a réitéré l'objectif de la CESSSS d'avoir inscrit 75% de la population dans 300 GMF en 2006. Le 100^e GMF a été accrédité en juin 2005. La politique GMF est intéressante car elle permet d'étudier la capacité de l'État à influencer le changement dans un contexte pluraliste. Dans cette recherche, nous étudions l'émergence et l'implantation de la politique GMF à partir des points de vue du changement organisationnel et de la gouvernance. Dans la prochaine section, nous présentons l'état des connaissances utile à la réalisation d'une telle analyse.

2. État des connaissances

Dans cette section, nous nous attardons aux principaux concepts utiles à l'analyse du pilotage du changement qu'impliquent l'émergence et l'implantation de la politique GMF. Trois concepts sont au cœur de cette analyse, les services de première ligne, le changement ainsi que sa gouvernance. Le lecteur est également invité à consulter la littérature pertinente à l'analyse du changement dans l'article 1 (Regulation of Collective Action: Managing Change in Pluralistic Professional Networks) ainsi que celle portant sur la gouvernance dans l'article 2 (Integrative framework on governance – in search of conceptual clarification).

A- Les soins de première ligne

Pour les fins de cette thèse, les expressions « services de première ligne », « soins primaires » et « soins de santé primaires » sont considérées comme synonymes. Il n'existe pas de tel consensus dans la littérature qui propose plusieurs définitions de ces concepts variant essentiellement d'une vision plus étroite à une plus holistique (Contandriopoulos, 2003; Trottier, Fournier, Diene, & Contandriopoulos, 2003). Dans leur conception la plus simple, les soins de santé primaires sont définis comme « un ou des points de services qui assurent le premier contact entre le malade et le système de santé » (Trottier et al., 2003). Nous comprenons que cette définition englobe les soins offerts à l'urgence. À l'autre extrémité du spectre, la CESSSS (2000b: 107) décrit les soins primaires d'une façon plus globale :

Porte d'entrée du système de santé, les services de première ligne sont le point de contact de la population avec le réseau. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux, qui s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical de la population.

Cette complexification de la conception des soins de première ligne semble traduire les attentes de plus en plus importantes entretenues à l'égard de ces services, perçus comme la pierre angulaire des systèmes de santé performants (OMS, 2002).

Dans cette section, nous nous attardons plus précisément aux attributs des différents modèles d'organisation des soins de première ligne et au niveau de performance correspondant. La présente thèse ne vise pas l'étude spécifique de la performance des attributs ou des organisations du point de vue des effets cliniques. Par contre, les attributs des organisations de première ligne et l'amélioration de ces services sont au cœur de la politique GMF. Ces éléments sont donc essentiels à la compréhension de la nature du changement ainsi qu'à l'interprétation qu'en font les acteurs impliqués.

Le rôle essentiel des soins primaires dans tous les systèmes de santé est clairement établi depuis la déclaration de Alma-Ata (WHO, 1978). Plusieurs (Macinko et al., 2003; OMS, 2000; Starfield, 1998) expliquent que les systèmes de santé centrés sur les soins primaires génèrent des coûts moins élevés, un meilleur niveau de satisfaction de la population, un meilleur état de santé et une consommation de médicaments plus faible. Le système de soins de première ligne est au centre d'un réseau d'organisations offrant des soins primaires, secondaires ainsi que plusieurs services sociaux.

Pour apprécier la performance des soins primaires, plusieurs auteurs ont évoqué des critères pouvant être regroupés autour des concepts d'accessibilité, de continuité et de coordination. Les études de l'organisation des soins de première ligne peuvent être regroupées selon deux approches principales. D'un côté, les approches configurationnelles s'intéressent à la relation entre les différentes configurations d'attributs et le niveau de performance des services offerts (Lamarche et al., 2003). De l'autre, plusieurs (Campbell et al., 2001; Shortt, 2004) se sont attardés de façon plus spécifique à certains attributs (heures d'ouverture, nombre de professionnels, approche multidisciplinaire, inscription de la clientèle, etc.) qui sont perçus comme ayant un rôle clé dans la production des soins primaires.

Ces deux visions sont utiles pour mieux comprendre notre objet d'étude. Les configurations d'attributs nous permettent de mieux comprendre le fonctionnement des organisations et les effets qu'elles produisent. Les attributs organisationnels sont utiles car la politique GMF mise sur la transformation de certains d'entre eux pour modifier des organisations existantes qui ont été associées à des configurations particulières. En s'attardant à la gouvernance du changement, on s'intéresse donc à la fois aux attributs transformés et aux configurations modifiées par ces changements. Comme nous le verrons, des auteurs adoptant une perspective configurationnelle ont démontré que les organisations offrant des soins primaires tendent à être composées d'un ensemble d'attributs produisant des effets variables et spécifiques à leur configuration (Haggerty et al., 2004; Lamarche et al, 2003). Selon cette approche, c'est l'arrimage d'un ensemble cohérent d'attributs qui produit des effets (Lamothe & Dufour, 2002).

Dans une étude portant sur les différentes configurations d'attributs caractéristiques des formes organisationnelles offrant des services de première ligne, Lamarche et al. (2003) proposent une taxonomie des modes d'organisation et des effets associés à chacun. La taxonomie a été réalisée à partir de 28 cas présentant des organisations de soins primaires provenant de plusieurs pays industrialisés. Pour mettre en relation les formes organisationnelles et les effets, les auteurs ont eu recours à une méthode combinant des données empiriques aux jugements d'experts. La taxonomie ainsi développée regroupe l'ensemble des formes organisationnelles en deux grandes familles : les modèles professionnels et les modèles communautaires. Les modèles professionnels sont centrés sur les services médicaux offerts par les médecins. Ces modèles sont performants surtout à l'égard de l'accessibilité aux services. Les modèles communautaires ont quant à eux pour objectif l'amélioration globale de l'état de santé d'une population en répondant à leurs besoins de santé et en offrant l'ensemble des services « tous les services médicaux, sanitaires, sociaux et communautaires dont elle a besoin » (Lamarche et al, 2003: 9). Les modèles communautaires offrent des services moins accessibles mais plus continus que les modèles professionnels.

Ces deux types de formes organisationnelles peuvent être subdivisés en fonction d'un niveau variable d'intégration avec le reste du système de soins. Au Québec, les CLSC correspondent généralement à un modèle communautaire avec un niveau variable d'intégration selon les établissements alors que les cabinets médicaux sont souvent associés à un modèle professionnel peu intégré. Selon certains (Trottier et al., 2003), les GMF s'apparentent au modèle professionnel de coordination. Comme certains GMF sont créés à partir de CLSC (modèle communautaire), alors que d'autres impliquent des cliniques médicales privées (modèle professionnel), il nous semble peu prudent de les associer à une seule forme de cette typologie.

Selon plusieurs, aucune des formes organisationnelles n'arrive à combiner un niveau élevé d'accessibilité à une offre de services coordonnés et continus (Haggerty et al., 2004; Lamarche et al., 2003). Selon ces auteurs, à l'exception de certains CLSC en région éloignée, les organisations offrant des soins primaires tendent à favoriser l'accessibilité ou la continuité des services. Les résultats de ces études nous permettent de constater qu'aucune forme organisationnelle n'est en mesure d'offrir facilement des soins de première ligne à la fois accessibles, continus et intégrés, trois objectifs visés par les GMF. Les différentes configurations ne sont efficaces que sur un certain nombre de critères de performance à la fois, ce qui génère presque systématiquement une situation de compromis par rapport aux objectifs visés. Si les travaux de Lamarche et al. (2003) se sont concentrés sur les formes organisationnelles et les effets qu'elles produisent, des études ont récemment mis en relation les formes organisationnelles avec le contexte dans lequel elles évoluent. Par exemple, pour Geneau (2004), le développement des formes organisationnelles est en étroite relation avec la disponibilité des ressources médicales.

D'autres (Haggerty et al., 2004; Shortt, 2004) analysent la performance des soins primaires en lien avec la contribution particulière de certains attributs organisationnels. Ces attributs sont perçus comme étant au cœur de la performance des services offerts : l'inscription des patients, les heures d'ouverture étendues, l'accès à un système téléphonique, le nombre de médecins disponibles, la nature multidisciplinaire des équipes,

les systèmes d'informations ainsi que l'utilisation d'incitatifs particuliers (Haggerty et al., 2004; Shortt, 2004).

Selon Shortt (2004), on attend de l'inscription des patients qu'elle renforce le lien entre les patients et les professionnels, ce qui aura à son tour un effet positif sur la continuité des soins. Cependant, il explique que sans restriction pour les patients ou sans pénalité pour les médecins dont les patients utilisent d'autres points de services, l'inscription de patients qui se sentent déjà liés à leur médecin de famille ne générera pas plus de continuité.

Pour limiter le recours aux urgences et aux cliniques sans rendez-vous, les réformes des soins primaires visent souvent à améliorer l'accessibilité en étendant les heures d'ouverture des cliniques et en offrant des services comme les lignes d'accès téléphonique (Shortt, 2004). Selon Haggerty et al. (2004), l'accessibilité tend à être plus importante dans les milieux offrant les services d'une infirmière, un accès téléphonique 24/7, des services sans rendez-vous les soirs de semaine et ayant des heures d'ouverture suffisantes (Haggerty et al., 2004). Même si ces attributs sont associés à une meilleure accessibilité, selon Shortt (2004), plusieurs études indiquent que les effets de l'accessibilité aux soins primaires sur l'utilisation de l'urgence et les taux d'hospitalisation restent à être démontrés (Lee, Baraff, Guzy, Johnson, & Woo, 2002)

Certaines études ont mis en évidence que le nombre de médecins pratiquant dans le groupe peut également influencer l'accessibilité. Par exemple, Haggerty et al. (2004) ont observé que dans les organisations de soins primaires comptant plus de 10 médecins, l'accessibilité et la continuité étaient moindres.

La mise en place d'équipes multidisciplinaires implique différents types de professionnels (travailleurs sociaux, diététistes, infirmières, etc.). Si l'efficacité de l'implication des autres professionnels est moins développée dans la littérature, le niveau élevé de satisfaction et de qualité associé aux équipes médecins-infirmières est quant à lui clairement démontré (Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002).

Les systèmes d'information peuvent quant à eux être utilisés autant pour gérer les dossiers des patients que pour soutenir les décisions cliniques. Les effets obtenus par l'utilisation d'un système d'information varient selon les études. Par exemple, Mitchell et Sullivan (2001) ont démontré dans leur revue de littérature sur le sujet que l'utilisation des systèmes d'information allonge le temps des consultations, ce qui risque d'avoir un effet négatif sur l'accessibilité.

Plusieurs études ont démontré que les modes de rémunération de la profession médicale influencent leur pratique (Chaix-Couturier, Durand-Zaleski, & Jolly, 2000; Gosden et al., 2001; Grignon, Paris, & Polton, 2002). Lorsque considérés individuellement, les modes de rémunération les plus utilisés entraînent tous des effets pervers; la rémunération à l'acte peut générer plus de volume de soins, la capitation peut limiter l'accès et le paiement à salaire peut réduire la productivité (Grignon et al., 2002; Chaix-Couturier et al., 2000). Afin de limiter les effets négatifs, les différents modes de rémunération sont utilisés de façon combinée (Grignon et al., 2002). L'identification de la combinaison idéale n'est pas simple car les relations entre les types d'incitatifs et leurs effets sont complexes puisqu'elles sont modulées par un ensemble de facteurs cliniques, démographiques ou organisationnels (Chaix-Couturier et al., 2000; Grignon et al., 2002). De plus, si les études se concentrent souvent sur les effets des incitatifs financiers sur des caractéristiques de l'offre de soins comme l'accessibilité ou la continuité des services, les études analysant l'impact de ces caractéristiques sur les patients sont rares (Grignon et al., 2002). Pour mieux saisir l'effet d'une modification des modes de rémunération des médecins, des expériences devront être rigoureusement menées et évaluées (Gosden et al., 2001). Les connaissances actuelles ne nous permettent donc pas de conclure à une contribution claire de la modification des incitatifs financiers dans une réforme des soins primaires (Shortt, 2004).

Les études ayant adopté des approches configurationnelles mettent en évidence les variations importantes entre les résultats obtenus par les différentes formes organisationnelles offrant des soins primaires sans pour autant isoler la contribution de

chacun des attributs. L'analyse de la contribution des différents attributs utilisés démontre que si certains ont fait leurs preuves, d'autres reposent sur des bases scientifiques moins solides. Comme nous l'avons vu, les GMF cherchent à améliorer l'offre de soins primaires en modifiant la configuration d'attributs des organisations qui le composent. Le GMF mise sur l'introduction d'infirmières ayant une pratique élargie, des heures d'ouverture étendues, l'accès à un système d'aide téléphonique, une offre de services avec et sans rendez-vous, l'inscription des patients, une formalisation de la collaboration avec un CLSC et l'utilisation des systèmes d'information. À la lumière de ces attributs, on comprend de quelle façon la politique GMF souhaite affecter l'accessibilité (heures d'ouverture, service avec et sans rendez-vous), la continuité (infirmières, inscription, systèmes d'information permettant l'accès aux informations sur un patient, services avec et sans rendez-vous) et, dans une moindre mesure, la coordination des soins primaires (entente optionnelle avec d'autres établissements).

B- Le changement organisationnel en contexte pluraliste

Le changement organisationnel a été l'objet de nombreux écrits. Des travaux ont permis de clarifier les multiples façons de concevoir le changement (Champagne, 2002; Demers, 2007; Poole & Van de Ven, 2004a; Van de Ven & Poole, 1995). Dans cette section, nous discutons du changement organisationnel en termes de nature, de processus et de contexte.

Nature du changement

La nature du changement peut être associée à l'écart entre le changement implanté et la situation initiale (Pettigrew, 1985a). Des travaux classiques différencient les changements radicaux des changements convergents (Greenwood & Hinings, 1996; Tushman & Romanelli, 1986). Les changements radicaux (épisodiques) font référence à des réorientations significatives qui affectent les activités pendant une période définie (Gersick, 1991; Greenwood et al., 1996). Les changements convergents sont plutôt associés

à des variations à la marge qui, en se combinant, influencent le fonctionnement des organisations (Tsoukas & Chia, 2002). Parce que les transformations incrémentales semblent plus faciles à réaliser dans les environnements pluralistes (Offe, 1996), certains ont proposé que le cumul de transformations incrémentales pouvait mener à des transformations importantes (Denis, 2004; Hutchison et al., 2001). Comme nous le verrons, l'appréciation de la nature du changement observée dépend du niveau d'analyse et de la période étudiée (Weick & Quinn, 1999).

Certains auteurs (Stensaker, Benedicte Meyer, Falkenberg, & Haueng, 2002) expliquent que l'importance et la multiplication des changements organisationnels peuvent les rendre excessifs. Pour eux, les changements excessifs peuvent être liés à la perception qu'ils ne sont pas pertinents compte tenu du contexte et que l'organisation ne dispose pas des ressources nécessaires pour assurer la transition.

Si la nature du changement permet d'apprécier ce qui a changé, la transition d'un stade à un autre fait référence au processus de changement (Poole, Van de Ven, Dooley, & Holmes, 2000).

Processus

Le processus de changement fait référence à une séquence d'actions et d'événements interdépendants permettant de mieux comprendre comment le changement prend forme (Pettigrew, 1985a). L'étude des processus de changement peut être réalisée en considérant le temps et les patterns caractérisant la série d'actions impliquées. La temporalité du changement peut être appréciée en identifiant le synchronisme (timing) des processus de changement ainsi que leur vitesse et leur durée (Poole & Van de Ven, 2004b; Weick et al., 1999).

Plusieurs auteurs considèrent que les perspectives sur le changement organisationnel peuvent être associées d'une part à une vision épisodique du changement ou d'autre part, à une vision incrémentale ou continue du changement (Demers, 1999; Weick et al., 1999).

Demers (2007) explique que ces perspectives sont souvent liées à la position à partir de laquelle le changement est étudié; à partir des dirigeants pour le changement épisodique et à partir des acteurs impliqués pour le changement continu. Weick et Quinn (1999: 362) expliquent que l'identification de changements épisodiques et continus peut dépendre du niveau d'analyse à partir duquel le changement est étudié :

From a distance (the macro level of analysis), when observers examine the flow of events that constitute organizing, they see what looks like repetitive action, routine, and inertia dotted with occasional episodes of revolutionary change. But a view from closer in (the micro level of analysis) suggests ongoing adaptation and adjustment.

Identifier la durée d'un changement implique de percevoir le moment où il prend fin. Un processus de changement prend fin quand la nouvelle façon de faire est maintenue dans le temps (Buchanan et al., 2005) et devient la norme (Greenhalgh et al., 2004). C'est en intégrant les nouvelles façons de faire dans les routines organisationnelles que l'on peut reconnaître l'intégration d'un changement (Pluye, Potvin, Denis, & Pelletier, 2004). La temporalité du changement peut être difficile à cerner lorsque des changements sont étudiés à plusieurs niveaux : « it is often the case that higher-level processes have longer duration and slower velocity than lower-level processes » (Poole et al., 2004b: 390).

Les différentes formes ou patterns que peuvent prendre les processus de changement ont été regroupées dans une typologie élaborée par Van de Ven et Poole (1995). Cette typologie regroupe les différentes conceptions utilisées pour analyser les processus de changement en quatre types : Cycle de vie, Évolutif, Dialectique et Téléologique. Le type Cycle de vie correspond à un changement qui prend forme selon une séquence prédéterminée. Les séquences peuvent être liées au contexte ou à une logique prescrite qui peut être associée à une vision planifiée du changement axée sur le contrôle, une vision qui trouve sa source dans les conceptions classiques du changement (Fayol, 1949). Malgré la reconnaissance des aspects émergents, la vision d'un changement en tant que prescription rationnelle de la gestion du changement est répandue et demeure populaire auprès des gestionnaires (Champagne, 2002).

Les changements évolutifs prennent forme par la répétition de cycles de variation, sélection et rétention entraînés par la compétition entre acteurs dans un environnement où les ressources sont limitées (Poole et al., 2000). La perspective écologique (Hannan & Freeman, 1977) qui s'intéresse au changement à travers la survie des organisations présente de tels processus.

Les processus dialectiques expliquent le changement à travers les conflits desquels ils émergent. Les approches qui expliquent le changement par les luttes de pouvoir (Crozier & Friedberg, 1977; Pettigrew, 1975) et les interdépendances (Hardy, Phillips, & Thomas, 2003; Pfeffer & Salancik, 2003) proposent des analyses qui peuvent être associées au processus dialectiques décrits par Van de Ven et Poole (1995).

Les processus téléologiques font référence à des changements construits intentionnellement par des cycles initiés par la formulation des objectifs, l'implantation, l'évaluation et la modification des objectifs en fonction des apprentissages permis par l'expérience (Van de Ven et al., 1995). Les perspectives organisationnelles axées sur les apprentissages (March & Olsen, 1977) et les ajustements entre acteurs (Lindblom, 1965) ont mis en lumière de tels processus construits.

Cette typologie peut être utile pour étudier des changements de façon empirique car elle permet d'associer le phénomène à l'étude aux différents types de patterns et de reconnaître l'interaction entre plusieurs processus (Poole et al., 2004b). Évidemment, cette analyse des processus doit être effectuée à la lumière de leur progression temporelle discutée plus haut (Weick et al., 1999; Poole et al., 2004b).

Contexte du changement

L'analyse des contextes interne et externe permet d'expliquer la nature du changement et les processus observés. Le contexte interne fait référence aux structures, à la culture et aux dynamiques politiques de l'organisation impliquée alors que le contexte

externe est lié aux enjeux économiques, politiques et sociaux du milieu dans lequel évolue l'organisation (Pettigrew, 1987).

Plusieurs ont expliqué que le pluralisme du contexte est déterminant pour l'implantation de changements, et ce tant au niveau organisationnel (Greenwood et al., 1996; Hinings, Brown, & Greenwood, 1991; McNulty & Ferlie, 2004) qu'à celui des systèmes (Klijn & Koppenjan, 2000). Le pluralisme fait référence à la présence de plusieurs acteurs poursuivant des objectifs variés, des relations de pouvoir ambiguës et la présence de travailleurs qualifiés (Denis, Lamothe, Langley, & Vallette, 1999; Denis, Langley, & Rouleau, 2007; Mintzberg & McHugh, 1985a). Dans les organisations qualifiées de pluralistes, la régulation est réalisée davantage de façon autonome et moins de façon prescrite par l'externe (Reynaud, 1988). La coordination et le contrôle s'exercent donc davantage par la négociation d'ajustements mutuels (Mintzberg, 1982), la standardisation des compétences et le maintien d'une culture professionnelle plutôt que par la supervision et des systèmes formels (Brock, 2006). Les professionnels comme les médecins sont un exemple type de ces environnements car leur expertise les protège des formes traditionnelles de contrôle (Hinings et al., 1991; Mintzberg, 1982).

L'autonomie des professionnels leur permet d'être particulièrement résilients aux pressions externes (Randall & Williams, 2009). Les professionnels sont souvent en mesure de s'assurer que les changements implantés sont cohérents avec leurs préférences (Powell, Brock, & Hinings, 1999). En effet, ils disposent d'une expertise cognitive et d'habiletés spécialisées leur permettant de fournir une justification rationnelle de leurs pratiques (Champagne, 2002). Les changements imposés sont perçus comme étant souvent inefficaces (Denis et al., 1999), pratiquement impossibles à implanter (Hinings et al., 1991) et risquant de miner le potentiel de collaborations futures (Langley & Denis, 2006). La participation des professionnels dans le développement et l'implantation de changements est perçue comme un élément essentiel pour favoriser la création de consensus et l'acceptation du changement (Powell et al., 1999; Denis et al., 1999).

La recherche d'une plus grande efficacité par les gestionnaires (Ackroyd & Muzio, 2008) et les gouvernements (Brock, 2006) ont provoqué certaines transformations mais avec des résultats variables. Ces transformations prennent souvent la forme d'un accroissement de la taille des organisations et de la multidisciplinarité (Brock, 2006) ou de l'ajout de structures administratives superposées au fonctionnement traditionnel des organisations professionnelles (Cooper, Hinings, Greenwood, & Brown, 1996).

La perspective du changement organisationnel a permis de développer un cadre conceptuel qui est présenté à la section suivante. Les difficultés liées à l'implantation volontaire de changements dans les environnements pluralistes nous amènent à aborder le thème de la gouvernance.

C- La gouvernance

Depuis le début des années 1990, de nombreux travaux se sont intéressés au pilotage de l'action collective que l'on associe à la gouvernance (Gauthier, 1996; Pierre et al., 2000). Le terme « gouvernance¹ », du latin « gubernare » qui signifie « diriger un navire », fait référence ici à la coordination de l'action collective. Cet intérêt pour la gouvernance est en partie lié aux difficultés que rencontrent les États modernes dans la résolution de problèmes collectifs comme par exemple la place des organismes génétiquement modifiés, la performance des systèmes de santé ou la réduction des gaz à effet de serre (Callon, Lascoumes, & Barthe, 2001). Ces problèmes sont considérés comme collectifs car ils ont le potentiel d'affecter l'ensemble des citoyens.

Selon plusieurs auteurs (Callon et al., 2001; Rhodes, 1996), l'exercice de l'action collective est devenu plus difficile dans un contexte caractérisé par la complexification des problèmes, la remise en question de la légitimité de l'État comme responsable de l'action

¹ Le terme « gouvernance » est aussi souvent utilisé pour décrire les transformations des fonctions de l'État (Pierre, 2000). L'Office de la langue française du Québec explique que le terme « gouverne » avait été proposé au Québec dans les années 1990 « comme équivalent français de « gouvernance », mais c'est le terme

collective ainsi que par l'évolution de l'implication des réseaux d'acteurs dans les politiques.

La complexification des problèmes découle de plusieurs sources. Selon Peters et Savoie (1995), le niveau de complexité des interventions de l'État augmente car les problèmes sociaux les plus simples ont déjà été réglés par des politiques relativement élémentaires. Saint-Martin (2004) explique que les problèmes que l'État désire régler ne sont pas nécessairement nouveaux, mais une meilleure compréhension à l'égard de ceux-ci exige une action publique plus complexe pour les corriger.

Pour mieux saisir les défis que rencontrent les États modernes dans le pilotage de l'action collective, nous nous attardons à deux visions différentes de la gouvernance, soit les perspectives instrumentale et démocratique. La perspective instrumentale se veut pragmatique, Elle s'intéresse aux moyens par lesquels la gouvernance s'exerce. En ce sens, elle est axée sur l'efficacité et la résolution de problèmes (Lascoumes & Le Galès, 2004a). Les auteurs de la perspective démocratique perçoivent davantage la gouvernance comme un enjeu de conception et de coordination de l'action collective. Ces perspectives sont toutes deux préoccupées par les enjeux que pose l'exercice de la gouvernance dans un contexte où la nature complexe des problèmes, la légitimité de l'État mise à l'épreuve et les nombreux groupes d'acteurs impliqués dans les politiques publiques limitent la capacité de l'État à agir. Les auteurs de ces perspectives contribuent de façon complémentaire à l'analyse de la gouvernance.

Perspective instrumentale de la gouvernance

Si le terme gouvernance est défini de différentes façons par les auteurs de cette perspective (Rhodes, 1997; Stoker, 1998), il fait essentiellement référence à une nouvelle façon de gouverner des États modernes dans un contexte où les capacités de pilotage des gouvernements se sont transformées (Pierre, 2000). Dans ce cas, la notion de

gouvernance qui s'est généralisé et implanté dans l'usage, au Québec comme en Europe » (Office québécois

« gouvernance » traduit la transformation des moyens par lesquels le pilotage s'exerce dans un contexte qui n'est plus caractérisé par un État fort et centralisé (Marinetto, 2003; Pierre et al., 2000; Rhodes, 1997; Salamon, 2002b; Stoker, 1998). Selon l'approche instrumentale, on peut donc définir la gouvernance comme le processus de coordination des systèmes sociaux par l'État qui utilise des moyens adaptés au contexte d'intervention (inspirée de Pierre (2000) et Salamon (2002b)). Cette vision de la gouvernance est largement inspirée par le concept de « policy network » populaire en science politique (Kickert et al., 1997b). Rhodes (1996: 652-653) résume :

« Current use [of governance] does not treat governance as a synonym for government. Rather governance signifies a change in the meaning of government, referring to a new process of governing; or a changed condition of ordered rule; or the new method by which society is governed ».

Les auteurs de ce courant s'intéressent à la transformation des moyens par lesquels la gouvernance peut s'exercer efficacement compte tenu de l'évolution du contexte. Leur réflexion vise principalement à mieux outiller les dirigeants en position d'autorité en fonction des problèmes qu'ils ont à résoudre. Pour les auteurs de cette perspective, les réseaux d'acteurs impliqués dans les politiques publiques sont plus qu'un élément du contexte. En les influençant par des instruments adaptés, la gouvernance considère les réseaux d'acteurs comme un moyen d'agir, au même titre que les structures traditionnelles centrées sur les hiérarchies et celles ayant émergé autour du marché (Powell, 1990). Pour certains (Pierre, 2000), en déployant les services publics par l'entremise de réseaux d'acteurs, l'État augmente sa légitimité face à l'action collective car il améliore le niveau de services sans accroître sa taille. Ce courant s'est développé sous l'impulsion du courant du nouveau management public qui soutient l'adoption par les services publics de pratiques de gestion traditionnellement associées au secteur privé (Hood, 1991; Hood & Peters, 2004; Lynn, 2006). Cette façon de gouverner favorise l'utilisation de ressources non-gouvernementales pour s'occuper de problèmes publics. L'implication d'acteurs non-gouvernementaux peut favoriser leur appui aux solutions retenues (Mayntz, 2003).

L'implication croissante d'acteurs non gouvernementaux dans l'offre de services publics a amené plusieurs auteurs à analyser les moyens par lesquels la gouvernance s'exerce à l'aide du concept d'instruments de gouvernance. Leur implication peut être plus intense lorsque l'État est en situation d'interdépendance; il doit alors s'appuyer sur des acteurs non-gouvernementaux pour offrir les services publics, ce qui implique la mobilisation d'instruments adaptés à ce contexte. Selon plusieurs (de Bruijn & Ten Heuvelhof, 1997; Kickert et al., 1997b; Rhodes, 1996; Salamon, 2002b), l'utilisation d'instruments différents de ceux traditionnellement employés dans le contexte d'autorité formelle des gouvernements est révélatrice des transformations de la gouvernance des États modernes (Jordan, Wurzel, & Zito, 2005; Lascoumes et al., 2004a). Salamon (2002b) définit un instrument de la gouvernance comme une méthode par laquelle l'action collective est structurée pour solutionner des problèmes publics. Les différents types d'instruments de gouvernance développés et mobilisés illustrent que le pilotage des sociétés contemporaines repose dorénavant davantage sur la négociation, la persuasion et la coopération et moins sur l'autorité formelle et les hiérarchies (Pierre et al., 2000; Salamon, 2002b).

Pour traduire la forme des nouveaux instruments mobilisés par la gouvernance, ces derniers peuvent être regroupés en trois types : les instruments directs, indirects et relationnels. Tout d'abord, les instruments directs de la gouvernance font référence à la production et au financement de services par l'État. De Bruijn et al. (1997) qualifient ces instruments traditionnels d'instruments de première génération. Selon eux, ces instruments regroupent les instruments légaux (lois, règlements, etc.) et économiques (incitatifs financiers directs). Les instruments indirects s'opposent aux moyens directs en impliquant des acteurs non-gouvernementaux. Pour Salamon (2002b), ils font référence à la sous-traitance, aux subventions, aux garanties de prêt, etc. Les instruments indirects, qualifiés d'instruments de deuxième génération par de Bruijn et al. (1997), incluent aussi des engagements formels, des alliances (contrats, ententes, etc.), des paramètres de fonctionnement dont le résultat est inconnu et des incitatifs visant la création de nouvelles relations ou l'implication de nouveaux acteurs.

Si les instruments influencent parfois comme prévu le comportement des acteurs, les transformations ainsi provoquées peuvent avoir des effets sur l'ensemble du réseau limitant potentiellement l'utilisation future de ces mêmes instruments (de Bruijn et al., 1997). Finalement, les instruments relationnels incluent la mise en relation d'acteurs du réseau, l'influence des perceptions des acteurs de façon à favoriser l'adhésion à des objectifs communs, l'introduction ou le retrait d'acteurs du réseau pour favoriser l'émergence de solutions innovantes (Termeer & Koppenjan, 1997), ainsi que la modification de la position des acteurs (Klijn & Teisman, 1997). Les instruments indirects et relationnels sont donc associés aux nouveaux moyens par lesquels la gouvernance s'exerce.

Pour qualifier les différents types d'instruments utilisés, Salamon (2002) propose quatre dimensions : le niveau de coercition, le niveau d'implication, le caractère « automatique » et le niveau de transparence. Le niveau de coercition est en lien avec le caractère obligatoire ou volontaire de l'outil. Le niveau d'implication fait référence à l'implication de l'acteur qui a la responsabilité de l'utilisation de l'instrument. Le caractère « automatique » de l'utilisation est lié à la présence d'une structure existante qui peut être utilisée, ou à l'obligation d'en créer une pour être en mesure de mobiliser l'instrument. Finalement, le niveau de transparence des instruments correspond à leur niveau de discrétion ou d'apparence lorsqu'ils sont utilisés par les gouvernements. Pour Salamon (2002), les effets obtenus par l'utilisation de ces instruments influencent le niveau d'efficacité (atteinte des objectifs), d'efficience (ressources nécessaires), d'équité (distribution des avantages et des coûts), de facilité d'utilisation/d'implantation et de légitimité que son utilisation confère au gouvernement.

Même si les auteurs qui s'intéressent à la gouvernance du point de vue des instruments sont avant tout préoccupés par le fait d'outiller les dirigeants dans le contexte qui caractérise les États modernes, certains s'interrogent des conséquences de la prolifération de nouveaux instruments et des risques associés à l'implication d'un nombre croissant d'acteurs non-gouvernementaux (Kooiman, 2000; Marinetto, 2003; Peters, 2004;

Rhodes, 1997; Stoker, 1998; Tuohy, 2003). La présence de nombreux acteurs ayant des intérêts qui leur sont propres et la complexité du contexte institutionnel entourant l'offre de services publics peuvent rendre difficile l'identification d'acteurs imputables (Rhodes, 1997) qui semblent disparaître à travers les multiples organisations impliquées dans les politiques publiques (Pierre, 2000). Les mécanismes traditionnels d'imputabilité prévus par les démocraties occidentales n'ont pas été développés pour s'adapter au nombre élevé d'acteurs impliqués et à la fragmentation des systèmes de politiques publiques (Rhodes, 1997).

Plusieurs considèrent que des acteurs non-gouvernementaux maintenant impliqués dans les politiques publiques peuvent échapper au contrôle démocratique (Pierre, 2000; Benz & Papadopoulos, 2003) et accéder indirectement aux ressources légales de l'État (Schneider & Tenbuecken, 2002). La place limitée de la société civile et le déficit démocratique qu'elle peut engendrer ont aussi été associés aux nouvelles pratiques de gouvernance (de Bruijn et al., 1997; Kooiman, 2000). Le déficit démocratique réfère à l'influence des intérêts particuliers de groupes d'acteurs impliqués au niveau des politiques publiques au détriment de ceux de la société civile. Plusieurs (Sorensen & Torfing, 2007a; Pierre, 2000) ont soulevé le fait que peu de recherches effectuées selon la perspective instrumentale se sont attardées à cet enjeu et aux conséquences de l'exercice de la gouvernance pour la société.

Certains ont proposé de raffiner notre compréhension de l'exercice de la gouvernance en approfondissant l'analyse des instruments. Ils proposent de dépasser l'aspect technique et d'efficacité des instruments en s'attardant à la dynamique et au caractère structurant de leur mobilisation (Lascoumes et al., 2004a). D'autres ont abordé la gouvernance à partir d'un point de vue plus social et culturel, par exemple en s'intéressant à l'impact de la gouvernance sur la construction de la société ou aux enjeux liés à l'action collective et à la place des citoyens dans l'exercice de la gouvernance. Nous présentons ces auteurs sous le thème de perspective démocratique de la gouvernance.

Perspective démocratique de la gouvernance

Pour les auteurs adoptant une perspective démocratique, la gouvernance ne concerne pas un problème d'instrumentation ou de contrôle mais plutôt un enjeu d'action collective et de constitution de la société (Hatchuel, 2000; Kooiman, 2000; Offe, 1996). Les auteurs de cette perspective s'intéressent aussi aux instruments par lesquels la gouvernance s'exerce mais l'objectif de son exercice est avant tout de mettre en place des processus et des institutions mobilisant la société pour sa construction (Callon et al., 2001). L'approche démocratique vise à mieux comprendre les nouvelles conditions d'exercice du pouvoir et à identifier celles qui ne contribuent pas au développement de la société (Hatchuel, 2000; Kooiman, 2000; Mayntz, 2002). De ce point de vue, la problématique est d'abord la construction d'une société civile capable de résoudre ses problèmes en tenant compte de la fragmentation des expertises, du caractère collectif des problèmes, du besoin d'assurer les capacités futures de gouvernance et du problème politique de légitimité des États modernes (March et al., 1995).

Comme l'explique Chevallier (1996: 6), cette approche souhaite dépasser les questions habituelles

« du « gouvernement » ou de la « gouvernance », en les intégrant dans une perspective plus large : au-delà de l'étude de la structure du pouvoir ou de la mise en évidence des inflexions dans ses méthodes, il s'agit en effet de s'interroger sur les conditions sociales de son exercice ».

Pour les auteurs adoptant la perspective démocratique, la gouvernance doit faire plus que mobiliser des instruments efficaces. Son exercice doit contribuer à la construction de la société entre autre en la protégeant contre la concentration du pouvoir privé (March et al., 1995). Les instruments contemporains mobilisés par la gouvernance ne sont donc pas systématiquement perçus comme une innovation positive :

« si un problème nouveau de « gouvernabilité » se pose incontestablement dans les sociétés contemporaines, les techniques nouvelles dites de « gouvernance » utilisées pour y remédier entraînent sans doute moins une modification en profondeur des modes d'exercice du pouvoir qu'elles ne sont un moyen de

restaurer une légitimité défaillante, en redonnant toute leur efficacité aux formes de domination symbolique » (Chevallier, 1996: 14).

Cette approche vise avant tout la mise en relation de la gouvernance avec le collectif qu'elle doit servir. Selon cette perspective, le souhaitable est construit démocratiquement, c'est-à-dire aussi par les citoyens. La construction démocratique de l'action collective par la gouvernance est développée par le concept de « prospective » proposé par Hatchuel (2000). Cet auteur lie étroitement à la gouvernance la prospective qu'il définit comme un processus « de production collective de connaissances, portant sur le devenir d'un collectif et dont les mécanismes d'apprentissage sont rendus possibles par une forme de gouvernance » (Hatchuel, 2000: 31). La prospective peut donc être interprétée comme l'exercice permettant d'analyser ce qui est réalisable mais également, et surtout, de le concevoir collectivement. En effet, Hatchuel (2000) ne limite pas le rôle de la prospective à informer la gouvernance car pour lui, la prospective influence le cheminement des acteurs impliqués dans ce processus de développement du « souhaitable ». Le processus complexe de conception et de mise en œuvre des réformes est donc fortement lié à l'exercice de prospective mené par la gouvernance (Hatchuel, 2000).

C'est pourquoi la gouvernance des États modernes implique la création d'un cadre permettant aux « pôles de pouvoirs multiples » de se faire entendre (Lascombes, 1996). Dans cette perspective, les instruments de gouvernance sont également abordés mais à travers leurs effets sur la constitution de la société (March et al., 1995). Cette perspective s'attarde donc aux instruments déployés par la gouvernance pour leur lien avec les processus qu'ils permettent (Callon et al., 2001). Selon Lascombes (1996: 333), ces processus visent plus que la résolution de problèmes; ils introduisent des « cadres d'interaction » permettant de définir les problèmes, identifier les réseaux impliqués et choisir les actions à entreprendre. Ce processus de construction s'organise donc par la coordination d'interactions entre acteurs aux intérêts différents via certains instruments tels des forums hybrides, des conférences de consensus, des conférences citoyennes (Callon et al., 2001) ou des activités publiques conventionnelles (Lascombes & Villeneuve, 1996). Ces échanges permettent la mise en commun des savoirs provenant de spécialistes et de

profanes (Callon et al., 2001). Selon Callon et al. (2001), les profanes ont une capacité surprenante d'assimiler des notions leur permettant de contribuer à l'identification des solutions possibles. Le processus d'interaction avec la société permet aussi de soutenir et d'influencer la construction de l'identité des acteurs favorisant ainsi leur capacité à contribuer au processus de gouvernance (March et al., 1995).

La mise en relation d'acteurs ayant des intérêts divergents suscite la controverse qui est perçue comme pouvant contribuer positivement à la gouvernance. Comme l'expliquent Callon et al. (2001: 50), la controverse est plutôt associée à une occasion d'éclairer l'action collective en explorant les :

« débordements qui sont indissociablement techniques et sociaux et qui, en mettant en évidence des effets imprévus, font surgir des problèmes inattendus. Alors que tout le monde, spécialistes inclus, croyait avoir bien cadré les solutions proposées, estimait avoir établi des connaissances et des savoir-faire robustes, et était convaincu d'avoir clairement identifié les groupes concernés et leurs attentes, des événements déroutants se produisent ».

L'analyse des controverses permet d'« enrichir le sens d'une situation » pour en arriver à une solution plus robuste à travers l'interaction des acteurs qui leur a permis d'évoluer par rapport à la perception qu'ils ont de leur opposant (Callon et al., 2001: 58).

L'approche démocratique propose une conception large de la gouvernance. Elle s'intéresse à la constitution de la société par ses institutions et les processus impliquant différents acteurs. Pour cette perspective, l'analyse menant aux choix des instruments ne doit pas se limiter à leur capacité à régler des problèmes (Lascoumes & Le Galès, 2004b). La gouvernance a également un impact sur les acteurs qui y participent et les capacités futures de gouvernance. Pour cette perspective, l'exercice de la gouvernance gagne à s'effectuer par la mise en relation des acteurs en position d'autorité avec les autres membres de la société (Callon et al., 2001). Cette mise en relation permet d'enrichir la gouvernance de façon à ce qu'elle corresponde à la complexité des enjeux collectifs tout en assurant sa légitimité auprès de la population.

Les perspectives instrumentales et démocratiques intègrent plusieurs concepts pertinents pour le développement d'une conceptualisation pragmatique et utile à l'étude empirique de la gouvernance. Cette conceptualisation est développée et présentée en détail dans le second article intitulé *Integrative framework on governance – in search of conceptual clarification* et s'appuie sur les travaux effectués tant avec la perspective instrumentale qu'à partir de l'approche démocratique de la gouvernance.

La perspective d'analyse du changement permet de mieux comprendre comment l'implantation de la politique GMF induit des transformations particulières et les processus qui y sont rattachés. Le concept de gouvernance permet de raffiner l'analyse des actions volontaires qu'implique une telle démarche. Ces deux perspectives sont donc complémentaires et nous permettent ensemble de saisir plus globalement l'implantation volontaire de transformations à grande échelle en contexte pluraliste. Dans la prochaine section nous abordons les questions de recherche et les modèles conceptuels utilisés. Nous exposons par la suite la méthode employée.

3. Questions de recherche et modèles conceptuels

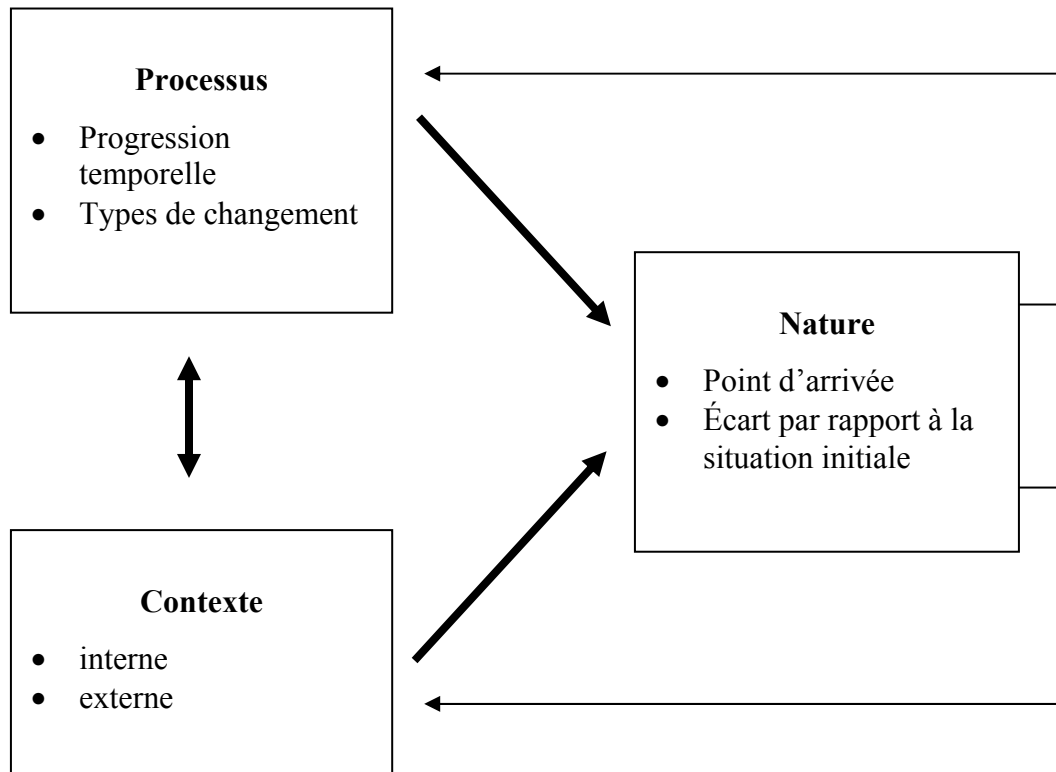
Comme nous l'avons vu, nous souhaitons mieux comprendre le changement et la gouvernance impliqués dans la transformation des soins de première ligne visée par la politique GMF. Plus précisément, nous avons expliqué que nous poursuivons l'objectif de mieux comprendre :

- le changement, son contexte et les processus rattachés à son émergence et son implantation;
- l'exercice de gouvernance déployé dans le cadre de ce changement;
- l'interaction entre la gouvernance et le changement.

Deux modèles conceptuels ont été développés pour approfondir successivement le changement et la gouvernance. Ces modèles ont été développés à la lumière des éléments présentés dans l'état des connaissances et dans les articles #1 et #2.

Le modèle pour l'analyse du changement est présenté dans l'article #1. La figure 1 est extraite de cet article. Le changement organisationnel y est analysé à travers sa nature, son processus et son contexte (Pettigrew, 1985a). La nature du changement fait référence à l'écart entre deux situations. Elle est donc caractérisée tant par le point d'arrivée du changement que par son écart par rapport à la situation initiale. Les processus de changement correspondent à une série d'actions permettant d'expliquer comment le changement prend forme dans le temps (Pettigrew, 1985a). Les processus de changement sont caractérisés par leur progression temporelle et leurs types. La progression temporelle fait référence aux synchronismes, au rythme ainsi qu'à la durée des processus (Poole et al., 2004b; Weick et al., 1999). Les types de processus sont caractérisés par leur caractère construit ou prescrit, par le nombre d'acteurs impliqués et par la nature des interactions entre eux (Van de Ven et al., 1995). Le contexte du changement fait référence au contexte interne et externe des acteurs impliqués et est caractérisé par des aspects économique, politique et d'affaires (Pettigrew, 1987) ainsi que par le niveau de pluralisme (Denis, 2004; Greenwood et al., 1996; Hinings et al., 1991; McNulty et al., 2004). Le pluralisme fait référence à la présence d'acteurs en relation d'interdépendance poursuivant des objectifs

Figure 1: Cadre conceptuel pour l'analyse du changement²



différents et entretenant des relations de pouvoir ambiguës dans un contexte de travail basé sur le savoir et l'expertise (Denis et al., 1999; Denis et al., 2007; Mintzberg et al., 1985a). Plusieurs considèrent que le pluralisme influence l'introduction de changements volontaires tant au niveau des organisations (Denis, 2004; Greenwood et al., 1996; Hinings et al., 1991; McNulty et al., 2004) que des systèmes (Klijn et al., 2000; Lindblom, 1968) en les rendant particulièrement résilients à l'introduction de changement imposés par l'extérieur (Brock, 2008; Randall et al., 2009). Si l'analyse de la nature du changement correspond à la question « quoi? » et celle du processus à expliquer « comment » le changement s'est produit, l'analyse du contexte permet d'approfondir la question « pourquoi? » (Pettigrew, 1987).

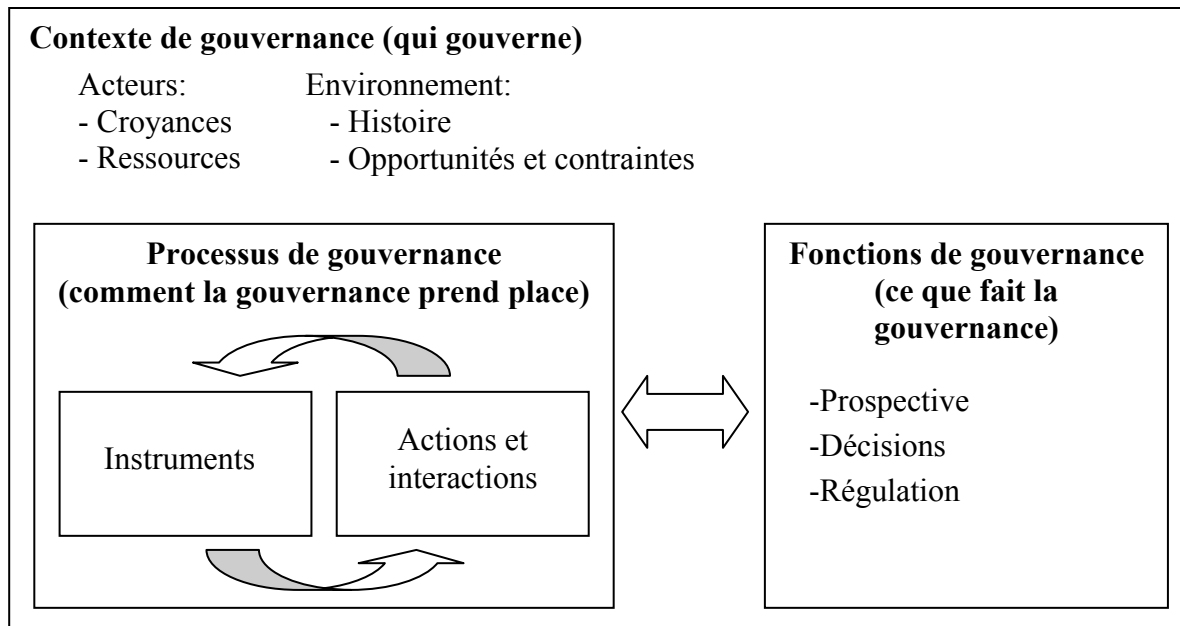
² Inspired by Pettigrew (1985a), Van de Ven and Poole (1995) and Weick and Quinn (1999).

La conceptualisation développée pour l'analyse de la gouvernance est illustrée par la figure 2, extraite de l'article #2. Ce modèle intègre des concepts développés par les auteurs adoptant une perspective tant instrumentale que démocratique. Cette conceptualisation est développée et présentée en détail dans le second article de la présente thèse qui s'intitule *Integrative framework on governance – in search of conceptual clarification*.

Elle conçoit la gouvernance comme un ensemble de processus formés d'instruments et d'actions réalisés par des acteurs détenant plus ou moins de capacités de gouvernance dans le but de réaliser les fonctions de gouvernance que sont la prospective, les décisions et la régulation. La gouvernance n'est pas associée à un contexte particulier, à une époque ou à une façon nouvelle de gouverner (Rhodes, 2007). Elle est considérée de façon pragmatique permettant l'analyse des différentes formes qu'elle peut prendre. En ce sens, la gouvernance est conçue comme un ensemble de processus liés à la réalisation des différentes fonctions de gouvernance : la prospective, les décisions et la régulation.

La prospective fait référence à la gestion des informations nécessaires à l'exercice de gouvernance (Hood, 1983) et au développement collectif des consensus nécessaires à l'action collective (Hatchuel, 2000). La prise de décisions fait référence aux choix à l'égard des instruments et des actions (Ostrom, 2007). La régulation est la fonction centrale de la gouvernance. Elle fait référence au contrôle externe ou autonome de l'action collective (Reynaud, 1988). Les processus sont révélés par la relation duelle entre les actions et les instruments de gouvernance qui sont associés aux structures (Giddens, 1984). Les fonctions de la gouvernance et les processus sont liés au contexte de gouvernance. Le contexte est composé des acteurs (croyances, ressources) et des caractéristiques de l'environnement (histoire, opportunités, contraintes). Les acteurs disposent de capacités de gouvernance variables selon leur distribution tant dans les organisations publiques (Lipsky, 1980) que privées (Mintzberg et al., 1985a; Molinsky, 1999). L'analyse des processus, des fonctions et du contexte de gouvernance ainsi que les interactions entre ces éléments permet de mieux comprendre comment la gouvernance s'exerce.

Figure 2: Cadre conceptuel pour l'analyse de la gouvernance



Nos objectifs à l'égard du changement et de la gouvernance soulèvent des questions qui leur sont propres. Pour mieux comprendre le changement nous traitons les questions suivantes :

- Quelle est la nature du ou des changements recherchés et implantés?
- Quels processus sont impliqués dans l'émergence et l'implantation de ces changements?
- Quel est le contexte d'implantation du changement et comment évolue-t-il dans le temps?
- Dans quelle mesure la nature, les processus et le contexte de changement ainsi que les interactions entre ces éléments permettent de mieux comprendre l'émergence et l'implantation de la politique GMF?

Pour mieux comprendre l'exercice de gouvernance, nous nous attarderons aux questions suivantes :

- Quelles actions et interactions caractérisent les processus de gouvernance?

- Quels instruments participent aux processus de gouvernance?
- Quelles fonctions de gouvernance sont réalisées par ces processus?
- Quel est le contexte de gouvernance et comment évolue-t-il dans le temps?
- Dans quelle mesure les processus, les instruments, les fonctions et le contexte de gouvernance ainsi que les interactions entre ces éléments permettent de mieux comprendre l'émergence et l'implantation de la politique GMF?

Comme nous l'avons vu, nous analysons le même phénomène en mobilisant ces deux perspectives de façon séquentielle. Les liens entre le changement et la gouvernance sont discutés suite aux trois articles qui constituent le cœur de la thèse. La prochaine section décrit la position épistémologique à partir de laquelle cette thèse est réalisée ainsi que la méthode employée.

4. Méthode

La présente thèse s'intéresse à la fois au changement et à sa gouvernance et nous abordons ces thèmes à partir de deux conceptualisations. Dans cette section, nous exposons la position à partir de laquelle nous avons développé ces conceptualisations et la méthode qui y correspond.

La position adoptée peut être qualifiée de processuelle (Pettigrew, 1985a) et située (Langley et al., 2006). Une perspective processuelle s'intéresse à des séquences d'actions ou d'événements continues et interdépendantes qui permettent de mieux comprendre l'émergence, le développement et les effets d'un phénomène (Pettigrew, 1985a). Une approche située aborde le phénomène à l'étude à travers ce que les individus et les groupes font dans leur contexte. Les recherches à partir d'une approche située ne sont pas nouvelles (par exemple, Mintzberg & Waters, 1985b), mais récemment, des chercheurs dans différents domaines ont proposé de s'y attarder davantage (Johnson, Langley, Melin, & Whittington, 2007; Langley et al., 2006; Rhodes, 2007). Cette position teinte les conceptualisations du changement et de la gouvernance développées et utilisées dans cette thèse.

Une conception du changement en termes de processus est souvent opposée aux approches de variance qui utilisent des variables pour analyser un écart ou ses effets (Poole et al., 2000). Bien qu'une telle perspective soit dominante dans l'étude du changement, elle comporte plusieurs limites :

While the variance approach offers good explanations of continuous change driven by deterministic causation, this is a very limited way to conceptualize change and development. It overlooks many critical and interesting aspects of change processes. However, because most organisational scholars have been taught a version of social science that depends on variance methods, and because methods for narrative research are not well developed, researchers tend to conceptualize process problems in variance terms. (Poole et al., 2000: 29)

L'adoption d'une approche processuelle et située pour étudier le changement est également liée aux objectifs de recherche et aux questions posées. Alors qu'une approche de variance peut être utile pour identifier certaines relations systématiques, elles n'ont

qu'un potentiel limité pour expliquer des phénomènes complexes (Langley, 2007) en lien étroit avec leur contexte (Pettigrew, 1990). La perspective adoptée est processuelle mais intègre à l'analyse la nature du changement et son contexte d'émergence et d'implantation (Pettigrew, 1985a).

Sous des vocables différents, l'étude de la gouvernance est réalisée à partir d'une position similaire. Par exemple, certains s'intéressent à la gouvernance à travers les instruments mobilisés dans le cadre de son exercice (Salamon, 2002b). D'autres discutent la présence d'un écart entre des formes de gouvernance présentes à des moments différents (Rhodes, 1994; Rhodes, 1996) ou associent certaines caractéristiques d'un réseau d'acteurs pour expliquer ses réalisations (O'Toole, 1997). Ces différentes perspectives sont caractérisées par l'utilisation de variables (des instruments de gouvernance, les caractéristiques d'un réseau d'acteurs, etc.) pour constater des écarts ou établir des relations entre des concepts. Plusieurs ont critiqué ces approches (Bevir & Rhodes, 2004; Bevir & Rhodes, 2005; Bevir & Rhodes, 2007; Dowding, 2001; Dowding, 2004; Marinetto, 2003; Rhodes, 2007) pour leur simplification excessive de la réalité.

Plusieurs ont également soulevé que la gouvernance ne devait pas se limiter à l'étude de son exercice du point de vue de l'efficacité de l'État. Ils ont étudié la gouvernance à travers les enjeux démocratiques soulevés par son exercice impliquant des acteurs non gouvernementaux dans les services publics (Benz et al., 2003; Greenaway, Salter, & Hart, 2007; Papadopoulos, 2003). D'autres se sont intéressés aux moyens différents pour organiser l'action collective, par exemple en misant sur une participation citoyenne plus importante (Laumann & Pappi, 1976; March et al., 1995; Marsh & Smith, 2000; Mayntz, 2003; Sorensen & Torfing, 2007b). Dans le cadre de cette thèse, la gouvernance est considérée comme un processus continu de coordination de l'action collective à travers des fonctions de prospectives, de décisions et de régulation dont la réalisation implique des processus composés d'actions et d'instruments. Ces processus sont présents aux différents niveaux où des capacités de gouvernance sont mobilisées.

Nous qualifions l'approche adoptée dans cette thèse de processuelle et située. Pour mieux comprendre le processus de changement ainsi que la dynamique de pilotage liés à l'émergence et à l'implantation de la politique GMF, nous employons l'étude de cas. Nous abordons maintenant le choix de cette stratégie ainsi que le devis de recherche, les cas à l'étude, la collecte de données et leur analyse. Nous discuterons ensuite des critères de qualité de la méthode employée pour réaliser cette thèse.

Stratégie et devis de recherche

Les études de cas sont régulièrement utilisées pour faire l'analyse de politiques publiques car elles permettent d'effectuer des analyses approfondies (Majchrzak, 1984) d'un phénomène en lien étroit avec son contexte : « a case study is an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident » (Yin, 2003: 13).

Les études de cas sont une stratégie pertinente pour étudier des processus de changement (Denis & Champagne, 1990). Elles permettent de s'attarder non seulement au contenu d'une politique et à ces effets mais aussi à son processus d'implantation (Majchrzak, 1984). Plus précisément, nous utilisons dans le cadre de cette thèse un devis d'étude de cas multiples avec niveaux d'analyses imbriqués (Yin, 2003).

Cette étude s'appuie sur l'analyse de cinq cas correspondant à cinq GMF de régions variées ayant des structures distinctes et desservant des clientèles provenant de milieux différents. Les cas ont été sélectionnés dans le cadre d'un projet dirigé par Marie-Dominique Beaulieu et Jean-Louis Denis (Voir section Participation au projet L'implantation des Groupes de médecine de famille – le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle). Ils ont été choisis de façon à contraster la taille des groupes en présence, le type d'organisation à la base de la formation du GMF et des types différents de gouvernance régionale. Comme nous le verrons dans la section *Analyse des données*, les cas seront par la suite regroupés dans le cadre d'une analyse transversale pour répondre à nos objectifs généraux. Patton explique que des cas peuvent

être regroupés pour créer un cas à un niveau supérieur qui permettra d'analyser de façon plus globale un programme ou une politique : « the analysis would begin with the individual case studies; then the cross-case pattern analysis of the individual cases might be part of the data for the program case study » (Patton, 2002: 447). Bien que l'analyse transversale ne prétende pas à l'étude exhaustive de la politique GMF, elle permet néanmoins de raffiner l'analyse du changement et de la gouvernance liés à une telle politique. Le tableau 1 présente le nombre de cas en fonction de leurs caractéristiques.

Tableau 1 : Caractéristiques des cas à l'étude

Caractéristiques	nombre
cas	5
régions du Québec représentées	4
cas en région urbaine	3
cas impliquant une pratique en CLSC	2
cas impliquant une UMF	1
cas en région périphérique	2
médecins par cas (moyenne)	13
infirmières par cas	2

Pour chaque cas, trois niveaux d'analyse sont considérés (organisationnel, régional et provincial). À chacun des niveaux, nous nous attardons au contexte d'émergence et de mise en œuvre de la politique ainsi qu'aux processus de gouvernance et de changement qui y sont associés. Le niveau organisationnel concerne chacun des cinq GMF à l'étude et les individus qui y participent. Dans cette étude, l'analyse des cas au niveau des GMF vise en partie à mieux comprendre le contexte local, le processus d'introduction de la politique GMF et les changements qui y sont associés. Le niveau régional fait référence au contexte des GMF. Les régions régionales, les CLSC puis les CSSS et des acteurs comme les agences responsables des systèmes d'information ou d'autres GMF de la région sont considérés comme des acteurs au niveau régional. Le niveau provincial fait référence au système de

soins primaires québécois. Plus précisément, il concerne le MSSS, les associations professionnelles concernées, la CESSSS et les processus auxquels ces acteurs participent.

Description sommaire des cas

Le GMF A a été créé dans un CLSC d'une ville de taille moyenne. Plusieurs médecins du groupe enseignent aux étudiants en médecine. Ils offrent leurs services sur un site principal. Les médecins partagent une vision commune du GMF axée sur l'amélioration des services et de leur organisation.

Situé dans une ville de petite taille, le GMF B regroupe des médecins pratiquant dans deux cliniques privées et un CLSC. Les médecins de ce GMF avaient une expérience limitée de la pratique de groupe et ne partageaient pas la même vision à l'égard des objectifs poursuivis et des changements à apporter.

Le GMF C est situé dans une unité de médecine familiale dans une grande ville. Les médecins du GMF pratiquaient en groupe mais avaient une expérience limitée de la collaboration avec les infirmières caractéristique du fonctionnement en GMF. Ils partageaient une vision à l'égard des objectifs poursuivis et des changements à apporter. Les médecins du groupe C avaient initialement soumis une proposition pour former un GMF conjointement avec les médecins du groupe D.

Le GMF D est intégré dans un CLSC d'une grande ville. Les médecins avaient une vision commune à l'égard des objectifs poursuivis et des changements à apporter. Comme le groupe C, ils avaient l'habitude de la pratique de groupe mais une expérience limitée de collaboration avec les infirmières.

Le GMF E a été créé dans une ville de petite taille. Il regroupe des médecins pratiquant dans deux cliniques privées et un CLSC. Les médecins de ce GMF avaient une expérience limitée de la pratique de groupe et ne partageaient pas la même vision à l'égard des objectifs poursuivis et des changements à apporter.

Participation de l'étudiant au projet L'implantation des Groupes de médecine de famille – le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle

Tel que mentionné, ce projet de thèse a été réalisé en lien avec un projet de recherche intitulé « L'implantation des Groupes de médecine de famille – le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle » (Beaulieu et al., 2006). Ce projet a été dirigé par Marie-Dominique Beaulieu et Jean-Louis Denis. Les données utilisées pour cette thèse ont été collectées dans le cadre de ce projet. J'ai également participé au projet avec l'équipe de chercheurs. J'ai élaboré avec le support de Jean-Louis Denis et Lise Lamothe la grille d'entrevues utilisée pour le volet organisationnel en 2005. J'ai réalisé certaines des entrevues. J'ai aussi participé aux échanges avec les GMF à l'étude pour présenter les résultats des analyses préliminaires (volet organisationnel) réalisées suite aux entrevues effectuées en 2003. J'ai participé aux rencontres de l'équipe de chercheurs et j'ai réalisé les analyses du volet organisationnel avec mes directeurs Lise Lamothe et Jean-Louis Denis qui ont participé au projet respectivement comme chercheur et co-chercheur principal. Également, j'ai réalisé l'analyse documentaire concernant la politique GMF et participé activement à la rédaction du rapport final et à sa diffusion.

Le projet « L'implantation des Groupes de médecine de famille – le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle » a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier de l'université de Montréal (voir annexe 4).

Données empiriques – sources

L'étude de cas peut être informée de plusieurs sources de données (Majchrzak, 1984; Yin, 2003). Trois sources de données principales sont utilisées : l'analyse

documentaire, les entrevues semi-dirigées ainsi que des questionnaires sur l'organisation des GMF.

Documentation

L'analyse documentaire a été effectuée à partir de plusieurs types de documentation :

- Les documents soumis par la CESSS et son rapport final;
- les rapports publiés par les différents acteurs dans le cadre de la CESSS ou avant;
- les articles publiés sur le sujet dans les quotidiens et des publications spécialisées (par exemple, Médecins du Québec et L'actualité médicale).

La documentation a été recueillie à partir de la mise en place de la commission d'enquête et s'est poursuivie avec le processus d'émergence; le rapport de la commission ainsi que les documents faisant état de la réaction des principaux acteurs suite à sa publication ont été analysés. L'analyse de cette documentation a été utile pour clarifier le processus d'émergence de la politique. Elle s'est poursuivie jusqu'à la fin de l'année 2003.

Entrevues auprès d'informateurs clés

Les entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de personnes clés (médecins, responsables des GMF, infirmières, membres du GSI, chef du DRMG, directeur général de CLSC/CSSS³, etc). Tel que mentionné, les entrevues utilisées dans cette recherche ont été réalisées dans le cadre du projet principal en deux séries (environ 10 entrevues par cas à chacune des deux séries, voir tableau 2). La première série a eu lieu en 2003 (47 entrevues pour les 5 cas). Même si cette première série d'entrevues a eu lieu au moment de l'implantation, en combinant l'information recueillie aux résultats de l'analyse documentaire, elle nous renseigne de façon rétrospective sur le contexte initial ainsi que sur le processus d'émergence et de mise en œuvre initiale. La deuxième série d'entrevues a eu

³ Les CLSC ont été fusionnés à d'autres établissements en 2004 pour former les Centre de santé et services sociaux (CSSS). La première vague d'entrevues a donc impliqué des directeurs de CLSC alors que les directeurs généraux des CSSS ont été rencontrés dans le cadre de la deuxième.

lieu en 2005 (57 entrevues pour les 5 cas), soit environ deux ans après la première série. Au total, 104 entrevues ont été analysées. Toutes les entrevues ont été retranscrites intégralement. Deux guides d'entrevues ont été développés dans le cadre du projet général (voir annexe 1). Le guide pour les professionnels (infirmières et médecins sans responsabilité de gestion) s'attardait au rôle des professionnels et à leurs interactions. La grille pour les acteurs impliqués dans la gestion du GMF abordait plus spécifiquement l'émergence et l'implantation de la politique à travers les changements qu'elle a permis ainsi que les mécanismes déployés dans ce cadre. Les entrevues ont toutes été précédées de la signature d'un formulaire de consentement (voir annexe 5) conformément aux exigences du comité d'éthique (voir annexe 4).

Réalisée suite à l'accréditation des groupes, la première vague d'entrevues a permis de clarifier le contexte d'émergence (interne et externe), la réaction des professionnels à l'arrivée de la politique, les actions posées par le groupe pour créer leur GMF, les instruments de gouvernance mobilisés ainsi que leur perception du changement implanté jusque là. La deuxième vague d'entrevues a été utile pour poursuivre l'analyse de ces éléments en plus d'éclairer les processus liés à l'implantation des changements nécessaires au niveau de l'organisation pour se conformer aux exigences de la politique et des ententes signées dans le processus d'accréditation des groupes.

Tableau 2 : Nombre d'entrevues par GMF effectuées dans chacune des séries

GMF	A		B		C		D		E			
	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2		
Médecins responsables	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	
Médecins du GMF	5	6	1	5	5	4	6	5	5	5	47	
Infirmières du GMF	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	19	
Technicien en administration	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	5	
Dirigeants CLSC (S1) ou CSSS (S2)	1	1	-	1	1	1	voir note*		-	1	6*	
Gestion au niveau de l'agence régionale	1	1	2	1	1	1			1	1	1	9*
Chef du DRMG (régional)	-	1	1	1	1	1			1	1	1	7*
Total S1	10		8		10		9*		10		47	
Total S2		14		12		11		8*		12	57	
Total	24		20		21		17		22		104	

*Note: Au total, 104 entrevues ont été réalisées. Comme les groupes C et D font partie de la même région, une seule entrevue des dirigeants de CLSC ou de CSSS et des gestionnaires au niveau régional (administratif et clinique) a été nécessaire pour les deux groupes.

Questionnaire sur l'organisation des GMF

Tel que mentionnée, nous avons eu accès au questionnaire sur l'organisation des GMF utilisé dans le cadre du projet général dans lequel s'insère cette thèse. Ce questionnaire a fourni des informations complémentaires concernant le contexte organisationnel (structure organisationnelle, professionnels et personnel impliqués, offre de services, mode d'organisation, pratiques des infirmières, clientèle, outils de gestion, procédures cliniques, etc.). Chacun des GMF à l'étude a complété ce questionnaire lors de chacune des deux séries d'entrevues. Il a donc permis plus précisément d'identifier la nature du changement implanté. La version initiale a été appréciée en lien avec les explications fournies dans les entrevues alors que la seconde a permis d'apprécier l'écart deux ans plus tard. Ce questionnaire est présenté à l'annexe 2.

Données empiriques – analyse

L'analyse a été complétée en trois étapes principales. Nous avons tout d'abord réalisé l'analyse de la documentation. Nous avons par la suite analysé le contenu des entrevues avant de compléter une base de données pour chacun des cas en y intégrant l'ensemble des données pertinentes. Nous avons finalement procédé à l'analyse des cas de façon successive, d'abord à l'aide des conceptualisations du changement (article #1) et ensuite avec celle de la gouvernance (article #2). L'analyse liée à notre troisième objectif général, l'interaction entre la gouvernance et le changement, est poursuivie dans le cadre de la discussion de la thèse qui est présentée suite aux trois articles principaux.

Analyse documentaire

L'analyse de la documentation a été réalisée en regroupant les informations disponibles autour des différentes phases entourant l'émergence et la mise en œuvre de la politique GMF. Nous avons d'abord décrit les démarches préparatoires au rapport de la CESSSS incluant les options lancées par la Commission avant la consultation et les positions des différents acteurs (MSSS, experts, associations professionnelle et d'établissements, ordres professionnels, etc.) communiquées avant et pendant les travaux de la commission. Nous avons par la suite décrit les principaux éléments caractérisant le processus de mise en œuvre au niveau provincial, dont la formalisation de la politique, les mécanismes déployés pour soutenir son implantation ainsi que la négociation entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Un rapport synthèse a été préparé et présenté à des informateurs clés qui ont pu commenter son contenu. Une version de ce rapport est présentée à l'annexe 3.

Analyse des entrevues

Les 104 entrevues réalisées dans le cadre de l'étude ont été retranscrites de façon exacte en indiquant les sections inaudibles. Suite à une lecture préliminaire, le contenu de chacune des entrevues a été codé à l'aide d'une grille intégrant les principaux concepts des

deux conceptualisations développées (changement et gouvernance). Globalement, ces concepts incluent l'environnement (aux niveaux local, régional et provincial, l'histoire, la présence d'opportunités et de contraintes, le niveau de pluralisme), les acteurs (croyances et ressources), la nature des changements, les processus de changement (patterns de changements et temporalité), les actions des acteurs et des groupes ainsi que les mécanismes en lien avec les actions (instruments de gouvernance) et les fonctions de gouvernance (prospective, décisions et régulation) (voir section 4. *Modèles conceptuels et questions de recherche* ainsi que les articles #1 et #2).

Préparation des bases de données

Par la suite, des bases de données ont été préparées pour chacun des cinq cas à l'étude pour regrouper l'ensemble des informations disponibles. Pour présenter les détails des cas, nous avons eu recours à un format question / réponse, tel que proposé par Yin (2003). Ce format est développé à partir des bases de données préparées pour chacun des cas. Le contenu des bases de données a donc été édité pour en faciliter la compréhension tout en conservant la même structure de questions (voir section 4. *Modèles conceptuels et questions de recherche*) autour desquelles les bases ont été construites. Ces questions ont été traitées pour chacune des principales phases caractérisant l'émergence et l'implantation de la politique à l'étude. Cette forme de présentation des cas permet de nombreux avantages :

A reader needs only examine the answers to the same question or questions within each case study to begin making cross-case comparisons. Because each reader may be interested in different questions, the entire format facilitates development of a cross-case analysis tailored to the specific interests of its readers (Yin, 2003: 148).

Les bases de données ont permis de regrouper les différentes informations fournies par les entrevues ainsi que par les autres sources de données. Le contenu de l'analyse documentaire et du questionnaire organisationnel ont également contribué à enrichir les bases de données.

Analyse des cas

L'analyse des cas a par la suite été réalisée à partir de ces bases de données. En l'absence d'un modèle prédictif de l'émergence et de la mise en œuvre d'une telle politique, nous nous sommes principalement appuyés sur la stratégie d'analyse qualifiée de « construction d'une explication » (Yin, 2003: 120). La construction d'une explication ne vise pas à développer des postulats de façon définitive mais plutôt à contribuer au développement théorique du champ d'étude (Yin, 2003). Partiellement inductive, la construction d'une explication puise ses informations des bases de données construites en lien avec les conceptualisations développées. Cette méthode permet l'identification de relations ou d'éléments n'ayant pu être anticipées avant le début de l'analyse des données pour raffiner de façon itérative l'articulation théorique de notre objet d'étude (Yin, 2003). Plusieurs techniques ont été utilisées pour soutenir la construction de l'explication : l'identification des moments critiques, de patterns et des occasions d'apprentissage (Patton, 2002).

Ces techniques ont été mobilisées pour réaliser les analyses internes et l'analyse transversale des cas. Ces analyses ont été réalisées en deux cycles correspondant aux deux conceptualisations développées, soit celle du changement et de la gouvernance. Le premier cycle a été réalisé en associant le contenu des bases de données créées pour chacun des cas aux principales composantes de la conceptualisation du changement. Les processus de changements au niveau organisationnel ont été regroupés selon les différents attributs de la politique. Nous avons pu ensuite construire pour chacun des cas une explication des processus liés à l'émergence et l'implantation de la politique GMF. L'analyse transversale des cas a ensuite permis d'intégrer les phénomènes observés dans l'ensemble des cas. Cette comparaison systématique des cas nous a permis de raffiner notre compréhension théorique du changement par le biais d'une analyse approfondie des processus, de la nature et du contexte de changement ainsi que des liens entre ces éléments. Ce premier cycle d'analyse a permis de reconstruire à travers les cinq cas à l'étude la transformation liée à la politique GMF.

Le deuxième cycle d'analyse a permis d'associer les mêmes données à la conceptualisation de la gouvernance. Les processus ont été analysés en termes d'instruments de gouvernance et d'actions/interactions en lien avec les fonctions réalisées et les capacités de gouvernance caractérisant le contexte. Cette analyse de la gouvernance a permis d'expliquer les multiples processus impliqués dans l'émergence et la mise en œuvre de la politique GMF dans chacun des cas. L'analyse transversale réalisée à l'aide de la conceptualisation de la gouvernance a par la suite révélé de façon plus générale les processus, les instruments et le contexte de gouvernance ainsi que leurs interactions.

Validité des études de cas

Pour assurer la qualité des études de cas, nous avons utilisé plusieurs stratégies favorisant leurs validités interne et externe. La validité interne correspond au niveau de certitude que nous avons dans l'explication d'une relation entre des éléments. La validité interne du type de recherche proposé repose en grande partie sur la qualité, la complexité et le caractère exhaustif de l'articulation théorique à la base de l'étude (Contandriopoulos, Denis, Potvin, & Boyle, 1990) mais également sur la validité de la mesure et celle de l'analyse.

Le développement et la mobilisation pour l'analyse de deux conceptualisations (changement et gouvernance) contribuent à la qualité de l'articulation théorique de la thèse. Yin (2003) explique que la validité interne des études de cas peut être maximisée entre autres par l'appariement d'un modèle et la construction d'une explication. Considérant notre objectif de recherche et le niveau de développement théorique, nous avons privilégié la construction d'une explication qui permet de raffiner l'articulation théorique de l'objet à l'étude de façon itérative (Yin, 2003). Elle débute par le développement d'une conceptualisation riche des concepts à l'étude. La comparaison du cas aux éléments contenus dans la conceptualisation initiale ainsi que la comparaison des cas entre eux contribuent au raffinement de l'explication. Cette comparaison peut mener à plusieurs cycles d'amélioration intégrant un va-et-vient entre la construction d'une explication

descriptive de chacun des cas et la construction d'une explication théorique émergeant de leur comparaison.

Concernant la validité de la mesure, la retranscription systématique des entrevues, la vérification de l'analyse documentaire par des informateurs clés et celle des bases de données pour chacun des cas par d'autres membres de l'équipe de recherche ont permis d'accroître la crédibilité des données empiriques. Bien que certaines entrevues aient contribué à l'analyse de l'émergence de la politique, ce type de données a contribué davantage à la compréhension des cas et de leur contexte alors que l'analyse documentaire a essentiellement contribué à l'analyse au niveau provincial. Les sources de données différentes n'ont donc offert qu'un potentiel limité de triangulation. Le nombre important d'entrevues contribue aussi à accroître la confiance envers les données recueillies. En effet, une dizaine d'entrevues par cas à chacun des deux temps de mesure a permis d'atteindre un niveau important de saturation des données pour tous les cas. La saturation des données fait référence à la multiplication des entrevues jusqu'à ce que les informations obtenues concernant les personnes, les événements et les processus deviennent redondantes (Patton, 2002; Lincoln & Guba, 1985).

La validité de l'analyse a été maximisée de deux façons principales. La conceptualisation, la grille de codification correspondante ainsi qu'une synthèse des bases de données préparées pour chacun des cas ont été vérifiées par deux autres chercheurs participant au projet général dans lequel s'insère cette thèse (voir section Méthodologie – Stratégie et devis de recherche). Une analyse préliminaire a également été présentée à des informateurs clés dans le cadre du projet général. Le fait de procéder à l'analyse à l'aide de deux conceptualisations a également contribué à la crédibilité de l'analyse. En effet, les conceptualisations utilisées pour l'analyse du changement et de la gouvernance ont révélé un niveau élevé de cohérence. D'une part, plusieurs éléments dont l'analyse des acteurs, du contexte et des actions sont similaires dans les deux cadres conceptuels. D'autre part, les différences observées à l'égard des processus de changement et de gouvernance sont complémentaires. Les deux conceptualisations ont donc permis une triangulation partielle

de l'analyse tout en contribuant de façon spécifique et complémentaire à la construction d'une explication du phénomène à l'étude.

La stratégie proposée vise avant tout une compréhension complète des cas à l'étude. Contrairement à la « généralisation statistique », qui permet d'inférer les résultats d'un échantillon à ceux d'une population, l'étude de cas implique une généralisation différente qualifiée de « généralisation analytique » (Yin, 2003). La « généralisation analytique » est réalisée en comparant les résultats obtenus par les cas à l'étude et la théorie à la base des relations attendues : « The use of theory, in doing case studies, (...) becomes the main vehicle for generalizing the results of the case study » (Yin, 2003: 33)

Comme nous l'avons vu, cinq cas sont à l'étude. L'utilisation de plusieurs cas permet de répliquer les résultats, ce qui favorise la validité externe (Yin, 2003). La réplification se fait de deux façons : en observant des résultats similaires à ceux attendus ou des résultats contrastants par rapport à ceux attendus mais dont les écarts sont aussi expliqués par la théorie (Yin, 2003). La réplification doit être basée sur un cadre décrivant le phénomène à l'étude, mais les résultats observés ont également été utilisés pour l'améliorer de façon itérative (Yin, 2003).

Finalement, il est important de noter que le niveau de transfert possible est lié au niveau de similitude entre le contexte d'origine et celui auquel on veut transférer les résultats (Laperrière, 1994). Pour ce faire, le contexte à l'étude est décrit pour chacun des cas et un maximum de caractéristiques des phénomènes étudiés ont été détaillées. Les cas étudiés ont malgré tout certaines caractéristiques qui limitent la généralisation des résultats. Les cinq cas font partie d'une cohorte des premiers groupes créés. Comme la plupart des utilisateurs précoces, ils peuvent être associés à des caractéristiques particulières (Berwick, 2008). En plus des cas à l'étude, le contexte où la politique a été implantée (le Québec) ainsi que la période étudiée sont également spécifiques à cette thèse.

5. Articles

Dans cette section, nous présentons les trois articles qui constituent le cœur de la présente thèse. Comme nous l'avons expliqué, nous avons analysé le même phénomène, l'émergence et l'implantation de la politique GMF à travers cinq cas, à l'aide de deux conceptualisations différentes. La première est centrée sur l'analyse du changement et la seconde sur sa gouvernance. L'article #1 (Regulation of Collective Action: Managing Change in Pluralistic Professional Contexts) présente le développement conceptuel pour l'étude du changement ainsi que l'analyse empirique qu'il a permis. Le développement de la conceptualisation de la gouvernance est présenté dans l'article #2 (Integrative framework on governance – in search of conceptual clarification) alors que l'article #3 (A situated view on governance in pluralistic contexts: from public policy to better public services) présente l'analyse du même objet d'étude réalisée avec la conceptualisation développée et présentée dans l'article #2 (voir tableau 3).

Tableau 3 Contenu des articles de thèse

#	Titre	Développement conceptuel	Analyse empirique
1	Regulation of Collective Action: Managing Change in Pluralistic Professional Contexts	oui	oui
2	Integrative framework on governance – in search of conceptual clarification	oui	non
3	A situated view on governance in pluralistic contexts: from public policy to better public services	non (conceptualisation de l'article #2)	oui

Article 1 : Regulation of Collective Action: Managing Change in Pluralistic Professional Contexts

Frédéric Gilbert, Lise Lamothe et Jean-Louis Denis

Abstract

In this study, we used the emergence and implementation of a public policy supporting the creation of family medicine groups in Quebec in order to improve primary healthcare services as the basis for studying the process of purposeful change affecting multiple professional organizations. We do so from a combined contextualist processual perspective (Pettigrew, 1985a; Langley, 1999). Results are based on a longitudinal multiple-case study informed by interviews, questionnaires and documentary analysis. The findings demonstrate that managing change in pluralistic contexts can be described as a process made up of many prescribed and constructed processes, which we have collectively termed *regulation of collective action*. This framework helps illustrate the interactions between the process, context and content of change. Such insights are useful for those managing change in a context where radical transformations seem unsuitable if not impossible.

Introduction

In this article, we present the findings of a project examining the process of a large-scale, purposeful organizational change within a complex network of public and private professional organizations. The transformation consists of the implementation of a public policy supporting the creation of family medicine groups (FMGs) in Quebec in order to improve primary healthcare services, which are considered to be relatively inaccessible and insufficiently integrated with other healthcare services (Haggerty et al., 2004). The policy in question aims at improving primary healthcare services through specific contracts signed

by groups of physicians working in private medical clinics or public primary care organizations. The policy offers additional resources to groups that meet specific criteria.

To date, studies have concentrated on the various organizational characteristics of primary healthcare settings and their related effects (Grumbach et al., 2004; Safran et al., 1994); however little is known about how these organizations undergo change (Lamarche et al., 2003). Many studies have observed a significant imperviousness to external pressure to change in pluralistic organizations (Randall et al., 2009; Brock, 2008). This conclusion is consistent with the recurrent difficulties faced by those trying to introduce change in such contexts (Hinings et al., 1991). As we will see, pluralistic organizations and contexts are characterized by ambiguous power relationships among partly autonomous and interdependent actors (Mintzberg et al., 1985a; Denis et al., 1999; Denis et al., 2007). Although studies looking at change in pluralistic professional organizations in other fields have shown that change is possible albeit difficult to manage (Brock, 2006; Hinings et al., 1991), little about the change process in these organizations remains understood or explained (Brock, 2008). Thus, researchers have called for investigations to better understand the change processes taking place at different levels (Ackroyd et al., 2008).

Using a framework based on a combined contextualist (Pettigrew, 1985a) and processual (Langley, 1999) view of organizational change, our study was aimed at analyzing change introduced in a pluralistic context and enlighten the complex interaction among deliberate and constructed processes through multiple mixed and sequential processes. After presenting the research context and objectives, we describe our framework. We then outline the methodology used and present and discuss the results.

Research context and objectives

In Quebec, primary healthcare services are mainly delivered through publicly funded private medical clinics, where 77% of family physicians work. In contrast, only 25% of family physicians work in public primary care organizations (Demers et al., 2000). Overall, 99% of physicians are paid by the public health insurance plan, as per an

agreement signed between the Quebec Ministry of Health and Social Services and the general practitioners' association⁴. Primary healthcare evolves in a system composed of the Ministry of Health, regional public health authorities, public and private professional organizations, multiple professional associations, professionals and patients. Since the 1970s, the perception of the primary care system has been that services offered are not accessible or efficient enough, and attempts to change the system have largely failed (Contandriopoulos, 2002). In 2002, the Quebec government launched a policy to transform medical practices through the creation of FMGs in an effort to attain a higher level of efficiency by combining the greater accessibility observed in private medical clinics with the superior continuity offered through public primary care organizations (Lamarche et al, 2003).

FMGs are not new organizations. The policy offers additional resources to physicians working in one or several existing organizations that choose to form into groups of six to 12 practitioners, collaborate to improve continuity of care, and comply with specific administrative practices and tools, including the provision of a minimum requirement of front-line services and specific professional practices (MSSS, 2002b). Administrative practices include additional clerical and administrative support and patient registration with the group. Minimum requirement of front-line services refers to specific opening hours for walk-in and by-appointment consultations, and the implementation of a 24/7 on-call service for at-risk patients. Under this policy, physicians' professional practices change with the integration of two nurses who collaborate with them and take on greater patient responsibility. Additional resources provided include financial compensation for extra staff, payment for registered patients over and above their usual of remuneration, and the provision of information systems.

These characteristics are considered desirable by many experts (Shortt, 2004; Haggerty et al., 2007). A research project in which the present authors participated demonstrated that changes introduced by this policy have already contributed to improved

service-user satisfaction in terms of accessibility and continuity of services (Beaulieu et al., 2006). In the present study, we aimed to enhance our comprehension of the interactions among the change process, context and content. More precisely, the aim of this article is to elucidate large-scale change in pluralistic contexts. We will do so by describing and analyzing the process of change within professional organizations that are directly affected by a public policy.

Analytical framework

The literature on organizational change is vast and has greatly evolved over the past 30 years (Demers, 2007; Soparnot, 2005). Many researchers began to support the development of the process perspective in response to the observation that too many studies “on organisation change [are] ahistorical, aprocessual, and acontextual in character” (Pettigrew, 1985b). Adopting a processual perspective is particularly important in pluralistic contexts where implementation is often more challenging than determining what needs to be done (Contandriopoulos, 2002; Maioni, 2004). The process perspective encourages researchers to

look for continuity and change, patterns and idiosyncrasies, the actions of individuals and groups, and processes of structuring. Give history and social processes the chance to reveal their untidiness (...) Examine the juxtaposition of the rational and the political, the quest for efficiency and power, the enabling and constraining forces of intra organisational and socio-economic and political context, and explore some of the conditions in which mixtures of these occur (Pettigrew, 1985a).

Since Pettigrew’s critique, “considerable progress has been made in these areas” (Pettigrew, Woodman, & Cameron, 2001) although no general theory of change exists. For this study, we developed our methodology and conceptualization around Pettigrew’s contextualist perspective. This perspective is associated with process research; it considers the process and content of change in close relation with the context in which change occurs

⁴ The professional association that represents all family physicians participating in the Quebec Health Insurance Plan.

(Pettigrew, 1985a). We also used other concepts to complement the three main components of Pettigrew's framework: A) content, B) process, and C) context of change.

A) Change content

Content refers to “what” is changed, that is, the nature of the transformation studied. To analyze change content, we consider the differences between the initial context and the end-state. Change content is not to be confused with individual intentions or with prescribed or planned change. Rather change content refers to the actual transformation that occurs.

B) Change process

Widely studied (Dufour & Steane, 2006; Hinings et al., 1991; Van de Ven, 1993; Pichault & Schoenaers, 2003), the change process is considered to be “a continuous, interdependent, sequence of actions and events, which is being used to explain the origins, continuance, and outcome of some phenomena” (Pettigrew, 1985a). Process of change refers to “how” change occurs, or the manner in which change unfolds (Poole et al., 2000). It is characterized by emerging patterns and the temporal progression of these patterns.

Van de Ven and Poole (1995) analyzed theories of change and proposed a typology describing four fundamental change processes: Life-Cycle, Evolution, Dialectic and Teleologic. These are associated with specific patterns of change (constructed or prescribed) and units of change (single or multiple entities). Life-Cycle process explains the process of change as a progression through a predetermined sequence of stages. Evolution processes occur through a repetition of variation, selection and retention generated by “competition for scarce environmental resources” (Poole et al., 2000). In Dialectic processes, change emerges from a conflict. Finally, Teleological processes involve change that is constructed through a purposeful “cycle of goal formulation, implementation, evaluation, and modification of goals based on what was learned” (Van de Ven et al., 1995).

This typology is useful for capturing the multiple processes driving change by enabling a comparison between the theoretical process patterns and “the complex phenomenon being examined” as well as the interaction among the various processes when more than one are at play (Poole et al., 2004b). This typology offers interesting insights into multiple patterns of progression and the mechanisms driving change. However, it is also important to consider change processes in terms of their temporal progression to elucidates their dynamics (Weick et al., 1999; Poole et al., 2004b).

Temporal progression refers to the timing of different emerging patterns of change as well as the pace and duration of change (Weick et al., 1999; Poole et al., 2004b). Contemplating the duration of temporal progression implies that change ends. At the organizational level, periods of change are considered to end when new ways of doing things are maintained over time (Buchanan et al., 2005) and become the standard ways of operating (Greenhalgh et al., 2004). It is through the routinisation of activities that sustainability takes hold (Pluye et al., 2004).

Studying the temporal progression of change taking place at different levels is tricky because “it is often the case that higher-level processes have longer duration and slower velocity than lower-level processes” (Poole et al., 2004b). The analysis of change at different levels can result in divergent findings about both the nature of the transformation and its temporal progression (Weick et al., 1999). In fact, episodic change, characterized by significant and temporary transformations that upset the equilibrium of the organization (Greenwood et al., 1996; Gersick, 1991), is more likely to be observed at macro levels. Conversely, continuous change often involves marginal, ongoing transformations considered to be “the normal condition of organizational life” and tend to be a slow and cumulative process (Tsoukas et al., 2002: 567) and thus are more liable to be observed at organizational and individual levels.

C) Change context

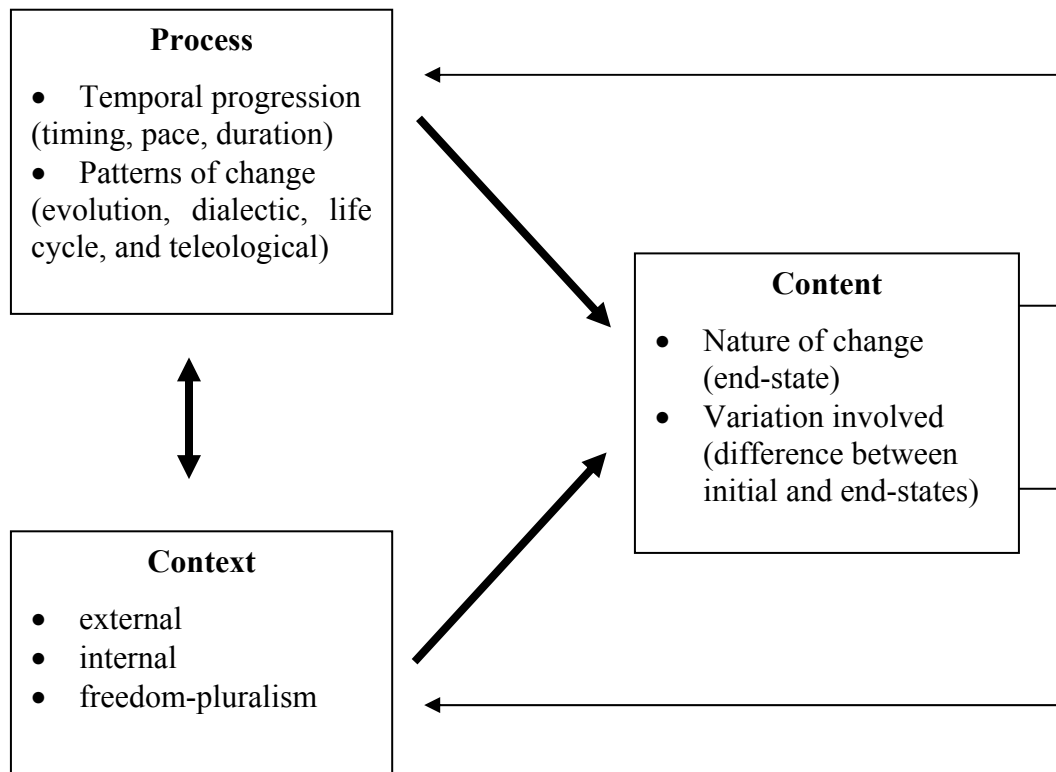
Context deals with “why” change occurs, which is answered by looking at the internal and external contexts. Internal context “refers to the structure, corporate culture and political context within the firm” and external context “refers to the economic, business, political and societal formations in which firms must operate” (Pettigrew, 1987: 5). Context can be seen as “the interactive field within which changes are emerging over time” (Pettigrew et al., 2001: 698).

Many authors agree that the degree of pluralism in a given context profoundly affects the feasibility of inducing change, both at organizational (Denis, 2004; Greenwood et al., 1996; Hinings et al., 1991; McNulty et al., 2004) and systemic levels (Klijn et al., 2000). Pluralistic contexts are characterized by the presence of multiple actors seeking different goals, ambiguous power relationships, and knowledge-based work (Mintzberg et al., 1985a; Denis et al., 1999; Denis et al., 2007). In such organizations, regulation is more autonomous and less prescribed (Reynaud, 1988), owing to the prevalence of a “zone of autonomy” for professionals.

Professional organizations are considered highly pluralistic but vary in their form (Brock, 2006). In these organizations, “co-ordination and control occur through the standardization of skills and a strong clan culture of professionalism rather than through formalized systems and supervision” (Brock, 2006: 160). Professionals such as physicians are a quintessential example of the functioning of these environments because their level of expertise protects them from most traditional forms of control (Hinings et al., 1991; Mintzberg, 1982); and because they are “able to use their power to ensure that the changes that do occur are congruent with their interests and values” (Powell et al., 1999: 19). The search for more efficiency by their directors (Ackroyd et al., 2008) or governments (Brock, 2006) have yielded some transformation with inconsistent results. These transformations often take the form of an increase in organizational size and multidisciplinary (Brock, 2006) as well as managerial structures laid over traditional characteristics of professional organizations (Cooper et al., 1996).

Professionals' autonomy has nonetheless shown significant resilience to external pressure to change (Randall et al., 2009). Imposed transformations are often perceived as ineffective (Denis et al., 1999), almost impossible to implement (Hinings et al., 1991) and risking opportunities for future collaboration (Langley et al., 2006). Professional involvement in change development and implementation is seen as a crucial factor to foster

Figure 1: A comprehensive analytic model of change⁵



acceptance and consensus (Powell et al., 1999; Denis et al., 1999) among leaders (Denis, Lamothe, & Langley, 2001) regarding a change. Because incremental transformations are easier to realize in such pluralistic environments (Offe, 1996), some authors have proposed that there may be a better chance of effecting important changes through cumulative marginal transformations (Denis, 2004; Hutchison et al., 2001).

⁵ Inspired by Pettigrew (1985a), Van de Ven and Poole (1995) and Weick and Quinn (1999).

As illustrated in Figure 1, the conceptualization we propose to analyze purposeful changes in a pluralistic environment is built around a contextualist perspective. It enables the analysis of the nature of the transformation (change content) in close relationship with its context and process.

Methodology

Studying change necessitates specific methods (Langley, 1999; Pettigrew, 1990; Eisenhardt, 1995). We used a multiple-case study design (Yin, 2003) to analyze five FMGs (cases) from various regions in Quebec and which have different structural arrangements and offer services to diverse populations. The groups were selected to represent a variety of contrasting organizations. Table 1 lists certain organizational characteristics and the number of cases corresponding to each. The groups that participated in the study have been assigned a letter code to protect their anonymity.

The multiple-case study design is a logical choice for process and contextual research: a case study is an “empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident” (Yin, 2003: 13).

Our unit of analysis was the transformation in the five cases studied. To capture the transformation, we analyzed the content, process and context of change from a local perspective embedded in a larger context. Analysis at the local level was deemed essential to:

(...) understand the nature of professional collaboration at the operational level because it is here that fundamental boundaries are defined and it is here that most concrete boundary-crossing initiatives must penetrate and take root if they are to be successful (Denis et al., 1999: 108).

Table 1: Case characteristics

	Number
- Cases	5
- Regions of Quebec represented	4
- Cases in urban regions	3 (A, C and D)
- Cases in semi-urban regions	2 (B and E)
Structural arrangements:	
- Cases consisting of mostly general practitioners working in public community health organizations	3 (A, C and D)
- Cases with university affiliation	1 (C)
- Cases consisting of mostly general practitioners working in a variety of private organizations	2 (B and E)
- Physicians per case (average) (2003)	13
- Nurses per case (average)	2

Moreover, the contextual approach emphasizes a multilevel (organizational/local, regional/provincial and national) and horizontal analysis. Multilevel analysis investigates “interdependencies between those levels through time” and horizontal analysis looks at the “sequential interconnectedness among phenomena in historical, present, and future time” (Pettigrew, 1990: 269).

We built the five cases using three types of data: interviews with key informants (health professionals and managers at both local and regional levels) (see Table 2); a survey administered to health professionals; and documentary data (e.g. contracts, forms, letters and reports). Forty-seven interviews were conducted in 2003 and 57 in 2005. The data collected allowed for a retrospective analysis. The first round of interviews occurred in the

months following the groups' accreditation and yielded information on the historical and contextual background of each case, the process of their involvement with the policy, and the formation and initial functioning of the groups. The second round examined the transformation achieved, the context in which it took place, the process of change and the relationships among these concepts. All interviews were transcribed. Their content was then coded according to our conceptualization. Databases were created for each case by combining interview content with that of the surveys and documents.

Table 2: Number of interviews by group (A to E) for rounds one (R1) and two (R2)

FMG	A		B		C		D		E		
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	
Physicians in charge	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11
Physicians	5	6	1	5	5	4	6	5	5	5	47
Nurses	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	19
Administrative technician	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	5
Community health centre manager ⁶	1	1	-	1	1	1	see note*		-	1	6*
Regional manager	1	1	2	1	1	1	see note*		1	1	9*
Regional manager (physician)	-	1	1	1	1	1	see note*		1	1	7*
Total R1	10		8		10		9*		10		47
Total R2		14		12		11		8*		12	57
Total	24		20		21		17		22		104

*Note: Overall, 104 interviews have been conducted. Because groups C and D are in the same region, the same community health centre manager and regional managers (administrative and physicians) were interviewed for both groups.

Results

The analysis of the content, context and process of change are presented as well as the relationships among these three by looking at similarities and differences among

⁶ Between the two rounds of interviews, community health centres (*Centres locaux de services communautaires*) merged with other organizations to form Health and Social Services Centres (*Centres de*

groups, as suggested by our framework. Table 3 presents highlights of the change analysis for each stage.

The results suggest that the organizations went through three stages. An analysis of organizational change in a series of stages is a “reasonable” analytical representation although, like all stage models, it is only a partial representation of reality because in actual fact, stages can overlap and are not always distinct (Hinings, Greenwood, & Suddaby, 2004). The first stage involved a group of physicians acknowledging their need and will to change and their perception that the policy is a tool that corresponds, at least partly, to their needs. In the second stage, the groups underwent an accreditation process to formalize their inception. Once accredited, they began implementation of the organizational characteristics targeted by the policy (stage 3).

Stage 1: Birth of the policy

This stage was characterized both by the development of the policy and its interpretation by various actors at the regional and local levels. The policy itself emerged from the recommendations of a government-commissioned report (CESSSS, 2000b), which was issued in the context of widespread dissatisfaction toward Quebec’s healthcare system. A number of issues drew frequent media attention, including chronic deficits incurred by hospitals (Lessard, 2000) and insufficient access to primary healthcare services (Bégin, 2000). The policy’s proposed changes to solve these primary healthcare deficiencies were perceived as particularly promising (Rocher, 2007). Given that the policy incorporated most of the model proposed by the physicians’ association, it is not surprising that this group supported it (Sirois & Gagnon, 2001).

Table 3: Change analysis highlights by stages

Stages	Initial context	Process of change (patterns and time)	Content of change
1: Birth of the policy	<ul style="list-style-type: none"> ○ Federal funding ○ Limited access to primary care 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mixed process – consensus building (constructed) through public commission (prescribed) ○ Policy emergence through prescribed process (unilateral political decision) ○ Pace driven by political urgency 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consensus among key actors over the concept of FMGs
2: Accreditation and formalization	<ul style="list-style-type: none"> ○ Variable local contexts (consensus, dependence, etc.) ○ Policy framework (characteristics) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Constructive processes through interaction within prescribed boundaries ○ Linked to local context (consensus, interdependence, etc.) ○ Uneven pace among and within groups, depending on time needed to comply with policy and build consensus among interdependent actors. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Transformation of traditional arrangements between physicians and government. ○ Adaptation of policy to diverse contexts (by specific structures and arrangements to adhere to policy components)
3: Operational transformation	<ul style="list-style-type: none"> ○ Variable local contexts (consensus, leadership, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Multiple processes linked to policy components ○ Components involving autonomous regulation induced more constructed processes ○ In pluralistic contexts, pace of implementation follows consensus building and mutual adjustments through constructed processes ○ Uneven pace linked to intermittent leadership ○ All changes linked to policy components were maintained once implemented 	<ul style="list-style-type: none"> ○ All administrative components (except IT) implemented ○ Variations in change content due to variable initial contexts and end-points

The Health Minister launched the policy at the end of April 2001 and gave only a few weeks to submit project proposals. Groups that would have had to start from scratch were thus eliminated by default. The groups in the present study had been following the public commission and had anticipated the announcement of this project. They had already begun to reflect on desired changes and were thus prepared to react quickly.

Two main visions were driving physicians' will to change in all groups: improving patient services and facilitating their mode of service delivery (such as sharing workloads or improving recruitment). The variety of visions and degree of consensus among professionals were dependent on the context of each group. Table 4 presents a short description of each group and a synthesis of related change processes and content. Professionals in groups A, C and D all had a predominant vision centred on services improvement. The high level of consensus within these groups could be related to context. They were formed of physicians who had been working together for several years in public organizations and had developed common views over time. In groups B and E, both visions (patient services and instrumental needs) were present but unevenly distributed, with some favouring patient services and others prioritizing the needs of professionals. Groups B and E were formed of physicians working in different but predominantly private settings; they grouped together specifically for the purpose of meeting the policy's requirements.

The five groups under study quickly recognized policy's potential to provide the resources required to realize their visions, and many thought it would allow them the flexibility to shape it in some way. The need for financial resources and the physicians' dependence on the government for financing created a situation of interdependence that favoured compromise toward change (Pfeffer et al., 2003).

Groups B, C, D and E submitted their proposals in June 2001, and group A in January 2002. The latter needed more time to obtain the required approval from the regional health authority which, at that time, had other priorities for the region. Once the proposals were submitted, all groups underwent an accreditation process to validate whether they met specific policy requirements and formalize their creation.

Table 4: Change analysis highlights by group

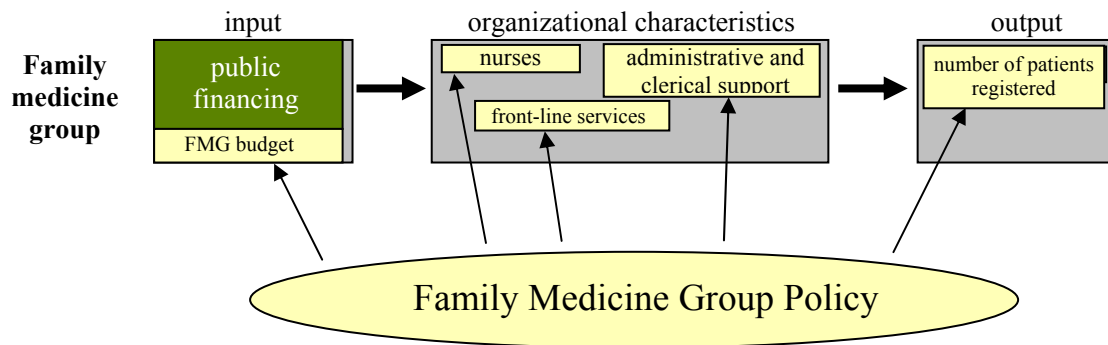
FMG	Initial context	Change process (patterns and time)	Change content
A	<ul style="list-style-type: none"> ○ Public organization ○ Cohesive vision ○ Physicians had previous multi-disciplinary experience 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consistent local and regional leadership favoured sustained pace to change professional practices and supported necessary constructed processes to develop and maintain a high level of consensus both on vision and practices ○ Administrative practices and front-line services were implemented quickly as prescribed 	<ul style="list-style-type: none"> ○ All administrative practices implemented (except IT) ○ Limited increase in services ○ Positive professional relationships between nurses and physicians
B	<ul style="list-style-type: none"> ○ Combination of 3 public and private organizations ○ Multiple visions and leadership split among three physicians (one on each site) ○ Resources divided among physicians and sites 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fragmented leadership among sites and little interaction among sites, making constructed processes and consensus building difficult ○ Uneven pace across sites (faster in public than in private organizations) and physicians; associated with group dynamics ○ Administrative practices and front-line services were implemented quickly 	<ul style="list-style-type: none"> ○ All administrative practices implemented (except IT) ○ Significant increase in services ○ Conflicting roles for nurses across sites
C	<ul style="list-style-type: none"> ○ Public organization (family medicine teaching unit) ○ Strong consensus/cohesive vision 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Even with a strong consensus, constructed processes were needed to adapt professional practices (nurses involvement) ○ Uneven pace influenced by changes in leadership and resignation of administrative support staff delayed constructed processes and consensus building ○ Administrative practices and front-line services were implemented quickly 	<ul style="list-style-type: none"> ○ All administrative practices implemented (except IT) ○ Significant increase in services ○ Positive professional relations between nurses and physicians
D	<ul style="list-style-type: none"> ○ Public organization (community health centre) ○ Strong consensus/cohesive vision 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consistent local leadership favoured sustained pace to change professional practices and supported necessary constructed processes to maintain a high level of consensus both on vision and practices ○ Administrative practices and front-line services were implemented quickly 	<ul style="list-style-type: none"> ○ All administrative practices implemented (except IT) ○ Positive professional relationships between nurses and physicians
E	<ul style="list-style-type: none"> ○ Combination of public and private organizations ○ Multiple visions ○ Weak regional leadership 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Unequal pace among sites influenced by multiple visions and sporadic leadership, making constructed processes and consensus building difficult ○ Administrative practices were implemented quickly ○ Front-line services partially implemented because of group size 	<ul style="list-style-type: none"> ○ All administrative practices implemented (except IT) ○ Increase in services but 24/7 on-call service not in place ○ Conflicting roles for nurses from one site to another

Stage 2: Accreditation/Formalization process

At this stage, physicians formalized the composition of their groups, the services they intended to offer and how they would deliver them. They signed three agreements to obtain accreditation: one among physicians forming the group that specified its composition, the respective responsibilities of group members, financial compensation and other terms; another agreement between the group and the community health centre to formalize the allocation of two nurses to the group and access of the group's clientele to services offered by the community health centre; and a third agreement between the group and the regional health authority, which detailed the front-line services to be offered by the group and the additional financial, administrative and human resources to be provided by government.

The accreditation/formalization process introduced multiple changes in the coordination between government, the medical profession and the organizational structures of the groups. A ground-breaking aspect of the policy is that for the first time in Quebec, an agreement existed between the government and the medical profession, whereby the provision of resources was contingent on specific modes of production (e.g. front-line services), professional practices (e.g. involvement of nurses) and outputs (e.g. number of patient accessing services) (Figure 2). Indeed, since the 1970s, the government had had no authority over the organizational structure or level of services offered in traditional family medicine settings. By forming an FMG, physicians inherently accepted a partial reduction in the autonomy that had characterized the organization of their practices for several decades.

Figure 2: Changes linked to FMG policy



Through the accreditation process, physicians had to determine the structure of their group according to the context of implementation. The group structures illustrate the variety of ways used to divide labour into several parts and “achieve coordination among them” (Mintzberg, 1979). The policy proposed a structure to be layered over an existing structure, while allowing for different combinations of elements. In some groups (A, C and D), the new boundaries corresponded almost exactly to those of organizations where physicians already worked. The structures of groups B and E involved individual professionals stemming from different organizations. However, not every professional in these setting joined the group. In this respect, groups B and E can both be viewed as virtual organizations transcending diverse existing organizations.

This process of formalization was time-consuming for all groups. Since they were the first groups created through the policy, the rate of implementation was affected by the many logistics that had to be ironed out along the way. The external (regional and provincial) and internal contexts of the groups also influenced the temporal progression of change. At the provincial level, negotiations between the government and physicians professional association⁷ to clarify contractual terms and financial incentives associated

⁷ In Quebec, general practitioners are paid according to an agreement between their professional syndicate and the government. Adjustments to the agreement were needed and entailed negotiations.

with the policy got off to a slow start (Sirois, 2002). At the regional level, for two groups the process was lengthier because their regional agencies did not initially offer their support for the project, as required.

From submission of a proposal in June 2001 to its accreditation in November 2002, the number of physicians in group B shrank from 20 to seven. Fears of loss of revenues and long delays explain some of the departures. Groups C and D were accredited in March 2003, 21 months after submission of a joint proposal that was initially refused by the Ministry of Health because the size of the group exceeded policy limits, forcing the group to split in two. All groups attested to the negative impact of the long accreditation process, which were exacerbated by varying degrees of professionals' dedication to the project. The accreditation process brought about the formalization of the new groups and fostered consensus building among the various actors within and across levels (Ministry of Health, regional agencies, other groups). Once accredited, the groups could begin the actual transformation.

Stage 3. Operational transformations (administrative and professional practices)

At the core of the transformation in the production system and control of outputs, was the implementation of the organizational characteristics of the policy. These concerned administrative practices, services offered, professional practices, and information technology. Table 4 presents highlights of the change analysis for each group.

Administrative practices and tools

Administrative practices and tools included the addition of administrative and clerical staff, patient registration and implementation of a new information system. Each group gained a technician in administration, whose additional support was appreciated and quickly implemented. In group B, administrative staff played an important role because of the particular context of the group being spread across multiple sites. Weekly visits were

made to all sites to gather information and assess problems, which were then discussed with the physician in charge. Administrative and clerical resources were helpful to launching the groups, because patients' registration and the implementation of multiple committees supporting the transformation were time-consuming. The process of implementing these components reportedly caused little tension. The physician in charge's authority over clerical and administrative staff was perceived as clearly defined from the beginning.

Patient registration was a lengthy process. More than two years after the creation of the groups, patient registration was still not fully completed. Some groups had smaller clienteles and found it difficult to reach the target number imposed by the Ministry of Health, a situation they justified by pointing out the weightier needs of their patients. In March 2005, the Ministry of Health unilaterally imposed specific rules to assign human and financial resources according to the number of patients registered in a group. When physicians protested, the Ministry backed down and agreed to postpone its implementation and negotiate adjustments of patient targets according to group clientele.

Most professionals perceived the provision of information system by the health ministry as a desirable feature of the policy. However, none of the five groups studied had fully implemented systems at the end of the study. Diverse regional contexts affected the pace of implementation and limited the actual transformation; information systems that exchange information about diagnoses and prescription drugs require the use of systems that are compatible with the region's hospitals and pharmacies.

Service components

Extended opening hours and a 24/7 on-call service for at-risk patients were the two features of the policy that directly affected the services offered. The nature of the transformation pertaining to opening hours varied across groups, depending on the difference between prior and new services offered. Groups B and C saw an increase in their opening hours, but group E was still negotiating the implementation of extended opening

hours with a newly formed group to be able to offer services jointly. None of these groups were previously open week nights and weekends. Group D maintained the same schedule, keeping the walk-in clinic open to the general population because of its location (downtown in a large city) and clientele served (large proportion of at-risk patients). Group A is the only one that reduced services offered to the public during week days in order to maximize those offered to their registered clientele, justifying their decision by the fact that other walk-in clinics were available in the area.

The creation of on-call services for at-risk patients was a significant change for all organizations. Notwithstanding exceptional cases, none of the organizations had previously provided such a service. The process of implementation was slower for groups C, D and E, which had to team up with other groups because of their limited size. Groups C and D quickly joined together to offer the required front-line services, but group E had to await the accreditation of another group in its region.

When specific contexts did not limit capacity to offer required front-line services, changes were implemented in a short period of time and in accordance with the agreement.

Professional practices

Changes affecting professional practices relate to the involvement of nurses taking on greater responsibility within general practitioners' clinical activities. The nature of change associated with the involvement of these professionals varied across and within groups. The implementation process started with hiring nurses. Although the group of physicians is responsible for the clinical aspects of their work, nurses are legally employed and paid by a public organization contracting with the groups. Thus, the physicians' groups did not manage the entire selection process. The groups took two to six months to fill the main full-time nursing positions. Groups B and E needed additional time due to conflicts between managing physicians of these groups and the manager of the public organization they were dealing with and the nurses' union. Groups B and E were both formed of physicians working in very different organizations and who had a limited shared vision,

confirming that local context affects consensus building and the rate of policy implementation.

It is widely known that it is difficult to “alter well established patterns of care (...), especially if the clinical environment is not conducive to change” (Grol & Grimshaw, 2003). The nurses’ actual involvement revealed different implementation processes that seemed to be rooted in the varied visions of physicians. The policy and contract, which imparts a “collaborative vision,” describe nurses’ roles as “enlarged” and considers that nurses are professionals able to offer specific contributions, such as managing patients with chronic diseases. An “instrumental vision,” on the other hand, views nurses as a resource to complement medical practice. Both of these views were present in the implementation process. From the beginning, groups A, C and D had a predominantly collaborative vision. In these groups, physicians developed more involved collaborations with nurses throughout the study period. Some professionals from groups B and E shared and exercised this collaborative vision, but they were located in separate sites from the physicians with a more instrumental vision. A nurse working in group B explained the instrumental vision as follows: “They have a vision: I’m the doctor and you’re the nurse, so I’m your boss.” The instrumental vision of some general practitioners evolved over time, but it slowed the implementation process, as explained by a physician working in group E:

We may have offered them tasks for which they were under-qualified; at that time, we lost two nurses.

It led us to ask ourselves questions about how we use our nurses, (...) then to offer them tasks in which they feel appreciated and useful.

According to some physicians, some nurses’ negative attitudes also impeded the change process: “What we hear is, ‘That’s not part of my job. I have a bachelor’s degree (...) I have too much education and training to do vaccinations or episodic care’.”

In groups A and D, nurses’ attitudes were seen to positively influence their involvement in the medical practice. They took the lead in preparing protocols and expressed their potential contributions to physicians, which were supported by a cohesive medical leadership. In group C, which also started with a collaborative vision of nurses’

involvement, the process was slower because of gaps in leadership of both physicians and nurses. Even though nurses were seen as partners from the beginning in groups A, C and D, some physicians needed more time than others to adjust their professional practices.

In all groups, nurses' involvement was a function of the general practitioners' visions of nursing and the development of their trust in nurses' contributions. Doctors who had previous experience collaborating with nurses felt a higher level of trust toward them, which facilitated the change process. While change content and process were influenced by general practitioners' a priori views, the process fostered the construction of a new shared vision over time, which subsequently influenced change content (nurses' and physicians' clinical activities) and made the process more collaborative. Our results demonstrate that physicians' initial attitudes were determinant of the outcome. Another of our findings was that strong consensus on policy vision does not automatically transfer to cohesive professional practices.

The change processes were also altered by the leadership of physicians and nurses who influenced their colleagues' vision over multiple interactions, and thus contributed to build a cohesive view and implementation of new practices. The pace of transformation of professional practices was directly related to physician acceptance of the role of nurses stipulated in the policy.

Change regarding administrative support required relatively little time to implement; the reorganization of front-line services was fast to implement once groups were large enough. As mentioned above, groups C and D teamed up early on, minimizing delays to offering extended front-line services. However, group E did not have ready access to another group in its region with which it could share services. The pace of implementing changes to professional practices (nurses' collaboration) was shorter overall in groups A, C and D, where consensus on vision was strong. The process was more belaboured in the more heterogeneous groups B and E, where professionals had to strive harder to achieve a fragile consensus.

Our results show that sustainability of change varies according to the organizational characteristics transformed by the policy. Sustainability was achieved gradually throughout the implementation of each policy component. As previously described, the transformation of administrative practices, services offered, and professional practices/roles involved specific processes of change, which had correspondingly different levels of sustainability; some components quickly took root and stabilized in organizational routines, while others were still taking shape at the end of the study. In other words, not all components were implemented to the same extent, but those that were have been maintained over time. Even though sustainability varied according to organizational structure, group and individuals, all groups reported experiencing turbulent periods before moving toward more stable times.

In the next section, results are discussed in relation to our model and the literature on organizational change.

Discussion

We began this study with the aim of enhancing our understanding of the process of change prescribed to a network of professional organizations. The results presented in the previous section provide a thorough description of the cases studied. Examining organizational change from a combined contextual and processual perspective enabled us to confirm that changes did occur and did so through multiple processes, which were associated with the contexts in which they took place. We will conclude this paper with insights for managing change in pluralistic contexts.

Change content

To describe the transformations that took place we compared the end-state to the initial context of each group. Our results confirm that the policy has led to significant changes, not only by modifying clinical and administrative characteristics at the organizational level, as shown in other studies (Beaulieu et al., 2006), but also by

modifying the historical relationship between the medical profession and the Ministry of Health by the latter gaining the authority to impose specific organizational characteristics and outputs (Figure 2).

As illustrated in Figure 2, the FMG policy proposed an innovative contractual arrangement between the Ministry of Health and physicians. By forming FMGs, physicians consented to a new form of contractual arrangement, whereby the government provides supplementary resources in exchange for compliance with specific front-line service offerings (extended opening hours, on-call services, etc.), organizational structure (administrative and clerical) and clinical functioning (responsibility-sharing with nurses). This new contractual arrangement was a departure from traditional, autonomous medical practices.

Certain changes were implemented in all groups and altered organizational structures, services offered, administration and professional practices. The final overall picture of change was distinctive in each organization, a reflection of variations in context. Structures were adapted to fit various group compositions (i.e. of one or more organizations, private or public, etc.), front-line services offered varied depending on group size and population needs, and nurses' roles evolved to a greater or lesser extent, as a function of physicians preferences or views.

Similar end-states can also conceal different contents of change. In fact, groups C and D, who ended up collectively offering the same services to their patients, underwent different changes. Group C offered very limited services on weekends before the FMG was created, whereas group D was already offering the minimal services required by the policy. The analysis of the integration of nurses also illustrated the extent of discrepancies in change. In groups B and E, both characterized by weaker initial consensus among professionals about nurses' roles, the latter's integration was more problematic and still hadn't stabilized by the end of the study. In the other groups, integration of nurses progressed further over the same time period. Having said that, unlike groups B and E, the views of physicians in the other groups were consistent with those of the policy to start

with. We can conclude that the content of change and level of conformity with the components of the policy are two separate issues.

Although the observed changes induced new patterns of relationships between physicians and the government, other fundamental aspects of medical practice were left intact. As observed by other researchers in different professional contexts, changes were “layered” over existing professional organizations (Cooper et al., 1996), which allowed professionals to retain most of their autonomy (Brock, Powell, & Hinings, 2007; Ackroyd et al., 2008), a strongly-held cornerstone of professional organizations. Indeed, physicians remained central actors through their clinical oversight of nurses’ roles and by retaining responsibility over their patients’ treatment. Physicians negotiated financial incentives in addition to the usual remuneration, often perceived as sub-optimal (Grignon et al., 2002). Moreover, the policy does not impose change because physicians are free to form groups or not. These results confirm that fundamental characteristics of professional organizations tend to resist change (Brock, 2008; Morris & Pinnington, 1999; Randall et al., 2009) and that when change does occur, it corresponds to professionals’ interests and values (Powell et al., 1999).

In summary, certain changes introduced by the policy were significant. On the one hand, they altered the traditional relations between government and the medical profession. But on the other, the policy never pressures physicians, who retain their clinical autonomy and maintain their central roles (Ackroyd et al., 2008; Brock, 2008). Moreover, physicians are free to join the policy and when they do, existing organizations are preserved. In the next section, we discuss how these changes took form by looking at the processes at play within the content and context of change, the patterns of change, and their temporal progression.

Change process

Examining different levels of analysis and stages of change through Van de Ven and Poole’s typology (1995) confirmed that change processes are driven by multiple prescribed

and constructed processes that depend on the change context and content. We argue that, although some isolated processes could be considered to be prescribed or constructed, it is the specific combinations and interactions of such processes that characterize managing change in pluralistic contexts. The concepts of prescribed and constructed processes have been discussed and often contrasted in many studies analyzing change in professional organizations. Prescribed processes follow a predetermined sequence of stages “in accord with a pre-established program” (Van de Ven et al., 1995). Prescribed processes should not be confused with the initial plan or program. Prescribed processes characterize the actual processes of transformation accord, not the initial expectation of change. The virtual impossibility of implementing fully prescribed or pre-established change has been acknowledged (Lipsky, 1980; Mintzberg et al., 1985a; Hinings et al., 1991; Cooper et al., 1996; Cooper et al., 1996). The professional context exacerbates this difficulty. Because of the existence of autonomous regulation (Reynaud, 1988), change is mainly achieved through mutual adjustments made at the organizational level (Mintzberg, 1982) and throughout the system (Lindblom, 1965). It is to allow such mutual adjustments that the participation of professionals is often described as imperative (Hinings et al., 1991; Powell et al., 1999; Denis et al., 1999). When interdependent actors interact and negotiate mutual adjustments, change emerges from a constructed process, which can be more (dialectic) or less (teleological) conflicted.

Our results demonstrated that constructed processes in which actors arrive at mutual adjustments were more or less conflicting, depending on the pre-existing level of consensus (or coupling) among actors. As Lewis (2000) stated, harmony and discord often coexist in pluralistic contexts. The integration of nurses illustrates this variation across and within groups. All members of groups had to negotiate mutual adjustments to integrate nurses into physicians’ practices, but while some went through more consensual processes (teleological processes) (groups A, C and D) , others experienced more tension and conflict (dialectical processes) (groups B and E) both among physicians and between physicians and nurses.

Constructed processes and professionals’ participation in the change process in pluralistic environments are viewed as potential threats to the content of change (Lozeau,

Langley, & Denis, 2002). But as Langley et al. (2006) explained, although the risks associated with professional involvement are real, they can still be worthwhile, because of undesirable consequences associated with imposed change in pluralistic environments. Our results confirm such consequences of time investment in constructed processes at every level. Indeed, positive response of general practitioners to the policy content was not surprising, given the fact that the content corresponded highly to the proposals made by their association during the earlier consensus building exercise of a public commission. At the organizational level, closer nurse–physician collaborations facilitated nurses’ integration and significant changes in clinical practices. Constructed processes and the mutual adjustments they allowed were essential to induce changes in areas barely attainable by regulation of control (Reynaud, 1988). Our results show that changes were neither fully prescribed nor fully constructed. As Mintzberg et al. (1999) explained, coordination processes are neither “purely deliberate” (prescribed) nor “purely emergent” (constructed).

Many authors have discussed the presence of both planned and constructed processes in various fields using, among others, the concepts of “organized cooperation” (Lindblom, 1968), “network governance” (Kickert et al., 1997b), “regulation of self regulation” (Sorensen, 2006), “collaborative policy making” (Innes & Booher, 2003) or “deliberately emergent” strategy (Mintzberg et al., 1985b). The presence of both planned and constructed processes have been discussed mainly at macro levels (Rhodes, 2007; Sorensen & Torfing, 2007b) and at organization level (Mintzberg et al., 1985b; Molinsky, 1999). Whereas many described and recognized the combination of regulated and constructed processes, our results offer a better understanding of how prescribed and constructed processes interact and combine over time to form different varieties of mixed and sequential processes within and among different levels. We qualify the combination of these processes as *regulation of collective action*.

Mixed processes were partly prescribed (imposed through an authority) and partly constructed (they induced constructed processes). For example, by launching a public commission, the Ministry of Health prescribed specific rules, but these rules provided structure to allow the actors involved to build consensus on problems that needed to be

addressed and the changes likely to solve them — a constructed process. The establishment of a formal committee to structure nurse–physician interactions within organizations is another example of a mixed process. Thus, mixed processes illustrate how change can be successfully induced despite self-regulation.

Our results also show that change occurred through sequential processes, which are composed of independent processes that became linked over time. The public commission and launch of the family medicine group policy illustrate such a sequence of interacting processes. Indeed, the mixed process of consensus building through a public commission can be seen as a single process, but the FMG policy launched six months later was linked to the public commission that inspired its content, allowing for a “more acceptable” prescription. For its part, the content of the policy also partly regulated the negotiation of its implementation at the organizational level, displaying evidence of a sequential process. The unilateral introduction of conditions for receiving government funding, followed by their negotiation denote an unplanned sequence process formed of constructed processes that followed and replaced previous prescribed processes. These examples illustrate what Poole et al. (2004b) called a “cyclical relationship among [alternating]” processes of change at play within and across various levels. In other words, constructed processes can be prescribed and prescribed processes can emerge from preceding constructed processes as much as the other way around.

The different patterns of change induced variable temporal progressions. More time was needed in changes brought about by constructed processes than for change resulting from prescribed processes. The progression followed the time required to allow mutual adjustments/negotiations among interdependent actors took place among groups and other actors mainly during the initial phase and within group mainly before their initial proposal and during implementation. As explained, the implication of nurses required many adjustments both between physicians and nurses and among physicians.

The prescribed part of the process also structured the progression of the constructed part. As such, temporal progression was linked to both the prescribed processes and the

time allowed and needed for the constructed part of the process. When different processes take place in parallel, the pace of change follows the temporal progression of the respective processes, as discussed for the sequential and mixed processes. In other words, the more autonomous the actors and, by extension, their mode of regulation, the more temporal progression follows the time needed to reach minimal consensus and negotiate mutual adjustments regarding change. Thus, context and content of change both influenced temporal progression.

Measuring the difference between initial context and end-state is vital to appreciate the content of change. It is also important to study its temporal progression. Indeed, groups characterized by weaker initial consensus (B and E) regarding nurses' integration were perceived as slower to integrate nurses in accordance with the policy (Beaulieu et al., 2006). Because initial visions were less consensual and consistent with the policy requirements, the integration of nurses in these contexts involved a more significant change content. Indeed, the slower process observed was in fact a more substantial change compared with groups where initial consensus was strong and closer to policy's philosophy, and thus where change was less significant (A, C and D). Leadership played a significant role in disseminating the vision within groups, which in turn affected the progress of consensus among professionals. Indeed, leaders played a key role in shaping goals and supporting their translation into practice. Inconsistent (E), diffused (B) and intermittent (C) leadership slowed the pace or progress toward change whereas, consistent leadership toward change favoured its progress (A and D) (Mintzberg, 1992). When leadership in a given group was shared by a number of general practitioners with different visions, change progressed at the pace that their vision evolved. The pace of change was also affected by the consensus between groups and external leaders interacting with the groups. This was especially evident in the formalization stage, when regional actors were involved (ex. longer negotiation between group A and regional actors postponed initial proposal), and when local actors formed groups within public organizations where "non-medical" management was present. External leaders also affected operational transformations, for instance in their hiring of nurses, as per each group's contract.

Discussion summary

Our results shed light on these complex relationships and showed how context is determinant in explaining organizational change (McNulty et al., 2004; Langley et al., 2006). They revealed how pluralistic contexts influence change processes through specific patterns of change. While pluralism is a characteristic of primary healthcare services and the professional organizations delivering them, its intensity varies and influences the different coordination mechanisms structuring collective action at every level. A pluralistic context impedes government from implementing changes through fully prescribed processes (Hinings et al., 1991; McNulty et al., 2004). Therefore, change management takes place in such contexts through a complex combination of prescribed and constructed processes. Indeed, because of professionals' autonomous regulation, prescribed processes were either combined with or informed by constructed processes and were only partially successful when pluralism was high. In such cases, professionals' did force renegotiation to take place through constructed processes (ex. when the Ministry of Health unilaterally imposed specific rules to assign resources, physicians protested and forced the Ministry to backed down and negotiate acceptable criteria. Our results revealed that professionals' participation generates constructed processes in which convergence and divergence among actors coexist and vary over time (Van de Ven et al., 1995).

We observed multiple processes that forged change over time at different levels. Constructed processes coexisted, combined and interacted with prescribed processes to co-produce change. In other words, the more pluralistic the context, the less likely authority would be feasibly able to impose prescribed processes of change; however, prescribed processes contributed to change when they were linked to constructed processes. Negotiation of consensual mutual adjustments through constructed processes involving professionals and other key actors favours acceptance (Denis et al., 1999; Powell et al., 1999) and sustainability (Ham, Kipping, & McLeod, 2003) of change, whereas prescribed processes can initiate, structure and follow constructed processes. It is the specific combination of these multiple mixed and sequential processes that characterizes the *regulation of collective action*. This model fosters a clearer understanding of the

interactions among the different processes, the role of context, the nature of change content and their temporal progression.

Lessons for managing change

In a pluralistic context, managing change implementation is often perceived as more problematic than identifying what needs to be done (Hinings et al., 1991). The results of this study provide a clearer understanding of change processes that could better foster change.

What is important in such contexts is to support constructed processes and allowing flexibility within boundaries to be able to reach collective goals (Denis et al., 1999). Boundaries are possibly more welcomed when they reflect a consensus reached through a prior constructed process. Doing the opposite will likely jeopardize collaboration toward future changes (Langley et al., 2006). In addition, although collaboration favours cooperation, it introduces variations in change content, which can be problematic (Hinings et al., 1991) because it risks prolonging and diluting change content (Molinsky, 1999).

The participation of various actors does not imply that change completely escapes the influence of central stakeholders. Because the capacity to influence or compel others through negotiation is closely related to interdependence among key actors, those interested in leading change should keep in mind that resource dependency is determinant in the process of negotiation and renegotiation that characterizes change management in pluralistic settings (Powell et al., 1999). Because consensual mutual adjustments and shared visions are facilitated by the presence of strong leaders, close attention should also be paid to identifying and supporting them.

Professionals' involvement and the constructed processes it generates limit the implementation of radical transformation. But, as some have suggested, managing significant change by starting from the implementation of small, cumulative and coherent changes that are perceived as agreeable by the professionals involved (Denis, 2004; Hutchison et al., 2001) has proven to be a viable option.

Conclusion

The aim of this article was to clarify the process of change in pluralistic contexts. It is well known that coercive change has little potential for success in pluralistic contexts, which suggests that professionals' participation is crucial to foster change (Hinings et al., 1991; Langley et al., 2006; Powell et al., 1999; Denis et al., 1999; Ham et al., 2003). The existence of prescribed and constructed processes has been noted in different fields of study (Lipsky, 1980; Mintzberg et al., 1985a; Hinings et al., 1991; Cooper et al., 1996; Cooper et al., 1996). Our results went one step further by revealing the complex nature of large-scale change in multi levels and pluralistic contexts. Indeed, the analysis of the change context, process and content presented in this article sheds light on the presence of change processes at different levels over time. These results offer a detailed account and illustrate how change takes form through specific mixed and sequential processes. It illustrates how change management coexists with stakeholders' autonomy. The results also illustrated the relationship between such processes and the change content and context and, as such, lend support to Pettigrew's contextualist approach (Pettigrew, 1985a). Van de Ven and Poole's (1995) typology also proved pertinent to the analysis of the multiple processes at play when managing large-scale changes involving actors at different levels and in multiple professional organizations.

More precisely, we proposed to term the observed pattern characterizing change management in professional organizations as *regulation of collective action*. The expression emphasise the multiple processes that vary in terms of emergent patterns (prescribed/constructed) and temporal progression and that interact with context and content of change when managing large scale change in pluralistic contexts. Such processes influence the content of change, which is more gradual than radical. These results demonstrate that pluralism is a key factor within contexts, which profoundly affects the change process (both in terms of patterns of change and temporal progression) and its content.

The study provides valuable and practical insights on change management in pluralistic settings; particularly for those who have the challenging mandate of inducing change in pluralistic settings “in which change can be stimulated, but not entirely controlled” (Denis et al., 2001). Many countries face the same challenges in trying to introduce reform in primary healthcare organizations (Shortt, 2004; Haggerty et al., 2007). Coordination of change in pluralistic contexts entails supporting varied interests (Hinings et al., 1991) while keeping them within boundaries that favour enough coherence to reach collective goals. The multiple interactions among prescribed and constructed processes through mixed and sequential processes clarify such paradoxical endeavour.

Reference List

- Ackroyd, S. and Muzio, D. (2008). Reasserting the Reconstructed Professional Firm: A Rejoinder to Brock (2008). *Organization Studies*, 29, 150-155.
- Beaulieu, M. D., Denis, J. L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É. et al. (2006). L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle Montréal: Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale.
- Bégin, J. F. (2000). Recherche désespérément médecin de famille. La Presse, B5.
- Brock, D. M. (2006). The changing professional organization: A review of competing archetypes. *International journal of Management Reviews*, 8, 157-174.
- Brock, D. M. (2008). The Reconstructed Professional Firm: A Reappraisal of Ackroyd and Muzio (2007). *Organization Studies*, 29, 145-149.
- Brock, D. M., Powell, M. J., and Hinings, C. R. (2007). Archetypal change and the professional service firm. *Research in Organizational Change and Development*, 16, 221-225.
- Buchanan, D., Fitzgerald, L., Ketley, D., Gollop, R., Jones, J. L., Saint Lamont, S. et al. (2005). No going back: A review of the literature on sustaining organizational change. *International journal of Management Reviews*, 7, 189-205.
- CESSSS (2000). Les solutions émergentes : Rapport et recommandations Québec: Gouvernement du Québec.
- Contandriopoulos, A. P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? *Gestion*, 27, 142-150.
- Cooper, D. J., Hinings, C. R., Greenwood, R., and Brown, J. L. (1996). Sedimentation and transformation in organizational change: the case of Canadian law firms. *Organization Studies*, 17, 623-647.
- Demers, C. (2007). *Organizational Change Theories - A Synthesis*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.

- Demers, M. & Brunelle, Y. (2000). *Organisation de l'omnipratique au Québec entre 1994 et 1999* Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Denis, J. L. (2004). *Governance and Management of Change in Canada's Health System*. In P.G.Forest, G. P. Marchildon, & T. McIntosh (Eds.), *Changing Health Care in Canada* (pp. 82-114). University of Toronto Press.
- Denis, J. L., Lamothe, L., and Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of management journal*, 44, 809-837.
- Denis, J. L., Lamothe, L., Langley, A., & Vallette, A. (1999). The Struggle to Redefin Boundaries in Health Care Systems. In D.Brock, M. Powell, & C. R. Hinings (Eds.), *Restructuring the Professional Organization. Accounting, Health Care and Law* (pp. 105-130). London: Routledge.
- Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in Pluralistic Contexts : Rethinking Theoretical Frames. *Human Relations*, 60, 179-215.
- Dufour, Y. and Steane, P. (2006). Competitive paradigms on strategic change: mapping the field and further research development. *Strategic Change*, 15, 129-144.
- Eisenhardt, K. M. (1995). Building Theories From Case Study Research. In G.P.Huber & A. H. Van de Ven (Eds.), *Longitudinal Field Research Methods* (pp. 65-90). Sage Publications.
- Gersick, C. (1991). Revolutionary change theories: A multilevel exploration of the punctuated equilibrium paradigm. *Academy of Management Review*, 16, 10-36.
- Greenhalgh, T., Glenn, R., Bate, P., Kyriakidou, O., Macfarlane, F., & Peacock, R. (2004). *How to spread good ideas – A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organization* London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.
- Greenwood, R. and Hinings, C. R. (1996). Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and New Institutionalism. *Academy of Management*, 21, 1022-1054.

- Grignon, M., Paris, V., & Polton, D. (2002). L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins (Rep. No. 35). Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362, 1225-1230.
- Grumbach, K. and Bodenheimer, T. (2004). Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? *Journal of the American Medical Association*, 291, 1246-1251.
- Haggerty, J., Burge, F., Lévesque, J. F., Gass, D., Pineault, R., Beaulieu, M. D. et al. (2007). Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *Annals of Family Medicine*, 5, 1-9.
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Goulet, F., Rodrigue, J. et al. (2004). Accessibility and continuity of primary care in Quebec Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF).
- Ham, C., Kipping, R., and McLeod, H. (2003). Redesigning Work Processes in Health Care: Lessons from the National Health Service. *The Milbank Quarterly*, 81, 415-439.
- Hinings, C. R., Brown, J. L., and Greenwood, R. (1991). Change in an autonomous professional organization. *Journal of Management Studies*, 28, 375-393.
- Hinings, C. R., Greenwood, R., & Suddaby, R. (2004). Dynamics of change in organizational fields. In M.S.Poole & A. H. Van de Ven (Eds.), *Handbook of Organizational Change and Innovation* (pp. 304-323). New York: Oxford University Press.
- Hutchison, B., Abelson, J., & Lavis, J. (2001). Primary care in Canada: So much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20, 116-131.
- Innes, J. E. & Booher, D. E. (2003). Collaborative policy making: governance through dialogue. In M.A.Hajer & H. Wagenaar (Eds.), *Deliberative Policy Analysis: Governance in the Network Society* (pp. 33-59).
- Kickert, W. J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (1997). *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector*. London: Sage Publications..

- Klijin, E. H. and Koppenjan, J. F. M. (2000). Public Management and Policy Networks. *Public Management*, 2, 135-158.
- Lamarche et al (2003). Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24, 691-710.
- Langley, A. & Denis, J. L. (2006). Neglected Dimensions of Organizational Change: Toward a Situated View. In L. Runes, I. G. Stensaker, & A. Langley (Eds.), *New Perspectives on Organizational Change and Learning* (pp. 136-159). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lessard, D. (2000). Santé, c'est à Michel Clair qu'il incombera de scruter les coûts de la santé. La Presse, A7.
- Lewis, M. W. (2000). Exploring paradox: Toward a more comprehensive guide. *Academy of Management Review*, 25, 760-776.
- Lindblom, C. E. (1965). *The Intelligence of Democracy: Decision Making Through Mutual Adjustments*. Free Press.
- Lindblom, C. E. (1968). *The Policy Making Process* New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy; Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lozeau, D., Langley, A., & Denis, J. L. (2002). The corruptions of managerial techniques by organizations. *Human Relations*, 55, 537-564.
- Maioni, A. (2004). From Cinderella to Belle of the Ball - The Politics of Primary Care Reform in Canada. In R. Wilson, S. E. D. Shortt, & J. Dorland (Eds.), *Implementing primary care reform: Barriers and facilitators* (Montreal and Kingston, Canada: School of Policy Studies by Mc-Gill-Queen's University Press).
- McNulty, T. and Ferlie, E. B. (2004). Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Services Organizations. *Organization Studies*, 25, 1389-1412.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Montréal: Les éditions de agence d'arc inc.
- Mintzberg, H. (1992). Cycles of Organizational Change. *Strategic Management Journal*, 13, 39-59.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B. W., Lampel, J., Cohen, L., & Fontaine, J. (1999). *Safari en pays stratégie: l'exploration des grands courants de la pensée stratégique*. Paris: Village mondial.
- Mintzberg, H. and McHugh, A. (1985a). Strategy formation in an adhocracy. *Administration Science Quarterly*, 30, 160-197.
- Mintzberg, H. and Waters, J. M. (1985b). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic Management Journal*, 6, 257-272.
- Molinsky, A. L. (1999). Sanding down the Edges: Paradoxical Impediments to Organizational Change. *Journal of Applied Behavioral Science*, 35, 8-24.
- Morris, T. & Pinnington, A. (1999). Continuity and change in professional organizations: Evidence from British law firms. In D.Brock, M. Powell, & C. R. Hinings (Eds.), *Restructuring the Professional Organization. Accounting, Health Care and Law* (London: Routledge.
- MSSS (2002). *Groupe de médecine de famille. Document synthèse*. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale des affaires médicales et universitaires.
- Offe, C. (1996). *Modernity and the State*. Cambridge: The MIT Press.
- Pettigrew, A. M. (1985a). Contextualist research and the study of organisational change processes. In E.Mumford, R. Hirschheim, G. Fitzgerald, & T. Wood-Harper (Eds.), *Research methods in information systems* (pp. 53-78). North Holland: Elsevier Science Publishers B.V.
- Pettigrew, A. M. (1985b). *The Awakening Giant: Coninuity and Change in ICI*. London: Basil Blackwell Ltd.
- Pettigrew, A. M. (1987). Researching Strategic Change. In A.M.Pettigrew (Ed.), *The Management of Strategic Change* (pp. 1-13). Basil Blackwell.
- Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal field research on change: theory and practice. *Organization Science*, 1, 267-292.

- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., and Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: challenges for future research. *Academy of Management Journal*, 44, 697-713.
- Pfeffer, J. & Salancik, G. R. (2003). *The External Control of Organizations - A Resource Dependence Perspective*. Stanford: Stanford University Press.
- Pichault, F. and Schoenaers, F. (2003). HRM Practices in a Process of Organisational Change: A Contextualist Perspective. *Applied Psychology*, 50, 120-143.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., and Pelletier, J. (2004). Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promotion International*, 19, 489-500.
- Poole, M. S. & Van de Ven, A. H. (2004). Theories of Organizational Change and Innovation Processes. In M.S.Poole & A. H. Van de Ven (Eds.), *Handbook of Organizational Change and Innovation* (pp. 374-397). Oxford University Press.
- Poole, M. S., Van de Ven, A. H., Dooley, K., & Holmes, M. E. (2000). *Organizational change and innovation processes: Theory and methods for research*. New York: Oxford University Press.
- Powell, M. J., Brock, D. M., & Hinings, C. R. (1999). The changing professional organization. In D.M.Brock, M. J. Powell, & C. R. Hinings (Eds.), *Restructuring the Professional Organization. Accounting, Health Care and Law* (pp. 1-19). London: Routledge.
- Randall, G. E. & Williams, A. P. (2009). Health-care reform and the dimensions of professional autonomy. *Canadian public administration*, 52, 51-69.
- Reynaud, J. D. (1988). Les regulations dans les organisations: Regulation de controle et regulation autonome. *Revue française de sociologie*, 29, 5-18.
- Rhodes, R. A. W. (2007). Understanding Governance: Ten Years On. *Organization Studies*, 28, 1243-1264.
- Rocher, G. (2007). Sociologie d'une réforme : l'innovation par les groupes de médecine de famille L'émergence de deux GMF . 75e Congrès de l'ACFAS.
- Safran, D. G., Talov, A. R., and Rogers, W. H. (1994). Primary Care Performance in Fee-for-service and Prepaid Health Care Systems. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1579-1586.

- Shortt, S. E. D. (2004). Primary Care Reform, Is There a Clinical Rationale? In R. Wilson, S. E. D. Shortt, & J. Dorland (Eds.), *Implementing primary care reform: Barriers and facilitators* (pp. 1-202). Montreal and Kingston, Canada: School of Policy Studies by Mc-Gill-Queen's University Press.
- Sirois, A. (2002). *Près d'une entente sur les groupes de médecine familiale*. La Presse.
- Sirois, A. and Gagnon, K. (2001). *La médecine de famille compromise?* La Presse.
- Soparnot, R. (2005). L'évaluation des modèles de gestion du changement organisationnel: de la capacité de gestion du changement à la gestion des capacités de changement. *Gestion*, 29, 31-42.
- Sorensen, E. (2006). Metagovernance: The Changing Role of Politicians in Processes of Democratic Governance. *The American Review of Public Administration*, 36, 98-114.
- Sorensen, E. & Torfing, J. (2007). Theoretical Approaches to Governance Network Dynamics. In E. Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (pp. 25-42). New York.
- Tsoukas, H. and Chia, R. (2002). On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change. *Organization Science*, 13, 567-582.
- Van de Ven, A. H. (1993). An assessment of perspectives on strategic change. In L. Zan, S. Zambon, & A. M. Pettigrew (Eds.), *Perspectives on Strategic Change* (pp. 313-324). Kluwer Academic Publishers.
- Van de Ven, A. H. and Poole, M. S. (1995). Explaining Development and Change in Organizations. *Academy of Management Review*, 20, 510-540.
- Weick, K. E. and Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50, 361-386.
- Yin, R. K. (2003). *Case study Research: Design and Methods*. Newbury Park: Sage Publications.

Article 2: Integrative framework of governance: in search of conceptual clarification

Frédéric Gilbert, Jean-Louis Denis and Lise Lamothe

Introduction

In the last decade, the concept of governance has raised debate among researchers around the world. The numerous difficulties faced by actors (government, organizations, etc.) tackling far-reaching challenges, such as pollution, globalization or healthcare systems have maintained a high level of interest in understanding governance. Most articles and books on the subject hold that the concept has many meanings, while a small number of others argue that they all amount to “supplying direction” (Pierre et al., 2000). Broadly speaking, governance can be seen as different forms of regulation of collective action.

Some have called for a clarification of the concept of governance (Rhodes, 2007). In this article, we aim to contribute to the analytical debate by presenting a pragmatic framework from which to better understand the concept of governance and study its processes empirically. It is not our aim to pursue or support a normative agenda toward delineating a typology of governance, nor is it to discuss the roots or consequences of specific governance types. Rather, we aim to improve our understanding of governance as an object of study in general.

We built our framework from different theoretical perspectives that contribute to a better understanding of governance by addressing complementary aspects of the concept. Indeed, there is a substantial and growing body of work aiming to circumscribe the concept. Many define governance from the perspective of the regulation of interdependent actors in pluralistic contexts (Pierre et al., 2000; Rhodes, 2007; Sorensen et al., 2007b). Others focus on the instruments through which governance takes place (Klijn et al., 1997; Lascoumes & Le Galès, 2007; Salamon, 2002b), while still others view governance as being new forms of social action (Hatchuel, 2000; Kooiman, 2000; Ostrom, 1990; March et al., 1995). The

framework we propose integrates various classic and critical⁸ writings in the fields of governance (Kooiman, 2000; Pierre et al., 2000; Rhodes, 1997; Sorensen et al., 2007b), political science (Hood, 2007), networks (Agronoff, 2007; Kickert et al., 1997b; Klijn, 1997), collaboration (Huxham & Vangen, 2005) and regulation (Black, 2002; Scott, 2004).⁹ Drawing from different views of governance allows for the development of a broader view of it. Borrowing concepts from different perspectives is risky in terms of there being a “lack of sufficient clarity and rigour, but also [in terms of] failure to see the productive differences between the theoretical positions...” (Sorensen et al., 2007a: 7).

Nonetheless, in attempting to define what governance is, we believe the proposed framework benefits from the input of different perspectives and could be useful to researchers interested in the analysis of its various aspects. The proposed framework defines governance as the multiple actions undertaken and instruments (de Bruijn et al., 1997; Salamon, 2002b) mobilised by actors participating in the functions of avenue-prospecting (Hatchuel, 2000) and decision-making (Ostrom, 2007) that are aimed at regulating (Reynaud, 1988) collective action. The originality of the framework lies in the integration of different perspectives and in the processual and multi-levels analysis it suggests.

A pragmatic framework of governance

Our framework is built around three questions that are discussed below. First, we focus on what functions governance achieves and describe three different but interrelated functions: avenue-prospecting, decision-making and regulation. We then discuss who is involved in governance. In other words, we examine the context of governance through the actors involved and other characteristics of the environment. The third section concentrates on how governance takes place, and shows governance processes through actors' actions

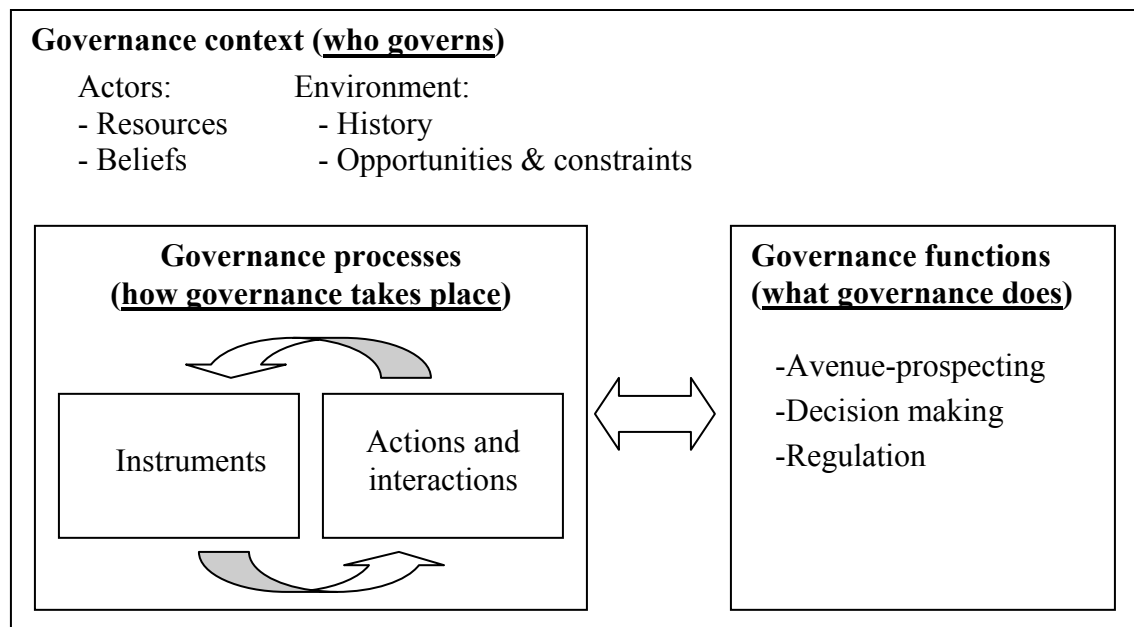
⁸ Some critical works in the field of governance have been published (Marinetto, 2003; Holliday, 2000; Kooiman, 1999; Davies, 2002; Treib, Bähr, & Falkner, 2007; Rhodes, 2007).

⁹ These references illustrate the diversity of the sources but represent a partial view of the literature mobilised to build the framework.

and governance instruments. Figure 1 illustrates how these questions fit together in our proposed framework of governance.

We wish, in particular, to contribute through this analysis to the development of a “situated” (Bevir et al., 2005; Rhodes, 2007) and a “processual” (Langley, 1999; Pettigrew, Ferlie, & McKee, 1992) conceptualization of governance. A “situated” view of governance refers to what people do in a specific context (Bevir et al., 2005; Rhodes, 2007). This view borrows from various fields, including management (Langley et al., 2006), strategy (Johnson et al., 2007; Whittington, 1996) and sociology (Schatzki, 2001). It allows one to grasp the local context and tease apart the unit of analysis (i.e. the particular context-specific governance processes) and see how it fits into the overall concept of governance. The “processual” nature of the framework indicates that governance takes place over time and that the study of governance benefits from an understanding of how it evolves across time.

Figure 1: Governance framework



What governance does: The functions of governance

In this section, we will present the evolution of the concept of governance and discuss the issues raised by some influential attempts to define governance.¹⁰ Some authors have explained that the term governance usually refers to “supplying direction” (Pierre et al., 2000) or the “directed influence of social processes” (Kickert, Klijn, & Koppenjan, 1997a), both of which are consistent with the etymology of the word governance, which refers to a notion of steering and, in its simplest definition, the processes of governing.

The term governance originated from the Greek word *kybernan* and passed into Latin as *Gubernare* where it referred to the action of steering a boat (Baron, 2003). Its use expanded from boats to society when the French language adapted it as the word *gouvernance*, which was subsequently replaced by its twin "*gouvernement*" or "government" in English (Vallet, 2000). *Governance* came back into use the 1970s through the term *corporate governance* (Lubatkin, Lane, Collin, & Very, 2005) which generally “refers to the defence of shareholders’” interests (Tiroli, 2001). This view of governance followed the development of agency theory and its concern about the mechanisms (boards of directors, incentives, etc.) used by the principal to control the agents.¹¹ Corporate governance retains the primary meaning of governance and specifies its application to corporations. Governance transited back to its original “public” context in the 1980s with the rise of *new public management* (NPM), which refers to the adoption of private sector managerial practices by the public sphere.¹²

Governance now often refers to the steering of public systems in a context characterized by the presence of multiple interdependent actors and the “pluricentric mode of coordination” that comes with it (Sorensen et al., 2007b: 4). Pierre and Peters (2000)

¹⁰ For discussions on the different views on governance see, among others, Kooiman (2000), Pierre and Peters (2000), Rhodes (1996) and Stoker (1998).

¹¹ The economic theory of agency was formalized by Ross (Ross, 1973) and Jensen and Meckling (Jensen & Meckling, 1976) in their classic works but follows a long history of concerns about the management of ‘other people’s money’ as expressed by Adam Smith more than two hundred years ago ([1776] 1991).

¹² For a still pertinent discussion on new public management and its multiple forms, see Hood (1991) and for a more recent account, see Lynn (2006) and Hood & Peters (2004).

explained that governance corresponds to “the articulation and pursuit of collective interests in the ‘post-strong state’ era.” Rhodes (1996: 652-653; 2007) expressed a similar view when he explained that governance refers to “the new method by which society is governed.” It is not our intention here to discuss the nature of a specific context in which governance is carried out, but rather to emphasise that it is analytically misleading to associate specific contexts to the word governance. Although often accepted at face value, the above views confuse the object of study (governance) with the context in which it occurs (i.e. a specific political system in a specific country at a specific time). As expressed by Klijn and Skelcher (2007: 605), “At present, research draws conclusions from empirical studies in particular temporal, spatial and political contexts, but the significance of these contexts is often lost on those who draw on such studies.” Likewise, the existence of what Pierre and Peters (2000: 12) called the “post-strong state era” is questionable (Holliday, 2000; Weiss, 1998) and what is called “the articulation and pursuit of collective interests” in one context may be called something else in another context. Moreover, whether a specific way of governing is considered “‘new’ or ‘old’ is an empirical rather than an analytical question. (...) Many supposedly innovative forms of governance (...) may turn out to be quite old in other contexts” (Treib, Bähr, & Falkner, 2007: 10).

Following other scholars (Kickert & Koppenjan, 1997), we recognise both the specificity of the word governance (in terms of its etymological sense of steering) and the often pluralistic context in which it takes place. The steering sense of governance should not be conceptualized as the steering aspect of the expression “steering and rowing” (Osborne & Gaebler, 1992) used by NPM supporters, which argues that those governing (deciding) do not necessarily have to be the ones rowing (producing). In this view, some decide and others execute without any governance capacities. Many have shown that such a top-down view was a skewed vision of a complex reality, because all those involved in producing at various levels have a part in steering through the exercise of their autonomy (Lipsky, 1980).

The rowing part of the above expression nonetheless implies that providing direction is not enough. To reach the destination, the one steering will have to regulate the

rowing. Obviously, to take proper decisions and regulate others' behaviours, governance needs to be properly informed and reflect, which is consistent with Hood's (2007) three universal components of a control system: "information gathering," the "standard or target" and the "behaviour-modifying" activity. We will describe these three governance functions under the terms "avenue-prospecting," "decision-making" and "regulation." Although closely related, these functions offer specific insights to inherent aspects of governance. Thus, governance can be seen as the more or less collective coordination of processes aimed at avenue-prospecting, decision-making and regulation.

Avenue-prospecting

Gathering information is recognised as an important aspect of governance, which Hood (Hood, 1983) encapsulated in the French term *prospective*. We adopted this concept proposed by Hatchuel (2000), which deepens the function of governance, and gave it the English equivalent term of "avenue-prospecting." Hatchuel explained that *prospective* is a collective process of avenue-prospecting that emerges from governance and is inseparable from it. Such functions of governance can emerge from both large public structures, like public agencies that act as advisers, and smaller scale instruments, like committees or meetings at the organisational level. Thus, information gathering is part of avenue-prospecting, but the more or less collective process implied by the latter highlights the notion that avenue-prospecting goes beyond the instrumental "intelligence" role of governance.

As we discuss in the following sections, those in governing positions search and receive information in a more or less collective way and "individuals do not always have access to the same information known by others with whom they interact" (Ostrom, 2007: 32). Thus, although more or less collective and deliberative, avenue-prospecting processes remain highly political (Contandriopoulos, Denis, Langley, & Vallette, 2007).

Some recent studies showed that reflection is distinct from decision-making and action, although closely related. Indeed, in a study of 14 networks, Agranoff described that

some networks concentrated on reflective functions (exchanging information, developing their capacity or preparing strategies) while others engaged in more tangible actions (Agranoff, 2007). Because reflection often precedes action, Agranoff's results might well be a factor of time. In any case, the notion of reflection supports the pertinence of considering avenue-prospecting as a function of governance, and that it is achieved more or less collectively, in order to inform governance about potential avenues of action as well as allow for the development of a collective conception of the actions or decisions to take.

Decision-making

Decisions are a significant aspect of governance, as the term "decision makers" used to qualify those in governing roles would suggest. Decisions can target both structures (e.g. in metaphorical terms, the changing of the oars, or practically speaking, the forming of a committee) or actions taking place within existing rules (e.g. starting to row or the conclusion of the committee) (Ostrom, 2007). Lindblom (1965) explained that decisions are not exclusive to formal decision makers. Studying the implementation of public policies, he explained that collective action takes place through the combination of multiple, incremental, negotiated or trial and error decisions. These many decisions come after reflection but also lead to subsequent learning and related decisions. As such, when an actor analyses a specific issue and makes decisions accordingly, these can lead to subsequent avenue-prospecting exercises, either by the same actor (e.g. the government deciding it needs to know more, as in the decision to launch a public commission, which serves an avenue-prospecting function) or by different actors (e.g. the agency in charge of the application of a policy analysing how to realise its mandate). At every level, up to the front-line employee, decisions will be made where autonomy resides.

Decisions are more or less linked with avenue-prospecting. As in the "garbage can" model of decision making (March & Olsen, 1972) and the concept of bounded rationality (Simon, 1957) illustrated long ago, decisions are often based on limited knowledge, whether voluntarily (e.g. information too costly) or involuntarily (e.g. information not accessible). Furthermore, governance decisions take place where actors possess governance

capacities or authority. In most contexts, decisions do not necessarily lead to corresponding behaviours which raises the issue of their regulation.

Regulation

Regulation relates to the actual control of behaviours or production in any form of goal-oriented collective action. Regulation can be seen as the core function of governance. Indeed, the other functions, avenue-prospecting and decision-making, lead to regulation. Black's definition illustrates the close relationship among the three functions:

Regulation is the sustained and focused attempt to alter the behaviour of others according to defined standards or purposes with the intention of producing a broadly identified outcome or outcomes, which may involve mechanisms of standard-setting, information gathering and behaviour modification (Black, 2002: 26).

Unlike traditional views of regulation, Black's definition recognises the "decentralised" nature of regulation and includes different forms of regulation. Indeed, regulation can take multiple forms, from authoritarian "command and control" to self-regulating systems. The fragmentation of power limits the deployment of deliberate authoritative regulation (Scott, 2004). Reynaud (1988) explained the wide range regulation can take. It can be applied by external pressure (controlled regulation) as well as by the group itself (autonomous regulation). Controlled regulation is characterised by the application of external pressure to regulate behaviours. As such, it aims to control others' range of freedom. Autonomous regulation refers to the more or less formal rules developed by the actors who do not occupy leading positions (Reynaud, 1988). The actual regulation corresponds to the multiple coexisting and interacting sub-forms of regulation.

If avenue-prospecting and decision-making are more intellectual activities, regulation concerns the active part of governance. For example, the captain could (collectively or not) go through a thorough avenue-prospecting process and then fix a destination and route. But if he is not able to regulate others' rowing, the boat might not leave the harbour. Behaviours that governance aims to shape through regulation can involve the production of goods (a meal in a hospital), services (a training program) or even

social harmony (socially acceptable behaviours). Examining concrete actions and behaviours in the study of governance emphasises that the three functions of governance (avenue-prospecting, decision-making and regulation) are often enmeshed. Avenue-prospecting might depend on one's capacity to regulate it. Specific structures or instruments might regulate decision-making. Regulation emerges from avenue-prospecting and decisions as much as it can guide them both.

This enmeshed perspective of the functions of governance is useful when analysing it, whether governance is seen as a problem of coordination or control (Kickert et al., 1997b; Rhodes, 1996; Salamon, 2002b) or a cultural phenomenon (March et al., 1995) with democratic issues (Dietz, Ostrom, & Stern, 2003). Champagne's (2002) discussion on the difficulty encountered by those who govern (in this case, the healthcare system) to produce desired outcomes illustrates the importance of studying governance through its various elements or functions. He explained that those who govern often fail to produce desired outcomes for various reasons. In some cases, they do not possess the proper knowledge to act effectively, which leads to inappropriate decisions or no decisions taken, which is indicative of a difficulty with avenue-prospecting. Others possess the necessary knowledge but, for various reasons, decide not to act accordingly, which clearly relates to the decision-making function and highlights the importance of "non-decisions" (Bachrach & Baratz, 1962). Finally, some situations are characterised by governing people who possess the proper knowledge and decide to act accordingly but are unable to regulate behaviours effectively.

We have discussed what governance accomplishes through its functions. In the following sections, we will discuss the context in which governance takes place. We will then elaborate on the process of governance, or in other words, how it takes shape.

Who is involved in governance: the governance context

Because we view governance as a process of coordinated collective action involving avenue-prospecting, decision making and regulation, we argue that the governing body

should be whoever or whatever contributes to materialise these functions. As mentioned, the recent interest in governance has been driven by the growing number of actors involved in public services, who are raising issues regarding the changing role of the state (Kickert et al., 1997b; Kooiman, 2000; Pierre et al., 2000; Rhodes, 1997) and related democratic implications (Benz et al., 2003; Greenaway et al., 2007). Although often (implicitly or explicitly) focusing on the actions of governments (Salamon, 2002b; Kickert et al., 1997b) and other public institutions (Agranoff & McGuire, 2001b), many authors acknowledge the influence of multiple public, private and civil actors in the majority of governance processes, whether such processes are considered new (Rhodes, 1996), more intense (Marinetto, 2003) or newly (re)discovered (Treib et al., 2007).¹³ In this section we will discuss the actors who possess governance capacities. Actors are characterised by their range of freedom, power and beliefs.

Actors' range of freedom

The involvement of actors in governance processes is relative to their degree of autonomy. The distribution of governance capacities corresponds to the cumulative ranges of freedom present at various levels. Actors mobilise instruments and engage in various actions (as discussed in the next section), including attempts to control and coordinate others' behaviours, either within these "manoeuvring space[s]" (Kooiman, 1993) or to alter direction of action.

Issues of regulation and control have been discussed widely and for a long time in the classic works of Blau (1963) and Lipsky (1980) on the deviation of political and managerial decisions by front-line bureaucrats. They showed that governance capacities exist at multiple levels and the often-neglected range of freedom of non-central actors provides governance capacities to subunits. The centralisation-decentralisation debate illustrates various patterns of vertical distribution of governance capacities. Whether from the top (i.e. governments' control over front-line bureaucrats) or the bottom (i.e.

¹³ Although some discovered it rather recently, issues linked to pluralism have been recognized for some time (Blau, 1963; Etzioni, 1965; Lindblom, 1965).

population's influence over elected representatives), both views more or less critically analysed the vertical distribution of governance capacity. Other classic works on public policies and public administration have discussed the distribution of governance capacities among actors interacting outside hierarchical structures (Lowi, 1964; Lindblom, 1965; Laumann et al., 1976).¹⁴ They showed that the rational top-down view was not only limited by issues of control within organisations or “bounded rationality” of decision makers (Simon, 1957) but also by the presence of multiple actors able to influence the course of action.

A greater number of actors sharing governance capacities intensifies coordination problems (Peters, 1998). Many researchers have emphasised the particularities of horizontal relations in governance processes, explaining that such processes take place through networks of actors (Kickert et al., 1997b; Kooiman, 2000; Pierre et al., 2000; Rhodes, 1997). Although the concept of networks has recently been at the forefront of governance analysis, “there is yet to be a common lexicon for studying the construct, leaving those who study networks with multiple definitions and a tangle of meanings” (Provan & Fish, 2007: 481). As Provan and Fish explained, networks have been studied under different terms, such as “partnerships, strategic alliances, inter-organisational relationships, coalitions, cooperative arrangements, or collaborative agreements” (Provan et al., 2007). The literature on networks often emphasises horizontal relationships among equal co-actors but, as we will discuss in the following section, such a perspective might “mask the potential for coercive behaviour” (Agranoff & McGuire, 2001a).

Thus, governance analysis needs to account for the fact that governance capacities might be shared by multiple actors. To analyse actors' governance capacity and what influences its mobilisation, we examine two key concepts in the following subsections: their relative power, which affects their range of freedom, and the role of beliefs in the mobilisation of their governance capacities.

¹⁴ For a recent account see ‘How Great Expectations in Westminster May Be Dashed Locally’ by Exworthy et al. (2002).

Actors' power

Actors at different levels of action possess governance capacities. Their relative power explains the nature of their actions and interactions in the course of governance. Broadly speaking, power can be viewed as the capacity to make a difference (Clegg, Courpasson, & Phillips, 2006). Here, we emphasise the distinction between the forms and origins of power.

Various perspectives of forms of power have been influential in governance analysis, some viewing power as specific capacities, while others judging it to be an integrated part of any social system. One's capacity to make decisions that will directly affect others can be considered as an obvious form of power. Some actors can also bar others' decisions, a form of veto power that can eliminate certain options gleaned from the avenue-prospecting or decision-making processes (Schaap & van Twist, 1997). Building on Bachrach and Baratz's classic work (1962), many (Lukes, 1974; Thibaut & Walker, 1975) researchers have distinguished power over decisions from power over processes, the latter of which allows actors to exclude others from governance processes (Schaap et al., 1997; Rodriguez, Langley, Béland, & Denis, 2007). Thus, governance analysis should not be restricted to the "visible" actors, but should also consider those on the side lines (Parkhe, Wasserman, & Ralston, 2006). The concept of power has often been used to analyse the "exercises of discretion by organisation members" in organisational studies (Clegg et al., 2006: 127).

In this view, actors' power originates from different sources. According to the resource dependency theory, widely adopted by scholars with diverging views on governance (Sabatier, 2007; Rhodes, 2007; Rhodes, 1996; Kickert et al., 1997b), interactions occur when actors exchange resources, the likes of which may take multiple forms, such as money, knowledge, legitimacy, and formal authority, among others. Actors possess resources at different levels of action (individuals, groups, organisations, etc.). Control over desired and scarce resources is therefore seen as the main source of power and, by extension, governance capacity (Pfeffer et al., 2003). Resource dependencies may be hidden behind the formal hierarchical context and mask pluralism. Dependencies may be

analysed by comparing the relative importance and substitutability of all of the actors' resources (Scharpf, 1978). Thus, power is always context-specific.

Although power can be viewed as individual discretion or leverage linked to various resources, others have argued that power takes form in interactions and results from the multiple actions or strategic moves undertaken by all actors (Foucault, 1975). In this view, power is not concentrated in one actor (e.g. the state). Power is revealed by analysing the multiple positions, strategies and struggles among actors that take place over time. This view greatly influenced the shift toward a less "state-centric" orientation in policy analysis and political science (Galston, 2006). Power is also inherent in governance structures and instruments (e.g. laws, organisational structures, professional practices, etc.). As such, governance and the instruments they embody, reveal and sometimes perpetuate the power distribution among those who created them and those who act within them (Clegg et al., 2006).

Thus, governance capacities exist when actors have a range of freedom in which to make decisions, which in turn allows them to attempt to influence others' behaviour. The relative power actors can mobilise depends on the resources over which they have control, the network of power characterising the governance context and the multiple interactions involved in the governance. The key to understanding why and how governance capacities are mobilised or not, is to examine actors' beliefs (Bevir, Rhodes, & Weller, 2003).

Actors' beliefs

Actors' beliefs are their perception or the "image through which the complex, ambiguous world which surrounds them can be made sense of and be acted upon" (Termeer et al., 1997: 82). Perceptions and beliefs of governing actors are important, because conflicting views of problems and solutions can impede interactions among actors who share governance capacities. Beliefs also colour how one perceives problems, solutions, others actors' actions and developments in the environment (Koppenjan & Klijn, 2004: 47-48). Perceptions are important because they act as "filters [that] (...) tend to screen out

dissonant information and reaffirm conforming information, thus making belief change quite difficult” (Sabatier & Weible, 2007: 194). As Sabatier and Weible (2007) explained, a minimal but variable level of consensus on beliefs is needed to act collectively and beliefs act as policy frames that are more or less stable depending on the maturity of a given context. Indeed, beliefs are present at different levels and vary from deep-seated, overarching views, like “fundamental values such as liberty and equality,” which are not amenable to change, to perceptions of specific rules or practices (Sabatier et al., 2007: 194).

Beliefs influence actors’ capacities at all levels of action and may colour a power relationship. Also, actors’ beliefs are anchored in history and specific events. As Lukes (1974: 24) explained in his classic work:

Is it not the supreme and most insidious exercise of power to prevent people, to whatever degree, from having grievances by shaping their perceptions, cognitions and preferences in such a way that they accept their role in the existing order of things, either because they can see or imagine no alternative to it, or because they see it as natural and unchangeable, or because they value it as divinely ordained and beneficial? To assume that the absence of grievance equals genuine consensus is simply to rule out the possibility of false or manipulated consensus by definitional fiat.

In this section, we argued that to answer the question ‘who governs?’ one should look at all actors that have the potential to influence direction. Influential actors exist at all levels of action and possess unequal governance capacities. Actors’ participation in governance is linked to their beliefs and range of freedom. Their governance capacities depend on the importance and substitutability of resources possessed and needed (Pfeffer et al., 2003; Scharpf, 1978) as well as the ongoing network of power that both constrains and results from actors’ actions. However, actors’ actions and interactions evolve through time in complex processes that define how governance takes place.

How governance takes place: governance processes

We propose that looking at actors’ actions and governance instruments (e.g. a law, committee, etc.) captures much of governance processes. As illustrated in Figure 1, actions and interactions are the actual manifestations of governance processes aimed at

accomplishing governance's functions (avenue-prospecting, decision-making and regulation). Much governance analysis has been concerned with the tools or instruments through which governance takes place (Hood, 1983; Lascoumes et al., 2007; Salamon, 2002b). In this section, we argue that governance processes are revealed through the analysis of the reciprocal relationship among instruments and actions. To do so, actors' actions and interactions are equally key components of the analysis of governance processes as governance instruments are.

Actors' actions (and interactions)

Because governance is at its core a collective process, many actions involve or affect interactions among actors. Actors interact because they perceive they cannot achieve the same results without the contribution of others. Because actors usually have partial control over others, negotiations take place among actors possessing relative governance capacities. Therefore, actors engage in multiple, more or less conflictive or collaborative interactions to negotiate mutual adjustments (Lindblom, 1965).

Interactions can be conceptualised as more or less collaborative exchanges among actors. Collaboration and cooperation are often used as synonyms, both defined as participation in a collective enterprise or joint action. Agranoff (2006: 56) explained that "cooperation refers to the act of working jointly with others, usually to resolve a problem or find a corner of activity." Collaboration gained much interest in the mid-eighties when "the spirit of the times (...) was set against all manifestations of hierarchical authority" (Mayntz, 1998: 12). This positive view of collaborative collective action often presents trust and consensus as the essential conditions driving collaboration and emphasises its numerous advantages, often referring to better access to resources, shared risk, increased efficiency, better coordination and improved learning (Huxham et al., 2005).

Others have adopted a more critical lens and explained that consensus and collaboration should not be blindly considered as desirable. As Huxham et Siv Vangen (2005: 80) advised, "Don't work collaboratively unless you have to." They present a more

controversial, negative view of interactions, explaining that there are “different aims that individuals and organisations will be aiming to pursue through the collaboration, and that many of these will not be obvious because they will form parts of hidden agendas” (2005: 33). Thus, even when collaboration is present, it can be problematic (McGuire, 2006).

Indeed, collaboration often supports domination by favouring the more powerful groups, allowing the rich to get richer (O'Toole & Meier, 2004; Powell, White, Koput, & Owen-Smith, 2005) or leading to the fulfilment of political agendas (Le Galès, 2001). Collaboration can also occur among dominant actors, leaving others “outmanoeuvred by information overload and an array of interpretation” (Koppenjan, 2007: 141). In other words, “even if consensus is not obtained under duress, it may still be a terrible thing, since the content of consensus, just like the goal of cooperation, may comprise something absolutely reprehensible” (Koppenjan, 2007: 136). As Clegg and Hardy (1996: 679) explained, “the façade of ‘trust’ and the rhetoric of ‘collaboration’ used to promote vested interest through the manipulation and capitulation by weaker partners” should not be ignored.

Some explain that, despite its potential and democratic nature, collaboration does not automatically bring better outcomes (Imperial, 2005). Indeed, win-win situations are not always possible: “yet there is always the possibility of zero sum, rather than mutual gain (positive sum)” (Weber, Lovrich, & Gaffney, 2007: 198). These multiple tradeoffs can lead to both ineffective and unsatisfying outcomes and chronically slow progress, a phenomenon referred to as “collaborative inertia” (Huxham et al., 2005). Overemphasis on collaboration and consensus can also lead to underestimate the positive contribution of conflicting interactions. Indeed, although often neglected, conflicts also serve positive and negative functions, enabling the introduction of “alternative problem definitions” and innovations that would not necessarily emerge in more consensual contexts (Koppenjan, 2007: 137). This leads Koppenjan (2007) to state that governance should favour a “functional level of conflict and prevent consensus from being taken to excess.” Consensus and conflict should neither be normatively considered as desirable or harmful, because too

little or too much of either can limit the functional capacity of the interactions among actors sharing governance capacities (Innes et al., 2003; Koppenjan, 2007).¹⁵

We do not argue for or against collaboration but rather wish to emphasise that governance frameworks should analyse interactions by taking into consideration both positive and negative potential effects of collaboration and conflict. Actions are important in the understanding of how governance takes place but so are structures. Indeed, governance structures, referred to as instruments, shed light on the complex action-structure relationship.

Governance through instruments

Certain authors (Hood, 1983; Lascoumes et al., 2007; Salamon, 2002b) have studied governance through the instruments involved in it. Governance instruments can be seen as both the means by which governance is carried out and the result of governance processes. The concept of instruments informs governance analysis by clarifying the structure-action relationship. Indeed, instruments are considered as “both [the] medium and outcome of the reproduction of practices” (Giddens, 1979: 5).

Governance instruments have been studied in various ways that can be grouped into two main categories. First, many researchers have concentrated on the instruments per se, mapping their diverse types and potential to achieve governance functions (Hood, 1983; Salamon, 2002b). Typologies emerged and emphasised the existence of multiple faces of governance instruments, which often opposed traditional command and control instruments and introduced “new” instruments (instruments framing relationships among actors engaged in governance processes, for instance). The second type of analyses focused on an explanation of “instruments selection, in the sense of the interests or ideas that shaped the choice of tools” (Hood, 2006: 470) and emphasised the political issues surrounding their selection (Lascoumes et al., 2007; Peters, 2002).

¹⁵ For a thorough analysis of the critiques of consensus building, also see Innes (2004).

The traditional carrots, sticks and sermons proposed by Etzioni (1965) long ago illustrated the many forms instruments take. Mostly concentrating on those mobilised by governments,¹⁶ authors have explained the technical and social devices (Lascoumes et al., 2004b) used by those who govern. As such, instruments affect governance capacities by shaping resource distribution (Lascoumes et al., 2004a) and patterns of interactions. However, instruments also emerge from interactions and reveal prior distributions of governance capacities. In other words, the various instruments mobilised by governing bodies (a law, committee, etc.) act as structures and should be distinguished from the actual interactions they allow for, the related functions they pursue (avenue-prospecting, decision making, behaviour shaping) as well as their (intended or inadvertent) outcomes.

Many have criticised the classic works on governance instruments because they often depicted governance instruments as easily manipulated toolkits. Examples are numerous but Bevir offers an apt illustration. He cites Kickert, Klijn, and Koppenjan (1997b) as representatives of those who treat “hierarchies, markets and networks as fixed structures that governments can manipulate if they use appropriate tools” (Bevir, 2004).¹⁷ But Kickert et al. (1997b: 183) explained that the “instrumental view” could be “located in the intermediate area between the extremes of monocentric monorational hierarchical steering on the one hand, and horizontal situations of complete autonomy of all actors on the other” and pertinently pointed out that “the denial of the first should not imply the acceptance of the latter.”

We argue that governance instruments act as structures in governance processes and, as such, should be considered in governance analysis to inform the traditional action-structure dilemma. We build on the two main categories mentioned above, namely the instruments and their selection.

¹⁶ As illustrated by the titles of the classic books by Hood (1983) and Salamon (2002b) who both refer to “The tools of government.”

¹⁷ For a similar example, see Rhodes (2007) who explains that the instrumental view “treats government departments, local authorities, markets and networks as fixed structures that governments can manipulate using the right tools.”

Mapping governance instruments

Instruments can be viewed as revealing the relationships among actors involved in governance (Lascombes et al., 2004a) but also as both the “medium and outcomes” of the actions they constrain as well as enable (Giddens, 1984: 25). The analysis of governance instruments over time can shed light on change in governance as much as the collective processes behind their emergence.

Most studies on governance instruments focus on governments’ tools (Hood, 1983; Kickert et al., 1997b; Lascombes et al., 2004a; Salamon, 2002b). This is not surprising since much of the mainstream work on governance or network management is described as “theoretically top-heavy” (Greenaway et al., 2007). The pragmatic and decentralised view proposed here suggests recognising that instruments are mobilised at every level where governance capacities are present. For example, regulation instruments take different forms at various levels, from governments adopting laws to organisations formalising internal rules and regulations. Thus, focusing on instruments mobilised by governments provides an incomplete view of the multiple instruments through which governance takes place. Broadening governance instruments analysis to incorporate instruments used by non-state actors is necessary if we acknowledge that governments share their governance capacities with non-state entities and that this takes place at various levels. Moreover, even when focusing on public governance processes, no government acts as an independent entity. Thus, we suggest that instruments are shared among different actors and manifest at various levels, which raise issues related to coexistence and interactions. As Lascombes and Le Galès (2004b) noted, it is difficult to discuss instruments without ending by presenting a typology. Instruments are characterised by their functions and types.

Instrument functions

In his seminal work, Hood (1983) differentiated among instruments oriented toward information gathering and those toward behaviour shaping. As discussed, our view on governance builds on these two, extending “information gathering” with the “avenue-prospecting” function and adding the function of “decision-making” which, although linked

to the others, often involves specific processes. Thus, governance instruments are mobilised by actors with governance capacities who seek to engage in all three of avenue-prospecting, decision-making and regulation functions. As others have explained (Salamon, 2002a), governance instruments are mobilised both to organise governance (internal governance) and to interact with others (external governance).

Instrument types¹⁸

Instruments types are obviously linked with the functions they aim to accomplish. Many authors have emphasised the distinction between direct and indirect governance instruments (Rhodes, 1994; Salamon, 2002b). *Direct instruments* refer to the traditional authoritarian and hierarchical type of governance instruments. Direct instruments involve total control and power concentration, which as discussed before, rarely exists. Instruments involved in the public production of goods or services are traditional illustrations of direct instruments of governance. Direct instruments have been described as less efficient in pluralistic contexts, as de Bruijn and Ten Heuvelhof (1997: 122) explained:

The chief characteristics of traditional governance instruments, such as regulation and central planning render them suitable for use in a vertical structure. These “first generation instruments” are mostly compulsory, unilateral and have a generic effect.

Indirect instruments refer to various structures aiming to coordinate various actors who all possess governance capacities. Indirect instruments can be seen as the opposite of direct instruments (Jordan et al., 2005). Indeed, if direct instruments involve greater control and power concentration, indirect instruments are suited for horizontal relations, where actors are “considered to have justified interests and goals” and “are equal in terms of the governance capability they possess” (de Bruijn et al., 1997: 122).

Indirect instruments take two main forms: contractual and relational (Gilbert et al., 2007). Contractual instruments consist of agreements among actors that define each actor’s

¹⁸ This typology of the various kinds of governance instruments builds on an initial version (Gilbert, Brault, & Breton, 2007).

roles and responsibilities with respect to a specific governance process (e.g. contracts). Relational instruments, on the other hand, influence actors' interactions.¹⁹ Specifically, relational instruments provide structures at different levels (committee, work group, public commission, etc.) that support relationships among actors who share governance capacities. These may be formal or informal, such as interventions to reduce tensions (O'Toole, 1988) or the provision of resources (information, skills, etc.). While relational instruments can be considered more process-centred as opposed to goal-directed, they can nonetheless function in the pursuit of specific goals. As such, relational instruments should not be viewed as power-neutral or as a mere democratic exercise. Relational instruments offer prominent actors a "considerable channel of influence" (O'Toole, 2007). As such, governance instruments should not be confused with the intention of the actors mobilising them. Formal or informal relational instruments might give an "efficient political player, under its appearance of an understanding consensus builder, the occasion to favour his own positions and build a coalition around them" (Contandriopoulos et al., 2007: 642). By controlling specific indirect instruments, some actors can thereby exclude others from governance processes (Schaap et al., 1997; Rodriguez et al., 2007).

Direct and indirect governance instruments categories should not be considered as rigid archetypes. Indeed, empirically, they are often intertwined. Moreover, the more or less direct and indirect nature of instruments should not be confused with their apparent type. Instruments such as a public regulation can be negotiated as much as some contractual arrangements can be forced on actors who have little or no alternatives, depending on actors' relative governance capacities. Therefore, the various instruments functions and types are not mutually exclusive categories. Relational instruments can be mobilised to foster interactions aimed at building consensus toward a future piece of legislation or to favour the negotiation of contractual arrangements among interdependent actors. Direct instruments, for their part, can also indirectly foster relationships among actors by imposing collaboration (Rodriguez et al., 2007). Moreover, a multilevel analysis reveals the presence

¹⁹ For a recent synthesis of the various means used to influence interactions, see Klijn and Edelenbos (2007).

of different instruments embedded within one and other. Indeed, central government could contract with a non-state actor to offer specific services (indirect instruments). The analysis of governance processes at the non-state actor level may reveal the presence of direct instruments (internal production of services) as much as other indirect instruments (subcontracting of specific activities). Thus, instruments should not be “rigidly and uncritically” categorised (Jordan et al., 2005: 493).

In sum, governance takes form through actors’ actions and interactions in relation to governance instruments. The duality of structure (Giddens, 1984) is revealed by both actors’ actions and governance instruments. It is by exposing the multiple processes taking place at all levels of action, over time, in relation with the functions achieved and the context in which they take place that analysis reveals how governance takes place.

Conclusion

In this article, we built on different views to propose a pragmatic framework from which to study empirical manifestations of governance from both a situated and processual standpoint. Governance can be defined by the multiple actions undertaken and the instruments used by actors participating in avenue-prospecting, decision-making and regulation of collective action. Governance functions highlight the multifaceted nature of governance. We then explained that actors at different levels participate in governance functions. Indeed, governance contexts are composed of multiple public and private actors sharing governance capacities (Lipsky, 1980; Molinsky, 1999). Thus, actors have varying degrees of governance capacity, depending on their resources and the power distribution that characterise their context.

We finally proposed a conceptualisation of how governance takes form in a reciprocal relationship between actors’ actions and governance instruments. As such, governance processes are revealed in context by actors’ actions and governance instruments that together constrain and enable the governance’s processes and emerge from them. It is by examining the duality of actors’ actions and the instruments mobilised to achieve

governance functions in a particular context that governance can be understood. In this way, governance is seen to take different forms over time.

We proposed a framework for governance analysis that offers significant clarification of the concept, by virtue of its theoretical basis in a wide range of academic disciplines. Furthermore, as others have called for (Bevir et al., 2005; Rhodes, 2007), we performed an analysis of governance from a processual and situated perspective and argue that the framework proposed here provides a pragmatic tool for empirical studies on governance.

Reference List

- Agranoff, R. (2006). Inside Collaborative Networks: Ten Lessons for Public Managers. *Public Administration Review*, 56-65.
- Agranoff, R. (2007). *Managing within Networks: Adding Value to Public Organizations*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Agranoff, R. & McGuire, M. (2001a). After the Network Is Formed - Process, Power, and Performance. In M.P.Mandell (Ed.), *Getting results through collaboration: networks and network structures for public policy and management* (pp. 11-29). Quorum Books.
- Agranoff, R. and McGuire, M. (2001b). Big Questions in Public Network Management Research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11, 295-326.
- Bachrach, P. and Baratz, M. S. (1962). Two Faces of Power. *American Political Science Review*, 56, 947-952.
- Baron, C. (2003). La gouvernance : débats autour d'un concept polysémique. *Droit et société*, 2, 329-349.
- Benz, A. & Papadopoulos, Y. (2003). Is Network Governance Democratic? *Personal Communication*.
- Bevir, M. (2004). Governance and interpretation: what are the implications of postfoundationalism? *Public Administration*, 82, 605-625.
- Bevir, M. and Rhodes, R. A. W. (2005). Interpretation and its Others. *Australian Journal of Political Science*, 40, 169-187.
- Bevir, M., Rhodes, R. A. W., and Weller, P. (2003). Traditions of Governance: Interpreting the Changing Role of the Public Sector. *Public Administration*, 81, 1-17.
- Black, J. (2002). Critical Reflections on Regulation. *Australian journal of legal philosophy*, 27, 37-46.
- Blau, P. M. (1963). *The Dynamics of bureaucracy*. (Second edition ed.) Chicago: University of Chicago Press.

- Champagne, F. (2002). *The Ability to Manage Change in Health Care Organizations*. Discussion Paper No.39, Commission on the Future of Health Care in Canada
- Clegg, S. R., Courpasson, D., & Phillips, N. (2006). *Power and Organizations*. London: Sage Publications.
- Clegg, S. R. & Hardy, C. (1996). Conclusion: Representations. In *Handbook of organization studies* (pp. 676-708).
- Contandriopoulos, D., Denis, J. L., Langley, A., & Vallette, A. (2007). Governance structures and political processes in a public system: lessons from Quebec. *Public Administration*, 82, 627-655.
- de Bruijn, J. A. & Ten Heuvelhof, E. F. (1997). Instruments for Network Management. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (pp. 119-136). London: Sage Publications Ltd.
- Dietz, T., Ostrom, E., & Stern, P. (2003). The Struggle to Govern the Commons. *Science*, 302, 1907-1912.
- Etzioni, A. (1965). *A Comparative Analysis of Complex Organizations*. New York: Free Press.
- Exworthy, M., Berney, L., and Powell, M. (2002). "How Great Expectations in Westminster May Be Dashed Locally": The Implementation of National Policy on Health Inequalities'. *Policy & Politics*, 30, 79-96.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir, naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Galston, W. A. (2006). Political Feasibility: Interests and Power. In M.Moran, M. Rein, & Goodin R.E. (Eds.), *The Oxford handbook of public policy* (pp. 543-556). New York: Oxford university press.
- Giddens, A. (1979). *Central Problems in Social Theory*. London: Macmillan.
- Giddens, A. (1984). *The Construction of Society*. Berkeley: University Press.
- Gilbert, F., Brault, I., & Breton, M. (2007). Le pilotage des réformes. In M.J.Fleury, M. Tremblay, H. Nguhen, & L. Bordeleau (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec - Gouvernance, régulation et participation* (pp. 39-49). Montréal: Gaëtan Morin.

- Greenaway, J., Salter, B., & Hart, S. (2007). How Policy Networks can Damage Democratic Health: a Case Study in the Government of Governance. *Public Administration*, 85, 717-738.
- Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective?, Prospective pour une gouvernance démocratique. In *Actes du colloque Prospective d'un siècle à l'autre: nouvelles dimensions de la gouvernance* (Ed.), (pp. 29-41).
- Holliday, I. (2000). Is the British State Hollowing Out? *The Political Quarterly*, 71, 167-176.
- Hood, C. (2006). The Tools of Government in the Information Age. In M.Moran, M. Rein, & Goodin R.E. (Eds.), *The Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 467-481). New York: Oxford University Press.
- Hood, C. (2007). Intellectual Obsolescence and Intellectual Makeovers: Reflections on the Tools of Government after Two Decades. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 20, 127-144.
- Hood, C. C. (1983). *The Tools of Government*. London: MacMillan.
- Hood, C. C. (1991). A Public Management for all Seasons? *Public Administration*, 69, 3-19.
- Hood, C. C. & Peters, G. (2004). The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14, 267-282.
- Huxham, C. & Vangen, S. (2005). *Managing to Collaborate: The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. New York: Routledge.
- Imperial, M. T. (2005). Using Collaboration as a Governance Strategy. *Administration & Society*, 37, 281-320.
- Innes, J. E. & Booher, D. E. (2003). Collaborative policy making: governance through dialogue. In M.A.Hajer & H. Wagenaar (Eds.), *Deliberative Policy Analysis: Governance in the Network Society* (pp. 33-59).
- Innes, J. E. (2004). Consensus Building: Clarifications for the Critics. *Planning Theory*, 3, 5-20.

- Jensen, M. C. and Meckling, W. H. (1976). A Theory of the Firm: Governance, Residual Claims and Organizational Forms. *Journal of Financial Economics*, 3, 305-360.
- Johnson, G., Langley, A., Melin, L., & Whittington, R. (2007). *Strategy as Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jordan, A., Wurzel, R. K. W., and Zito, A. (2005). The Rise of 'New' Policy Instruments in Comparative Perspective: Has Governance Eclipsed Government? *Political Studies*, 53, 477-496.
- Kickert, W. J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (1997a). Introduction: A Management Perspective on Policy Networks. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Networks - Strategies for the Public Sector* (pp. 1-13). London: Sage publication.
- Kickert, W. J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (1997b). *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector*. London: Sage Publications.
- Kickert, W. J. M. & Koppenjan, J. F. M. (1997). Public Management and Network Management: An Overview. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Networks - Strategies for the Public Sector* (pp. 35-61). London: Sage publication.
- Klijn, E. H. (1997). Policy Networks, An Overview. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (pp. 14-34). London: Sage Publications.
- Klijn, E. H. & Edelenbos, J. (2007). Meta-governance as Network Management. In E.Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of democratic network governance* (pp. 199-214). New York: Palgrave Macmillan.
- Klijn, E. H. and Skelcher, C. (2007). Democracy and Governance Networks: Compatible or Not? *Public Administration*, 85, 587-608.
- Klijn, E. H. & Teisman, G. R. (1997). Strategies and Games in Networks. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (pp. 119-136). London: Sage Publications.

- Kooiman, J. (1993). Findings, speculations and recommendations. In J.Kooiman (Ed.), *Modern Governance* (pp. 249-262). Sage Publications.
- Kooiman, J. (2000). *Societal Governance*. (Debating Governance - Authority, Steering, and Democracy ed.) Oxford: Oxford university press.
- Koppenjan, J. F. M. (2007). Consensus and Conflict in Policy Networks: Too Much or Too Little? In E.Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (pp. 133-152). New York: Palgrave Macmillan.
- Koppenjan, J. F. M. & Klijn, E. H. (2004). *Managing Uncertainties in Networks*. New York: Routledge.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24, 691-710.
- Langley, A. & Denis, J. L. (2006). Neglected Dimensions of Organizational Change: Toward a Situated View. In L.Runes, I. G. Stensaker, & A. Langley (Eds.), *New Perspectives on Organizational Change and Learning* (pp. 136-159). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lascoumes, P. & Le Galès, P. (2004a). *Gouverner par les instruments*. Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Lascoumes, P. & Le Galès, P. (2004b). L'action publique saisie par les instruments. In P.Lascoumes & P. Le Galès (Eds.), *Gouverner par les instruments* (pp. 11-46). Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Lascoumes, P. and Le Galès, P. (2007). Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments - From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 20, 1-21.
- Laumann, E. & Pappi, F. U. (1976). *Networks of Collective Action: A Perspective on Community Influence Systems*. New York: Academic Press.
- Le Galès, P. (2001). Urban Governance and Policy Networks: on the Boundedness of Policy Networks: A French Case. *Public Administration*, 79, 205-222.
- Lindblom, C. E. (1965). *The Intelligence of Democracy: Decision Making Through Mutual Adjustments*. Free Press.

- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy; Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lowi, T. J. (1964). Review: American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory. *World Politics*, 16, 677-715.
- Lubatkin, M. H., Lane, P. J., Collin, S. O., & Very, P. (2005). Origins of Corporate Governance in the USA, Sweden and France. *Organization Studies*, 26, 867-888.
- Lukes, S. (1974). *Power: A Radical View*. London: MacMillan.
- Lynn, L. E. (2006). *Public Management: Old and New*. Routledge.
- March, James G. and Olsen, Johan P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administration Science Quarty*, XVII, 1-26.
- March, J. G. & Olsen, J. P. (1995). *Democratic governance*. New York: Free Press.
- Marinetto, M. (2003). Governing beyond the Centre: A Critique of the Anglo-Governance School. *Political Studies*, 31, 592-608.
- Mayntz, R. (1998). New Challenges to Governance Theory. *Jean Monnet Chair Papers* , 6-24. The Robert Schuman Centre at the European University Institute.
- McGuire, M. (2006). Collaborative Public Management: Assessing What We Know and How We Know It. *Public Administration Review*, 66, 33-43.
- Molinsky, A. L. (1999). Sanding down the Edges: Paradoxical Impediments to Organizational Change. *Journal of Applied Behavioral Science*, 35, 8-24.
- O'Toole, L. J. (1988). Strategies for Intergovernmental Management: Implementing Programs in Interorganisational Networks. *Journal of Public Administration*, 25, 43-57.
- O'Toole, L. J. (2007). Governing Outputs and Outcomes of Governance Networks. In E.Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (pp. 215-230). New York: Palgrave Macmillan.
- O'Toole, L. J. and Meier, K. J. (2004). Desperately Seeking Selznick: Cooptation and the Dark Side of Public Management in Networks. *Public Administration Review*, 64, 681-693.
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government*. New York: Plume.

- Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Ostrom, E. (2007). Institutional Rational Choice. In P.A.Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process* (pp. 21-64). Boulder: Westview Press.
- Parkhe, A., Wasserman, S., and Ralston, D. A. (2006). New Frontiers in Network Theory Development. *Academy of Management Review*, 31, 560-568.
- Peters, B. G. (1998). Managing horizontal government: The politics of co-ordination. *Public Administration*, 76, 295-311.
- Peters, B. G. (2002). The Politics of Tool Choice. In L.M.Salamon (Ed.), *The Tools of Government: A Guide to the New Governance* (pp. 552-564). New York: Oxford University Press.
- Pettigrew, A. M., Ferlie, E. B., & McKee, L. (1992). Understanding the Process of Organizational Change. In A.M.Pettigrew, E. B. Ferlie, & L. McKee (Eds.), *Shaping strategic change* (pp. 5-30). Sage Publications.
- Pfeffer, J. & Salancik, G. R. (2003). *The External Control of Organizations - A Resource Dependence Perspective*. Stanford: Stanford University Press.
- Pierre, J. & Peters, B. G. (2000). *Governance, Politics and the State*. New-york: St. Martin's Press inc.
- Powell, W. W., White, D. R., Koput, K. W., and Owen-Smith, J. (2005). Network dynamics and field evolution: The growth of interorganizational collaboration in the life sciences. *American Journal of Sociology*, 110, 1132-1206.
- Provan, K. G. and Fish, J. (2007). Interorganizational Network at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks. *Journal of Management*, 33, 479-516.
- Reynaud, J. D. (1988). Les regulations dans les organisations: Regulation de controle et regulation autonome. *Revue française de sociologie*, 29, 5-18.
- Rhodes, R. A. W. (1994). The hollowing out of the state. *Political Quarterly*, 65, 138-151.
- Rhodes, R. A. W. (1996). The new governance: governing without government. *Political Studies*, 44, 652-667.

- Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding Governance - Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Berkshire: Open University Press.
- Rhodes, R. A. W. (2007). *Understanding Governance: Ten Years On*. *Organization Studies*, 28, 1243-1264.
- Rodriguez, C., Langley, A., Béland, F., and Denis, J. L. (2007). *Governance, Power, and Mandated Collaboration in an Interorganizational Network*. *Administration & Society*, 39, 150-193.
- Ross, S. A. (1973). *The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem*. *The American Economic Review*, 63, 134-139.
- Sabatier, P. A. (2007). *Theories of the Policy Process*. (2 ed.) Boulder: Westview Press.
- Sabatier, P. A. & Weible, C. M. (2007). *The Advocacy Coalition Framework*. In P.A.Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process* (2 ed.), Boulder: Westview Press.
- Salamon, L. M. (2002a). *The New Governance and the Tools of Public Action: An Introduction*. In L.M.Salamon (Ed.), *The Tools of Government: A Guide to the New Governance* (pp. 1-47). New York: Oxford University Press.
- Salamon, L. M. (2002b). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. New York: Oxford University Press.
- Schaap, L. & van Twist, M. J. W. (1997). *The dynamics of closedness in networks*. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Networks - Strategies for the Public Sector* (pp. 62-78). London: Sage publication.
- Scharpf, F. W. (1978). *Interorganizational policy studies: issues, concepts and perspectives*. In K.Hanf & F. W. Scharpf (Eds.), *Interorganizational Policy Making: Limits to Coordination and Central Control* (pp. 345-370). London: Sage.
- Schatzki, T. (2001). *Practice Theory*. In T.Schatzki, K. Knorr-Cetina, & E. Von Savigny (Eds.), *The practice turn in contemporary theory* (London: Routledge.
- Scott, C. (2004). *Regulation in the age of governance: the rise of the post-regulatory state*. In (pp. 145-174).
- Simon, H. A. (1957). *Administrative Behaviour: A Study of Decision Making Processes in Administrative Organization*. New York: MacMillan.

- Smith, A. (1991). *On the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. Buffalo: Prometheus Books.
- Sorensen, E. & Torfing, J. (2007a). Governance Network Research: Towards a Second Generation. In E.Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (pp. 1-21). New York: Palgrave Macmillan.
- Sorensen, E. & Torfing, J. (2007b). *Theories of Democratic Network Governance*. New York: Palgrave Macmillan.
- Stoker, G. (1998). Governance as Theory: five propositions. *International Social Science Journal*, 17-28.
- Termeer, C. J. A. M. & Koppenjan, J. F. M. (1997). Managing perceptions in Networks. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (pp. 79-97). London: Sage Publications.
- Thibaut, J. & Walker, L. (1975). A theory of procedure. *California Law Review*, 66, 541-566.
- Tirolì, J. (2001). Corporate Governance. *Econometrica*, 69, 1-35.
- Treib, O., Bähr, H., and Falkner, G. (2007). Modes of governance: towards a conceptual clarification. *Journal of European Public Policy*, 14, 1-20.
- Vallet, O. (2000). Gouverner ou tenir la barre. *Mots*, 109-110.
- Weber, E. P., Lovrich, N. P., & Gaffney, M. J. (2007). Assessing Collaborative Capacity in a Multidimensional World. *Administration & Society*, 39, 194-220.
- Weiss, L. (1998). *The Myth of the Powerless State*. Cambridge: Polity Press.
- Whittington, R. (1996). Strategy as practice. *Long Range Planning*, 29, 731-735.

Article 3: A situated view of governance in pluralistic contexts: from public policy to improved public services

Frédéric Gilbert, Lise Lamothe and Jean-Louis Denis

Introduction

Implementing widespread transformations in pluralistic contexts is difficult in the best of circumstances (Denis et al., 1999; Minzberg & McHugh, 1985). Yet governments nonetheless engage in various reforms led by “experts and advisers [who] ... do not exhibit an adequate understanding of the theoretical frames of complex systems and how to intervene in such systems” (Glouberman et al., 2004: 22). Environmental issues and the provision of healthcare services are examples of the major, complex challenges faced by most governments. Such issues raise interest in the study of governance in pluralistic contexts. In this article, governance will refer to the multiple actions undertaken and instruments mobilised by actors participating in the functions of avenue-prospecting, decision-making and regulation of collective action.

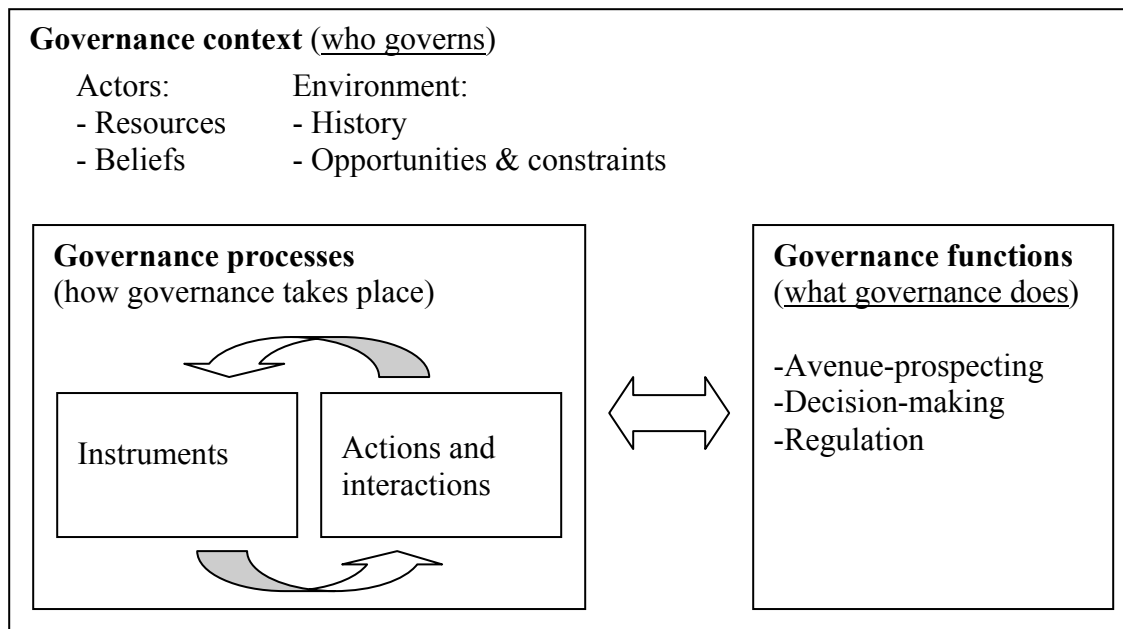
While the vast literature on governance has brought to light its pluralistic nature, the processes that comprise governance remain insufficiently understood. Canons called for further developed and more detailed analyses of governance processes (Bevir et al., 2007; Rhodes, 2007) and the tools through which governance takes place (Hood, 2007). In this paper, we intend to reveal the governance processes that took place in the context of the emergence and implementation of a public policy aimed at improving primary care services in a public healthcare system. We will do so through a framework that allows for a processual and multi-level analysis. The results offer valuable insights on governance processes in a pluralistic context.

In the following sections, we will outline the research framework and objectives, the context of the study and the methodology used. We will then present and discuss the results of the multiple cases studied.

1. Analytical framework

This study is based on a pragmatic view of governance.²⁰ The governance framework advanced in this study is built around interactions among governance functions, processes and contexts (see Figure 1).

Figure 1: Governance framework (article #2)



Governance serves the functions of avenue-prospecting, decision-making and regulation. Avenue-prospecting encompasses a process of information gathering (Hood, 1983) as well as knowledge development (Hatchuel, 2000). Decisions can be associated with the establishment of targets or specific goals (Hood, 1983). Regulation refers to the

²⁰ For an extensive presentation of our proposed framework, see article #2.

actual control of others' behaviour, either directly by means of authority or indirectly through influence. Actors' beliefs, resources, the environment and history make up the particular governance context. Actors' beliefs can be seen as their perception or the "image through which the complex, ambiguous world that surrounds actors can be made sense of and be acted upon" (Termeer et al., 1997: 82). The distribution of governance capacities allows actors to participate in the governance functions of avenue-prospecting, decision-making and regulation.

Governance processes take form through a combination of actors' actions and governance instruments. Actors' actions refer to steps taken by individuals and their interactions with other actors. Governance instruments refer to the different formal and informal structures through which actions take place as well as the structures that further emerge from actors' interactions and actions (Giddens, 1984). Instruments take multiple forms, varying from direct instruments associated with internal hierarchical structures to highly indirect instruments that coordinate relationships among interdependent actors (de Bruijn et al., 1997; Salamon, 2002a). Governance is therefore considered to be multiple chains of interactions among actors' actions and governance instruments in order to realise the governance functions of avenue-prospecting, decision-making and regulation.

2. Research objectives and context

In this article, we used the opportunity of a public policy initiative to study governance processes taking place at different levels throughout the policy's launch and implementation. Through actors' actions and the instruments involved, we endeavoured to examine the governance processes that took place in this ambitious reform aimed at improving public services offered by multiple private and public organisations.

Research context

In Quebec, primary care services are delivered mainly by general practitioners (hereafter physicians) who either work as employees of public local organisations or, more

predominantly, as independent entrepreneurs in privately owned medical clinics.²¹ Here, primary care refers to first-contact services offered outside emergency rooms. It is widely held that, in Quebec, these services are insufficiently accessible and poorly integrated within the overall healthcare system (Haggerty et al., 2004). Similar conclusions were expressed more than 30 years ago, and despite multiple attempts to rectify the situation since that time, such concerns persist (Contandriopoulos, 2002).

With the creation of Family Medicine Groups (FMG) in 2001, the Quebec government launched a public policy to increase the accessibility and continuity of primary care services. Family Medicine Groups are not new organisations per se but are new organisational arrangements based on contracts between the government and physicians. The groups receive additional resources (nursing services, information systems, remuneration of additional staff, and compensation for the work space of private clinics) as well as payment in addition to their usual remuneration for each patient registered in their FMG. A group must be formed of six to 12 physicians working in one or more organisations (public or private) who accept to collaborate with other professionals to improve continuity of care and offer extended front-line services (opening hours and on-call services for vulnerable patients) (MSSS, 2002b). These characteristics are viewed as desirable and are pursued in many healthcare systems (Shortt, 2004; Haggerty et al., 2007). A research project in which the authors participated demonstrated that these changes contribute to improved accessibility and continuity of services in a variety of ways (Beaulieu et al., 2006).

This healthcare reform offered an excellent opportunity to study the complex processes through which governance takes place in a pluralistic context over time. Specifically, we studied the creation of five of the first FMGs.

²¹ Physicians offering services in private clinics are financed through contractual arrangements negotiated between their professional association (union) and the Ministry of Health.

Group A is part of a community health centre in a semi-urban city. Many physicians also have teaching roles. They offer services on one main site. A strong leader proposed and guided the creation of this group.

Group B is situated in a small city. It combines physicians working in two private clinics and one community health centre. These physicians had limited group practice experience and there was a low level of consensus regarding the vision of the group.

Group C exists within a Family Practice Unit in a large city. Physicians shared a clear vision of their objectives. Although they were used to group practice, they had limited experience collaborating with nurses. Initial proposal was submitted with group D.

Group D was formed in a community health centre in a large city. Physicians shared a clear vision of their objectives. Although they were accustomed to group practice, they had limited experience collaborating with nurses. Initial proposal was submitted with group C.

Group E is located in a small city. It is a collective of physicians working in two private clinics as well as one from a community health centre. Physicians had limited group practice experience and a low level of consensus regarding the vision of the group.

3. Methodological considerations

The governance framework used offers a pragmatic view of governance and focuses on actors' actions over time. We examined governance through what people do. Thus, ongoing actions and interactions are central to the proposed framework. To build a convincing explanation of governance processes, we tracked these processes in multiple case studies because their main characteristics support our research question and framework (Yin, 2003):

Multiple levels of analysis: considering the multiple levels at which governance takes place and the interactions among individual, organisational and system levels;

Actors-instruments centred: looking at governance through actors as much as through the instruments structuring and emerging from their actions;

Context centred: considering actors' actions and instruments as being closely tied to their context. In other words, examining how the context shapes actions as well as how the actions subsequently alter the context;

Explanation centred: aiming to explain more than predict;

Process centred: revealing governance across time.

To capture governance processes from the emergence of a policy to its implementation we concentrated on two units of analysis: the public policy itself and the groups engaged in its implementation. The public policy refers to features of the Family Medicine Group policy as they were developed from emergence to implementation. In this study, we also followed the creation of five groups formed in four different regions. The groups were chosen to illustrate a range of settings (public vs. private) and regions of Quebec.

In contrast to many studies on governance, which often concentrate on the role of leading actors (Greenaway et al., 2007), whether in a government or corporate setting, this study focused its attention on the multiple levels at which governance takes place for two reasons. First, we wanted to look at governance through individuals and their actions, which calls for corresponding empirical data. Secondly, we recognise that governance capacities are distributed among actors at different levels—from government leaders to the professionals delivering the services. Indeed, the research questions concern a governance process that was initiated by the Quebec Ministry of Health, which then took form in various local settings.

The results were informed by three sources of empirical data: documents (reports, contracts, forms, letters, articles, etc.) and 104 interviews conducted with key informants.²² We conducted 47 interviews within the first six months of the creation of the FMGs (T0) and 57 with the same FMGs two years later (T1). Although the study focused on the two first years of the newly formed groups (2003-2005), documents dating from 1999 to 2004 were compiled to capture the emergence of the policy and the FMGs' creation. This methodology enabled us to examine how governance took form through multiple processes, as discussed in the following sections.

4. Result

In this section, we will present the multiple governance processes that took place from the time of the policy's inception through the first two years of operation of five FMGs. We will present the main results obtained across three phases. The phases obviously overlapped in time and differed among the groups but nonetheless allowed us to grasp the governance processes over time. The first phase constituted those governance processes associated with the emergence of a policy. The two subsequent phases involved governance processes that took place in the creation of the FMGs and the actual transformation at the organisational level. These three phases shed light on the role of governance, the distributed nature of governance capacities and the interactions between governance processes and functions.

Phase 1: From problems to public policy: governance processes at the provincial level

To address the multiple issues surrounding accessibility of health care services, in 2000 the Quebec government launched a public commission. The public commission was thus a relational governance instrument, assuming a function of avenue-prospecting to

²² Eleven interviews with physicians in charge of the groups, 47 with physicians, 19 with nurses, 5 with administrative technicians, 5 with health centre managers, 11 with regional managers and 9 with physicians' regional leaders.

inform government on future decisions. Multiple actors participated and presented their views, which allowed the commission to propose solutions (CESSSS, 2000b) that met with a considerable level of consensus (Rocher, 2007). As such, the commission fostered the development of shared beliefs on the nature of the problems and the best ways to address them.

One year later, the government launched a public policy inspired from one of the principal recommendations made by the public commission: to create Family Medicine Groups. The decision to follow through on this recommendation coincided with an \$800 million federal program that was established to support provincial initiatives targeting primary care services (CICS, 2000).

This policy differed from a prior initiative implemented in the 1970s, although its objectives were nearly identical, including the improvement of accessibility and coordination of primary care services (Contandriopoulos, 2002). The previous reform aimed to reorganise primary care offered by private medical clinics by redirecting patients to new public community health centres, where services were offered by multi-disciplinary teams. Being entirely public, the community health centres correspond to a direct instrument of governance. This reform also originated from a public commission, but it did not mesh with physicians' interests, and they ultimately boycotted the new public organisations by creating multiple private clinics. Despite the physicians' resistance, the Ministry of Health went ahead with the creation of 150 centres across the province over a 15-year period. Although these centres offer multiple health and social services, they never became the main point of entry into the healthcare system that they were intended to be. Thirty years after their inception, only 25% of general practitioners are involved in these organisations, and 77% work in private clinics (Demers et al., 2000).

The Family Medicine Group policy launched in 2001 did not aim to replace existing organisations or impose new organisational structures on physicians. On the contrary, the policy was designed to work within existing private and public organisations and support voluntary groupings of physicians within the confines of the policy. Such a proposed

transformation was consistent with recommendations physicians had submitted to the public commission. The policy was launched unilaterally by the Ministry of Health, but its content reflected preferences expressed by physicians. An agreement remained to be reached with the physicians' association in order to finalise contractual arrangements (i.e. financial compensation). The government publicly launched the policy in May 2001 and allowed only a few weeks for interested groups of physicians to submit a proposal. The physicians association criticised the Ministry's attitude:

“The government wants to proceed with the implementation of FMGs without negotiating the terms. (...) But there is a lack of transparency. The government is acting alone. I was a little uneasy when I learned there are projects that are going to be implemented in my region, without any negotiations or discussions having taken place. (Garnier, 2001a: 11)²³)

Less than two months after the launch of the policy, the Ministry nonetheless announced in June 2001, the creation of 14 groups set for January of 2002, while the president of the physicians' association was imploring the Minister of Health to meet with them to obtain “the collaboration of all family physicians and induce needed improvements” (Garnier, 2001c: 12). An agreement was signed one year later, in June 2002, between the Quebec Ministry of Health and the physicians' association, which formalised the legal and organisational attributes of the groups, the mandatory extended front-line services to be offered, the terms surrounding registration of patients with the groups, and the financial and clinical terms of physicians working in these new groups.

The negotiation between the physicians and the government also allowed the policy to be adapted to address implementation issues. Indeed, the initial order made by the public commission and the Minister of Health, which required FMGs to offer primary care within a minimal delay, on a 24 hours per day, seven days per week schedule (CESSSS, 2000b), was subsequently moderated. The extension of opening hours were retained as a stipulation, but the parties agreed that the 24/7 coverage would be coordinated in partnership with the provincial on-call service, emergency rooms and homecare programs offered by the community health centres.

The policy provides additional resources to physicians on the condition that the government has increased control over primary care services. Indeed, the Family Medicine Group policy allows groups of physicians to obtain additional technological, financial and human resources if they accept to comply with specific requirements (e.g. extended front-line services, patient registration with the FMG, collaboration with nurses).

In short, the FMGs emerged in a context characterised by long-standing dissatisfaction with the availability of primary health services and an opportunity for provincial governments to obtain additional funding resources from the federal government to implement much needed changes in primary care. The policy was built on a wide consensus that was established through a public commission. The government led the avenue-prospecting phase through a public commission that allowed for the participation of the principal stakeholders (the Ministry of Health and the physicians' association). The government unilaterally launched a policy that was shaped by the avenue-prospecting exercise leading up to it, but the Ministry of Health nonetheless had to negotiate some of its features with physicians' association. The policy gradually evolved through a process of negotiation.

Phase 2: From public policy to FMGs: multi-level governance processes

Our study of governance processes, from the emergence of a policy to the actual transformation of services, illustrated the multi-level nature of governance and revealed the numerous links among governance functions, context and processes. Indeed, multiple governance processes took place through actions and instruments within each group as well as between groups and actors at various levels.

Within groups, governance processes involved reflecting, deciding on and actually submitting a proposal for the creation of a Family Medicine Group. All five groups studied had engaged in an avenue-prospecting process prior to the launch of the policy to reflect on their need to change and establish a certain level of consensus on the transformation they

²³ Our translation of the original quote.

aimed to make. This was essential considering they were given only one month to prepare and submit a proposal from the time of the policy was announced in May 2001. This avenue-prospecting exercise took the form of meetings among physicians that would make up the groups. In all groups, one or two leaders initiated this process. Because groups were formed of professionals from one or more organisations, each proposal submitted reflected at least the level of consensus entailed by a collective decision to submit such a proposal.

Proposals had to be endorsed by the regional health authority in order to be considered. Groups A and E faced resistance at this time, which delayed the submission of their proposal. To deal with this resistance, the two groups mobilised different instruments and went through different processes. Group A initiated multiple interactions with representatives of regional authorities to build consensus and gain their support, whereas group E bypassed the regional actor and used its connections with leading professionals in the Ministry of Health to obtain regional support.

The submission of the proposal led to additional governance processes within the groups as well as between the groups and various actors. In a first step, the Ministry of Health evaluated the proposals' compliance with the policy terms. Groups C and D initially proposed to combine and form a single group, but this was judged not to meet policy criteria. Although some negotiations took place, the Ministry of Health refused their initial project and imposed a split of the group into two, to which the physicians agreed. Once the Ministry of Health deemed the proposals to be in compliance with the policy, groups were invited to start the accreditation process that revolved around three indirect contractual instruments in the form of agreements: one among the physicians to formalise the composition, responsibilities, financial arrangements and leader of the group; one between the group and the community health centre to define the terms for the provision of two nurses paid by the public organisation; and one agreement between the group and the regional health authority, specifying the extended front-line services to be offered and resources (e.g. technology, finance, administrative and human resources supplied to the group).

Some groups had to negotiate partnerships to be able to offer the extended front-line services. In fact, Groups C and D joined together to offer the walk-in and on-call services. Group E engaged in implementation but postponed the establishment of the extended front-line services until an agreement could be reached with a willing group in its region.

This process of negotiation also challenged the consensus within the original groups specified in the proposal. Most groups maintained the same composition throughout the accreditation process, except for Group B, which shrank from 20 to seven physicians between the time of the proposal and accreditation. Among other reasons given, physicians blamed the risk of loss of income and the length of the process (21 months) as the prohibitive factors. The groups studied obtained accreditation between November 2002 and July 2003.

Phase 3: From group creation to changes in services: enmeshed governance capacities

Following accreditation, the groups engaged in the actual transformations to comply with the policy regarding the extended front-line services, information technologies and integration of nurses. Governance processes differed, depending on the nature of the transformation involved. Some policy specifications necessitated a dependence of FMGs on external actors with little change to operations within the groups, while other changes took place mainly within the groups.

The governance capacities of the groups effecting change were influenced by the presence of higher order governance capacities of other actors as well as by the high level of professional autonomy. The implementation of information systems exemplified the dependence on successful coordination among different actors having governance capacities. The Ministry of Health and a public agency managing information technology shared most governance capacities for this policy feature. Groups also depended on other organisations (hospitals) to provide the necessary information. Indeed, implementation of

information systems in groups A and B were delayed because the health organisations providing the necessary information (e.g. diagnostic services for lab tests) were not yet adequately equipped. The information systems were not fully functional in either group by the end of the period studied. Thus, groups were mostly dependent on others' decisions (the hardware and software in place in the outside organisations) and the scope of clinical information available in their respective contexts.

The distribution of governance capacities also took different forms within groups. With respect to the provision of extended front-line services, it was necessary to arrive at a consensus at the group level during the formalisation phase, as discussed above. Apart from leaving the group or imposing amendments to these agreements, professionals had little governance capacities at the individual level. The selection of nurses revealed that governance capacities were shared between groups and outside actors but that nurses' actual implication in physicians' practices also revealed the distribution of governance capacities within groups. The contractual agreements stipulated that nurses provided to the groups had to be hired by the local community health centres. The application of this process varied depending on the fit with the beliefs of the various actors involved. As employees of the community health centre, nurses were unionised. Thus, local nurses unions, management from community health centres and the leading physicians of the groups were effectively involved in their selection. This process was more conflicting in group B, where the community health centre provided limited support and maintained a distance from the other parties.

The implication of nurses assuming an enhanced role in primary care emphasised the limited governance capacities over professionals' practices. Some nurses in group B and physicians in group A left their respective groups when they were unable to reach consensus with the others. These departures had various effects. In group A, the departure of physicians favoured and maintained consensus among the remaining professionals within the group; whereas in group B, the departure of nurses was an illustration of the irreconcilable beliefs among professionals. Groups B and E were formed of physicians with diverging views as to the roles of nurses. Some considered that nurses were an integral part

of the FMG and enhanced and facilitated physicians' practice, while others felt they were autonomous professionals that provide separate, complementary services to patients in partnership with the physicians. Thus, the extent of involvement of nurses varied widely and was closely linked to each physician's view. Nurses' practices did evolve but only through an avenue-prospecting exercise, and it followed the evolution of physicians' beliefs regarding their roles. The local context also had an influence on this process. Within these FMGs, physicians who had similar ideologies worked at different sites, which resulted in relatively autonomous sub-units. This made it more challenging to engage in the interactions needed to support an avenue-prospecting exercise toward arriving at a consensus. Avenue-prospecting nonetheless took place but in a less structured manner. This was evidenced in group E, in which the turnover of nurses in the first two years convinced physicians to change their professional practices in a way that would better meet nurses' expectations. Greater initial consensus among professionals in groups A, C and D with regards to nurses' roles led to a more productive partnership between physicians and nurses. Nonetheless, there was considerable individual variation in the processes used by the professionals in each group. As one physician explained, "We agreed on the goals but there was little consensus on the means to reach them." Nurses in groups A, C and D were nonetheless integrated more rapidly into physicians' practices. Processes in this third phase were altered by specific actions. In groups A and D, nurses showed leadership in the definition of their roles by creating relational instruments in the form of various committees and by insisting on taking part in medical meetings.

Thus, all groups progressed by developing common beliefs on what needed to be done and the means to accomplish these goals. While most governance instruments took the form of formal committees, many actors also asserted the importance of informal interactions, which fostered the building of sufficient consensus and trust to reach numerous mutual adjustments (Mintzberg, 1979). Consensuses emerged more rapidly when supported by leaders and relational instruments that favoured interactions. More or less formal contractual agreements to coordinate professionals' practices, such as clinical

protocols, also guided the avenue-prospecting processes by requiring collective decisions to be made among physicians and nurses.

Results - Conclusion

These three phases shed light on the multiple governance processes involved in and among various actors at different levels of governance. The initial phase showed multiple processes at the provincial level and illustrated the relationships within the collective avenue-prospecting exercise and the launch of the policy. The policy emerged from multiple interactions at the provincial level, and it continued to evolve throughout implementation, owing to the flexibility afforded in the definitions of its specifications. Indeed, group creation and the actual modification within organisations all required multiple governance processes, both within groups and among actors holding governance capacities. These processes varied depending on the nature of the transformation aimed for, the context of implementation and the specific actions undertaken through and leading to governance instruments. While the policy emergence and formalisation involved the leading role and governance capacities of the Ministry of Health and physicians' association, the actual transformation of services entailed governance processes among professionals within groups and in coordination with external actors.

5. Discussion

Governance refers to the multiple processes engaged by actors sharing governance capacities, whereby they employ governance instruments to influence avenue-prospecting, decision making and regulation functions of governance. These functions take place at every level. Many authors have argued that governance is a process that involves various actors sharing governance capacities, which leads to various forms of indirect control. Such a view is illustrated by expressions like “network governance” (Kickert et al., 1997b), “regulation of self-regulation” (Schulz & Held, 2001; Sorensen, 2006) and “collaborative policy making” (Innes et al., 2003). These authors all recognised the limited control of the state and therefore, that governance capacities are often distributed among actors. Others

have emphasised a similar pattern at an organisational level. They demonstrated that in pluralistic contexts, the implemented strategies emerged in part from informal leadership of professionals (Mintzberg et al., 1985a; Mintzberg et al., 1985b) and that there often exists a significant degree of residual individual autonomy, which effectively limits the control of formal public or private executives (Exworthy, Berney, & Powell, 2002; Lipsky, 1980; Molinsky, 1999). Thus, not only are governance capacities found to be dispersed between the state and multiple non-governmental actors, they are also distributed within the state and within organisations.

The goal of this research was precisely to examine all levels and actors in order to capture the multiple governance processes taking place over time in the context of the emergence and implementation of a public policy aimed at transforming autonomous professional organisations. The governance framework used in this study enabled an examination of governance through what it does (governance functions), how it takes place (governance processes) and the determining role of context in both. We will discuss the insights provided by these results under the following themes:

- governance capacities;
- governance functions;
- governance processes.

Governance capacities

The issues of distribution of governance capacities and multi-level governance have been raised before (Kiser & Ostrom, 1982; Sorensen, 2006), and have often concerned the multiple levels of governments or the presence of self-regulating actors (Hanf & Scharpf, 1978) or networks (Klijn & Edelenbos, 2007). Others have discussed the issues inherent in the multiple levels of public (Lipsky, 1980) and private (Williamson, 1981) organisations. The proposed conceptualisation allowed us to capture the distribution of governance capacities both within and between organisations. The processes engaged to achieve the various functions of governance revealed that various actors shared governance capacities. Furthermore, governance capacities were widely distributed both within and across levels

(provincial, regional, organisational and individual), whether they were being exercised by the Ministry of Health, the professionals offering services, or the many public actors (health and finance ministries, regional agencies, health organisations, etc.) and private actors (professional association, clinic owners, etc.).

Moreover, our results illustrated that in a context characterised by significant autonomy of front-line actors, governance analysis benefits from a situated view. Because of the significant autonomy of the organisations studied and the important autonomy physicians possess, control over professionals' practices remained limited even when the health organisation supported centralised decisions. As much as the Ministry of Health was unable to force change within primary care organisations, professionals possessed equally insufficient control over resources or their colleagues to impose change regarding their professional practices. Indeed, governance capacities were not only shared between the Ministry of Health and various organisations, they were also dispersed within organisations, as showed the important variation between professionals regarding the involvement of nurses in physician's practices. Indeed, as some have discussed (Lipsky, 1980), individuals possess significant governance capacities that allow them to alter public policies. These results suggest that to support change in pluralistic settings, greater attention should be given to governance processes within organisations.

Different actors participated in governance at different times, depending on the specific governance capacities they possessed and the task that needed to be accomplished. While actors at the system level (Ministry of Health, physicians' association) were involved in the early phases of policy emergence and formalisation, FMGs and individual professionals were able to mobilise their governance capacities during the implementation of the policy. Regional health authorities became involved in the formalisation of groups, which as discussed below, entailed the interaction of governance processes at different levels. Our results shed light on the complex combination of distributed governance capacities, from central actors like the Ministry of Health to the individual professionals. As such, they showed that governance analysis must consider ranges of freedom at every level as well as how actors mobilise their governance capacities within them. Our results

also showed the effect of such a pluralistic context on the means by which governance functions are achieved.

Governance functions

Because problems are complex and no single person possesses the governance capacities to impose his or her will on others, the regulation of collective action takes place through a process of multiple adjustments. Many authors have discussed the presence of negotiated adjustments between the state and various actors (Rhodes, 1996) as well as within pluralistic organisations (Lindblom, C. E., 1965; Mintzberg, H., 1982; Hinings, C. R., Brown, J. L., & Greenwood, R., 1991). Others have advanced the idea that regulation at the organisational level takes place through autonomous regulation (Reynaud, 1988). Our results showed that these adjustments took place at various levels and have direct implications for governance functions.

Our results confirmed that regulation cannot take the form of imposed control in pluralistic contexts. Indeed, as illustrated by the resignation of dissatisfied nurses and the renegotiation of the remuneration terms with respect to the number of patients enrolled in the FMGs, decisions imposed on autonomous actors had limited success. In both cases, a unilateral decision had to be withdrawn and replaced by decisions that were more acceptable to the professionals involved. The content of the policy offered another example of a unilateral decision (from the Ministry of Health) that was subsequently modified throughout the implementation²⁴ phase to adjust to physicians' reactions.

When regulation of control over behaviours is not possible, building consensus through avenue-prospecting and collective decision-taking, or making unilateral decisions that are known to be acceptable to others, became the means to carry out governance functions. Avenue-prospecting was a key function of governance for a number of reasons. First, when tackling complex problems, the direction or action to take is not always

²⁴ The obligation to provide all patients with access to a physician at any time was moderated through the implementation of a provincial on-call health service and by limiting access to identified vulnerable patients.

obvious. Those in governing roles must first learn about the issues and reflect on them. Such processes can be intra- or inter-organisational, depending on information availability and interdependencies among actors. Meetings organised by professionals to reflect on their situation and evaluate the policy's potential were examples of internal processes that served the function of avenue-prospecting. The public commission can be seen as an inter-organisational process serving the same function but at a system level. Knowledge development and consensus building through avenue-prospecting proved to be very influential in such a context.

The decisions to submit a proposal, form a group and determine the configuration that the required organisational attributes would take in each FMG all illustrate that the avenue-prospecting function is tied to the function of decision-making. Naturally, information gathering (Hood, 2006) and knowledge development (Hatchuel, 2000) are often associated with decision making. Our results showed that avenue prospecting allowed for the development of a threshold level of consensus which facilitated collective decisions (Termeer et al., 1997).

At the system level, the government decided to launch a reform that would appeal to professionals. The avenue-prospecting process (public commission) informed provincial governments on desirable and acceptable changes to improve primary care. The policy incorporated the physicians' input and, moreover, did not impose any transformation on professionals. Indeed, decisions regarding the policy's content reflected the shared beliefs derived through the avenue-prospecting processes, and numerous mutual adjustments were negotiated in ongoing avenue-prospecting exercises during implementation. The importance of interactions for building consensus and acting collectively have been discussed (Imperial, 2005; Provan, Milward, & Isett, 2002; Rodriguez et al., 2007). Our results shed light on how multiple governance processes interact at different levels to do so. In fact, the content of the policy was designed in such a way as to influence the occurrence of avenue-prospecting and decision-making at the individual and organisational levels (professionals who chose to adhere to the policy). Likewise, ongoing governance processes throughout implementation in turn shaped the policy. Professionals evaluated the

opportunity to form an FMG and, in the groups studied, decided to adopt the policy. In so doing, they further contributed to shaping it. Thus, avenue-prospecting processes at both levels were essential for the policy to emerge, but it was the reciprocal interaction between government and organisation levels that made possible the group creation and the policy's materialisation.

At the organisational level, collective decisions made regarding the integration of nurses into the physicians' practices illustrated the close association between collective decisions and avenue-prospecting within groups. The high level of professional autonomy nonetheless enabled collective decisions to take different forms. These changes to clinical practice revealed that it is through knowledge development—that in itself was arrived at through avenue-prospecting exercises and experimentation—that actors' beliefs about nurses roles evolved and made possible changes in behaviour.

Thus, in a pluralistic context, where authoritative control over others is limited, the avenue-prospecting function of governance becomes the major lever to influence behaviours, albeit indirectly through knowledge development and consensus building. In the following section, we will discuss the impact of governance instruments on governance processes.

Governance processes (actions and instruments at play)

As we've discussed, the pluralistic context in which the FMG policy was implemented had some bearing on how collective actions could be coordinated. We saw that regulation was highly indirect, taking place through avenue-prospecting and collective decision-making processes. Governance instruments contributed to a better understanding of how governance processes took place. In this section, we will discuss the specific types of governance instruments, the different levels at which they were mobilised and their relationship to governance capacities.

From policy emergence to implementation, few direct instruments were mobilised. The regulation of clerical and administrative employees at the organisational level was

possible in situations where limited autonomy of employees allowed for regulation of control. Conversely, numerous indirect governance instruments were what enabled the structuring of autonomous regulation. These indirect instruments were both relational and contractual.

Relational instruments were influential throughout implementation. At the provincial level, the Ministry of Health launched a public commission to carry out avenue prospecting. The support for the commission's recommendations revealed the high level of consensus achieved with this instrument (Rocher, 2007). The main contribution of the commission might not have been the identification of what could be done to improve primary care in general. Indeed, the attributes of the FMG policy are very much in line with most recent reforms aiming to improve primary care (Shortt, 2004). Rather, the commission's contribution was that of *building a general consensus* on what should be done and informing the Ministry of Health on what could be done given the specific governance context. Other relational instruments were mobilised at regional and group levels. Indeed, numerous discussions were needed to reach consensus between groups and regional health authorities, and all groups created committees to realise avenue prospecting and take decisions. These instruments structured interactions among actors and fostered knowledge development and collective decisions through the negotiation of mutual adjustments (Mintzberg, 1979).

Contractual indirect instruments were employed at various levels. At the system level, an agreement between the physicians' association and the Ministry of Health established the distribution of financial resources. At the organisational level, clinical protocols were developed to clarify and support nurses' involvement. As such, they formalised the consensus reached among professionals. Contractual instruments also linked actors at different levels. Indeed, the initial agreements between FMGs and various actors formalised the groups' creation. These contractual instruments emerged from avenue-prospecting and negotiation processes, and thus were the result of relational instruments. At organisational levels, contractual instruments also took various forms.

In most governance literature, indirect instruments are viewed as mechanisms to coordinate non-governmental actors involved in public service (de Bruijn et al., 1997; Salamon, 2002b). Our results showed that indirect instruments, both relational and contractual, also supported implementation of a policy at the local level and linked each group to the Ministry of Health and other actors. Thus, we found that when governance capacities are dispersed, regulation takes place through collective processes that allow for essential avenue prospecting and decision making.

As Jordan et al. (2005) argued, soft or relational instruments might be more of a “first step on the road to regulation” than “an end point.” Our results shed light on the contribution of various instruments within a broad governance undertaking: the implementation of a policy. Indeed, we observed how governance actions and instruments present at various levels interact over time. Governance processes that involve actors at different levels also interact in a constructive manner. Initial processes were started at the provincial level. The processes observed illustrated that professionals participated through their associations at the system level, but that group creation and the actual implementation of the policy induced governance processes at the organisational level. Governance processes were shown to be interdependent. Provincial initiatives would not have been able to bear fruit without local approval, and likewise initiatives that were embraced at the local level needed to be approved at the provincial level. Groups were well aware of their governance capacities in this regard, as shown by the fact that some groups (A and E) got involved in the policy early on in order to influence its content. If many studies have looked at governance as the governance of other’s governance capacities (often referred to as meta governance) (Klijn et al., 2007) these results suggest that looking at governance “from the top” can mask governance capacities taking place within organisations. Thus, we believe that in a pluralistic context, governance involves the coordination of various governance capacities from the system level (in this case, the Ministry of Health) to an individual level (in this case, health professionals).

Our results also illustrated that categorical associations between governance capacities and governance instruments are problematic. Many researchers have questioned

the outcomes of specific modes of governance, often suggesting an erosion of central government's governance capacities in favour of those of non-governmental actors involved in public services by means of indirect instruments (Benz et al., 2003; O'Toole, 2007). As Majone (1994) discussed, soft or indirect governance instruments may increase the overall regulation of a system. Our results showed that the Ministry of Health engaged in a contractual partnership with private and independent professional organisations. As such, the family medicine group policy relied primarily on indirect governance instruments. Nonetheless, the policy increased control or regulation over primary care services. Indeed, in exchange for additional resources, physicians agreed to comply with specific organisational and clinical practice terms. Thus, although often believed to come at the expense of centralised governance capacities, indirect instruments can increase regulation over traditionally self-organising pluralistic organisations.

Our results emphasise that it is by linking the analysis of governance instruments with the actions and governance functions that a better understanding of governance processes can be achieved. This research showed that it is possible to reveal governance processes through actors' actions and governance instruments utilised over time at various levels in a specific context.

Conclusion

In this article, we aimed to analyse governance processes through actions and instruments in the emergence and implementation of a public policy. Healthcare systems are highly pluralistic contexts because of the presence of multiple interdependent actors sharing governance capacities. As such, they provide an excellent opportunity to study governance processes in pluralistic contexts. In our study, we created a framework that looks at governance through the multiple actions undertaken and the instruments used by actors who are involved in the functions of avenue-prospecting, decision-making and regulation of collective action. We were able to increase our understanding of governance by looking at the various functions of governance in close relation to the context and processes through which governance took place.

We showed how governance capacities are distributed in such a pluralistic context. Many previous governance studies have examined the distribution of governance capacities but have generally focused their analyses on the state and various actors at or between different levels of state systems (mostly the European Union, for example see Héritier, 2002). Our results illustrated how governance processes take place at different levels and that professionals possess considerable governance capacities at the organisational level. The distribution of governance capacities limits the possibility for centralised regulation of control and creates a context where actors need to negotiate mutual adjustments both within (Mintzberg, 1979) and between organisations. Moreover, our results revealed that actors are not as almighty as they are often presented in the ‘theoretically top-heavy’ literature (Greenaway et al., 2007). Looking at governance through actions and instruments enabled us to grasp the determining role of the individual as much as that of context, both within organisations and between different actors. Thus, we observed that the policy took form through ongoing and multiple adjustments among actors possessing varying degrees of governance capacities.

In such contexts, governance functions were found to be realised through specific processes. Regulation succeeded at coordinating collective action through indirect means, by engaging participation in avenue-prospecting and decision-making processes, a pattern observed at all levels. These functions fostered knowledge development and collective decisions as well as the development of acceptable regulation.

Specific instruments were mobilised to achieve these various functions inherent to governance at all levels. Relational instruments were numerous (committee, work group, public commission, etc.) and shown to be effective in favouring both avenue-prospecting and decision-making processes that were collective. In other words, they favoured mutual adjustments among actors sharing governance capacities. Within groups, the necessary adjustments were arrived at and formalised through instruments and interactions that were of the group’s initiative.

These results offer specific contributions to the literature. They shed light on how the coordination of collective action takes place in pluralistic contexts. Specifically, it was the coordination of ongoing governance processes at various levels that allowed the policy to take form and influence professional practices and organisational attributes. The various processes that were exposed revealed the complexity of governance. Finally, our results offer a significant contribution by showing that governance involves a substantial amount of processes within organisations.

Obviously, studying the emergence and implementation of a public policy through what actors do carries certain limitations. Future research could examine governance instruments more closely to better understand the various dynamics and forms they take. The evolution of actors' beliefs in relation to avenue-prospecting processes is another area that warrants greater attention. Our data also contained limited information about processes that took place within the provincial government. Nonetheless, the research design adopted here and the results achieved showed that governance is a complex phenomenon that should never be confounded with any one of its components or a specific context and that multi-level, decentralised and processual analysis contribute to an improved understanding of such complex processes.

Reference List

- Beaulieu, M. D., Denis, J. L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É. et al. (2006). L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle Montréal: Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale.
- Benz, A. & Papadopoulos, Y. (2003). Is Network Governance Democratic? Personal Communication
- Bevir, M. & Rhodes, R. A. W. (2007). Decentred Theory, Change and Network Governance. In E.Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (pp. 77-91). New York: Palgrave Macmillan.
- CESSSS (2000). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations* Québec: Gouvernement du Québec.
- CICS (2000). *New Federal Investments to Accompany the Agreements on Health Renewal and Early Childhood Development*. Canadian Intergovernmental Conference Secretariat.
- Contandriopoulos, A. P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? *Gestion*, 27, 142-150.
- de Bruijn, J. A. & Ten Heuvelhof, E. F. (1997). Instruments for Network Management. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (pp. 119-136). London: Sage Publications.
- Demers, M. & Brunelle, Y. (2000). *Organisation de l'omnipratique au Québec entre 1994 et 1999* Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Denis, J. L., Lamothe, L., Langley, A., & Vallette, A. (1999). The Struggle to Redefin Boundaries in Health Care Systems. In D.Brock, M. Powell, & C. R. Hinings (Eds.), *Restructuring the Professional Organization. Accounting, Health Care and Law* (pp. 105-130). London: Routledge.

- Exworthy, M., Berney, L., and Powell, M. (2002). "How Great Expectations in Westminster May Be Dashed Locally": The Implementation of National Policy on Health Inequalities'. *Policy & Politics*, 30, 79-96.
- Garnier, E. (2001a). Syndigraphies - Intérêt et prudence à l'égard de la mise sur pied des groupes de médecine familiale. *Le Médecin du Québec*, 36, 11-12.
- Garnier, E. (2001b). Syndigraphies - Treize GMF sont maintenant lancés, le ministre Trudel est prié de négocier avec la FMOQ. *Le Médecin du Québec*, 36, 2-17.
- Giddens, A. (1984). *The Construction of Society*. Berkeley: University Press.
- Glouberman, S. & Zimmerman, B. (2004). Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like? In P.G.Forest, G. P. Marchildon, & T. McIntosh (Eds.), *Changing Health Care in Canada* (8 ed., pp. 21-53). Toronto: University of Toronto Press.
- Greenaway, J., Salter, B., & Hart, S. (2007). How Policy Networks can Damage Democratic Health: a Case Study in the Government of Governance. *Public Administration*, 85, 717-738.
- Haggerty, J., Burge, F., Lévesque, J. F., Gass, D., Pineault, R., Beaulieu, M. D. et al. (2007). Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *Annals of Family Medicine*, 5, 1-9.
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Goulet, F., Rodrigue, J. et al. (2004). Accessibility and continuity of primary care in Quebec Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF).
- Hanf, K. & Scharpf, F. W. (1978). *Interorganizational Policy Making: Limits to Coordination and Central Control*. London: Sage.
- Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective?, Prospective pour une gouvernance démocratique. In *Actes du colloque Prospective d'un siècle à l'autre: nouvelles dimensions de la gouvernance* (Ed.), (pp. 29-41).
- Héritier, A. (2002). *Common Goods - Reinventing European and International Governance*. Boulder: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

- Hood, C. (2006). The Tools of Government in the Information Age. In M.Moran, M. Rein, & Goodin R.E. (Eds.), *The Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 467-481). New York: Oxford University Press.
- Hood, C. (2007). Intellectual Obsolescence and Intellectual Makeovers: Reflections on the Tools of Government after Two Decades. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 20, 127-144.
- Hood, C. C. (1983). *The Tools of Government*. London: MacMillan.
- Imperial, M. T. (2005). Using Collaboration as a Governance Strategy. *Administration & Society*, 37, 281-320.
- Innes, J. E. & Booher, D. E. (2003). Collaborative policy making: governance through dialogue. In M.A.Hajer & H. Wagenaar (Eds.), *Deliberative Policy Analysis: Governance in the Network Society* (pp. 33-59).
- Jordan, A., Wurzel, R. K. W., and Zito, A. (2005). The Rise of 'New' Policy Instruments in Comparative Perspective: Has Governance Eclipsed Government? *Political Studies*, 53, 477-496.
- Kickert, W. J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (1997). *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector*. London: Sage Publications.
- Kiser, L. L. & Ostrom, E. (1982). The Three Worlds of Action: A Metatheoretical Synthesis of Institutional Approaches. In E.Ostrom (Ed.), *Strategies of Political Inquiry* (pp. 179-222). Beverly Hills: Sage.
- Klijn, E. H. & Edelenbos, J. (2007). Meta-governance as Network Management. In E.Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of democratic network governance* (pp. 199-214). New York: Palgrave Macmillan.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy; Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Majone, G. (1994). Paradoxes of privatization and deregulation. *Journal of European Public Policy*, 1, 53-69.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. and McHugh, A. (1985). Strategy formation in an adhocracy. *Administration Science Quarterly*, 30, 160-197.

- Mintzberg, H. and Waters, J. M. (1985). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic Management Journal*, 6, 257-272.
- Mintzberg, H. and McHugh, A. (1985). Strategy formation in an adhocracy. *Administrative Science Quarterly*, 30, 160-197.
- Molinsky, A. L. (1999). Sanding down the Edges: Paradoxical Impediments to Organizational Change. *Journal of Applied Behavioral Science*, 35, 8-24.
- MSSS (2002). Groupe de médecine de famille. Document synthèse. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale des affaires médicales et universitaires.
- O'Toole, L. J. (2007). Governing Outputs and Outcomes of Governance Networks. In E.Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (pp. 215-230). New York: Palgrave Macmillan.
- Provan, K. G., Milward, H. B., & Isett, K. R. (2002). Collaboration and integration of community-based health and human services in a nonprofit managed care system. *Health Care Management Review*, Winter, 21-32.
- Reynaud, J. D. (1988). Les regulations dans les organisations: Regulation de controle et regulation autonome. *Revue française de sociologie*, 29, 5-18.
- Rhodes, R. A. W. (1996). The new governance: governing without government. *Political Studies*, 44, 652-667.
- Rhodes, R. A. W. (2007). Understanding Governance: Ten Years On. *Organization Studies*, 28, 1243-1264.
- Rocher, G. (2007). Sociologie d'une réforme : l'innovation par les groupes de médecine de famille L'émergence de deux GMF . 75e Congrès de l'ACFAS. Personal Communication
- Rodriguez, C., Langley, A., Béland, F., and Denis, J. L. (2007). Governance, Power, and Mandated Collaboration in an Interorganizational Network. *Administration & Society*, 39, 150-193.
- Salamon, L. M. (2002a). The New Governance and the Tools of Public Action: An Introduction. In L.M.Salamon (Ed.), *The Tools of Government: A Guide to the New Governance* (pp. 1-47). New York: Oxford University Press.

- Salamon, L. M. (2002b). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. New York: Oxford University Press.
- Schulz, W. & Held, T. (2001). *Regulated Self-Regulation as of Form of Modern Government* (Rep. No. Interim Report). Hans Bredow.
- Shortt, S. E. D. (2004). Primary Care Reform, Is There a Clinical Rationale? In R. Wilson, S. E. D. Shortt, & J. Dorland (Eds.), *Implementing primary care reform: Barriers and facilitators* (pp. 1-202). Montreal and Kingston, Canada: School of Policy Studies by Mc-Gill-Queen's University Press.
- Sorensen, E. (2006). Metagovernance: The Changing Role of Politicians in Processes of Democratic Governance. *The American Review of Public Administration*, 36, 98-114.
- Termeer, C. J. A. M. & Koppenjan, J. F. M. (1997). Managing perceptions in Networks. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (pp. 79-97). London: Sage Publications.
- Williamson, O. E. (1981). The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach. *The American Journal of Sociology*, 87, 548-577.
- Yin, R. K. (2003). *Case study Research: Design and Methods*. Newbury Park: Sage Publications

6. Discussion et conclusion de la thèse

Les difficultés liées à la gouvernance de changements en contextes pluralistes sont à l'origine de cette thèse. Elles sont particulièrement présentes dans les systèmes de santé. Gouvernance et changement sont deux concepts étroitement liés (Mayntz, 2003). Leur exploration dans une analyse empirique nous a permis de mieux comprendre la gouvernance de changements dans de tels contextes. Nous avons étudié l'émergence et l'implantation d'une politique publique visant l'amélioration des soins de première ligne au Québec par la création de groupes de médecine de famille. Pour réaliser cette analyse, nous avons développé deux conceptualisations.

La première est inspirée de l'étude du changement organisationnel tel qu'étudié en théorie des organisations. Elle considère le changement à la fois comme un écart entre deux éléments (nature du changement) et comme une série d'actions et d'interactions (processus du changement) survenant dans un contexte spécifique. Le point de vue du changement organisationnel a été développé dans l'article #1 (Regulation of Collective Action: Managing Change in Pluralistic Professional Contexts).

La seconde perspective vise l'étude de la gouvernance. Elle s'inspire de concepts développés principalement en science politique et en administration publique et conçoit la gouvernance comme un ensemble de processus formés d'actions et d'instruments mobilisés par des acteurs participant à ses fonctions de prospective, de prise de décisions et de régulation de l'action collective. Les articles #2 (Integrative framework on governance – in search of conceptual clarification) et #3 (A situated view on governance in pluralistic contexts: from public policy to better public services) abordent le même objet d'étude sous l'angle de la gouvernance.

Dans la première partie, nous discutons des contributions spécifiques à l'étude du changement et à celle de la gouvernance. Dans la deuxième, nous traiterons du caractère complémentaire de ces deux perspectives pour comprendre plus globalement les multiples processus liés à la gouvernance de changements complexes en contextes pluralistes.

1^{ère} partie : rappel des contributions respectives des articles

Contribution à l'analyse du changement organisationnel: (Article #1 – Regulation of Collective Action: Managing Change in Pluralistic Professional Contexts)

Notre recherche a permis de mieux comprendre le changement étudié et contribue à la théorisation du changement. Cette analyse s'appuie sur une conceptualisation originale intégrant les contributions de Van de Ven et Poole (1995) à celle de Pettigrew (1985a). Les résultats révèlent la complexité des processus liés à la transformation volontaire en contextes pluralistes. Plus précisément, ce volet de la recherche a permis des apprentissages concernant la présence de multiples processus de changement et leurs relations avec la nature du changement réalisé.

Les résultats démontrent que la politique GMF émerge de processus multiples, partiellement prescrits (p. ex., lors de la mise en place unilatérale d'une commission d'étude ou de la politique GMF par le ministère de la santé) et construits par l'influence des acteurs présents à chaque étape du changement (p. ex., lors de la négociation des ententes formalisant la création des GMF ou lors de l'implantation de la politique au niveau organisationnel). L'identification de processus construits et prescrits n'est pas nouvelle (Mintzberg et al., 1985b; Van de Ven et al., 1995) mais nos analyses ont permis de mieux comprendre les différents liens entre eux. Certains sont intégrés pour former un processus mixte, en partie prescrit et en partie construit (p. ex. la mise en place de la commission d'étude) alors que d'autres sont séquentiels, initialement indépendants et se liant au fil du temps (p. ex. l'adoption de la politique qui s'inspire de la commission d'étude l'ayant précédée). Ces résultats illustrent la pertinence d'une approche processuelle et contextuelle (Pettigrew, 1985a; Poole et al., 2004b; Van de Ven et al., 1995) pour mieux comprendre comment le changement prend forme.

L'analyse de la nature du changement a mis trois éléments en lumière : certaines variations entre les groupes, des liens entre la nature et les processus de changement ainsi que ses particularités aux niveaux organisationnel et individuel. En ce qui concerne les variations observées entre les groupes à l'égard de la nature du changement implanté, elles sont de deux ordres. D'une part, la nature des changements produits à la fin de l'étude variait entre les groupes, révélant ainsi l'hétérogénéité des changements induits par le déploiement d'une telle politique. D'autre part, la variété de contextes initiaux a entraîné la réalisation de changements variés. Pour bien appréhender la nature du changement produit, il importe donc de prendre en compte le contexte initial car il permet d'apprécier le chemin parcouru. Les résultats ont par ailleurs révélé que la nature des changements implantés à l'intérieur des groupes varie aussi en fonction des processus. À cet égard, les consensus atteints entre les professionnels étaient liés à la nature et au rythme des changements observés. Nos résultats ont enfin mis en évidence le caractère hétérogène des multiples changements qu'implique le déploiement d'une telle politique. Les changements ont porté à la fois sur l'offre de services, leur organisation ainsi que certaines pratiques professionnelles. Ils ont donc impliqué des transformations de nature fort différente.

En intégrant l'approche contextualiste proposée par Pettigrew (1985a) à l'analyse des types de processus de Van de Ven et Poole (1995), la conceptualisation utilisée a permis de développer une vision plus intégrée de l'analyse du changement. Les interventions délibérées peuvent sembler peu cohérentes en contextes pluralistes mais l'identification de processus prescrits et construits nous amène à approfondir les enjeux de coordination liés à l'introduction volontaire de changements. La perspective de la gouvernance nous a permis d'approfondir ces enjeux.

Contribution à l'analyse de la gouvernance (Article #2 - *Integrative framework on governance – in search of conceptual clarification & article #3 – A situated view on governance in pluralistic contexts: from public policy to better public services*)

Pour aborder les enjeux liés à la gouvernance, nous avons développé une conceptualisation tirant profit de plusieurs courants. Elle conçoit la gouvernance comme un ensemble de processus émergents des actions des acteurs (Rhodes, 2007) et des instruments qu'ils mobilisent (de Bruijn et al., 1997; Hood, 2007; Jordan et al., 2005; Lascoumes et al., 2007; Salamon, 2002b) permettant la réalisation des fonctions de la gouvernance, soit la prospective, la prise de décision et la régulation. Des acteurs interdépendants présents aux différents niveaux (systémique, organisationnel et individuel) participent à ces processus selon leurs croyances et les capacités de gouvernance dont ils disposent. L'approche adoptée pour étudier la gouvernance est originale car elle s'écarte d'une vision selon laquelle les capacités de gouvernance seraient concentrées au sommet de l'État et des principaux acteurs impliqués dans les politiques publiques. Elle reconnaît la distribution des capacités de gouvernance entre les acteurs mais aussi à l'intérieur des gouvernements et des organisations (Lipsky, 1980; Lowi, 1964). Cette conceptualisation s'intéresse, comme certains l'ont proposé (Rhodes, 2007), aux processus de gouvernance révélés par les actions de ceux qui y participent. Nos résultats permettent des apprentissages particuliers concernant les différentes fonctions de la gouvernance ainsi qu'à l'égard des processus permettant leur réalisation.

En contexte pluraliste, les différentes fonctions de la gouvernance (prospective, décisions et régulation) sont réalisées de façon particulière. La régulation est la fonction centrale de la gouvernance. La prospective et les décisions sont également des fonctions essentielles de la gouvernance mais elles soutiennent l'ambition de réguler des comportements afin de coordonner l'action collective. Ces fonctions servent à la fois

l'organisation de la gouvernance (p. ex. l'État qui régule son propre fonctionnement) et son déploiement de manière à influencer les comportements d'autres acteurs (p. ex. l'État qui régule le comportement des citoyens). Il a déjà été reconnu que la régulation pouvait être imposée de l'externe ou résultait d'ajustements entre acteurs autonomes (Reynaud, 1988). Nos résultats ont permis de démontrer qu'en contexte pluraliste, elle prend la forme d'ajustements complexes imbriquant contrôle et autonomie partiels. En effet, lorsque les capacités de gouvernance ne permettent pas la régulation de contrôle (autoritaire), la fonction de régulation s'exerce de façon indirecte pour intégrer les capacités de gouvernance et l'autonomie des acteurs. La régulation émerge alors de processus collectifs permettant de réaliser les fonctions de prospective et de décisions. Ces processus rendent possibles les apprentissages et le développement de consensus. Cette vision commune émergeant de processus collectifs permet aux acteurs de réguler le changement à travers des ajustements négociés. Nous avons observé ces processus d'ajustement tant à l'intérieur des organisations qu'entre elles, selon la distribution des capacités de gouvernance.

Ces processus et les fonctions qu'ils permettent sont liés à la mobilisation d'instruments de gouvernance. L'analyse des actions et des instruments ont permis de mieux comprendre les multiples formes qu'ils prennent et les contextes dans lesquels ils sont mobilisés. L'analyse de la gouvernance par le biais de ses instruments est bien développée mais elle s'est intéressée à ceux mobilisés par l'État (Greenaway et al., 2007). En effet, plusieurs (de Bruijn et al., 1997; Salamon, 2002a) associent les instruments directs ou traditionnels à la production de services publics par l'appareil étatique et les instruments indirects à la régulation par l'État d'acteurs non gouvernementaux impliqués dans l'offre de services. Cette vision centrée sur l'État ne nous permet pas de bien saisir l'ensemble des processus de gouvernance qui mènent à la production de services publics par le biais de réseaux complexes comme le système de soins. Les différents instruments ont été mobilisés à chacun des niveaux où des capacités de gouvernance sont présentes. Les instruments indirects permettant les interactions (p. ex. commission d'étude, comité ou réunion) et la formalisation d'ententes entre acteurs (p. ex. des contrats ou des protocoles de soins) se sont révélés fondamentaux pour coordonner les différents acteurs participant à la

gouvernance et ce, tant aux niveaux organisationnel qu'inter organisationnel. Ils ont permis de réaliser les fonctions de prospective et de décisions par leurs liens avec les actions qu'elles soutiennent et desquelles ils émergent. Également, les instruments indirects contractuels se sont révélés complémentaires aux instruments relationnels. Ces résultats démontrent la pertinence du concept d'instrument de gouvernance pour étudier son déploiement à différents niveaux.

En contexte pluraliste, la gouvernance implique donc la coordination de multiples processus auxquels participent plusieurs acteurs qui détiennent des capacités de gouvernance à tous les niveaux, du ministère de la santé aux professionnels offrant les services de première ligne. C'est la coordination de ces différents processus qui permet l'action collective. Dans la prochaine section, nous discutons de la complémentarité des apprentissages permis par ces analyses pour mieux comprendre la gouvernance de changements en contextes pluralistes.

2^e partie : L'étude du changement et de sa gouvernance – Deux perspectives complémentaires

Cette thèse a été développée autour d'un objectif simple : mieux comprendre la gouvernance du changement en contexte pluraliste. Nous avons investigué ce phénomène à travers l'analyse de la politique GMF, de son émergence à son implantation. La particularité de cette étude est d'avoir analysé le même phénomène à l'aide de deux perspectives, soit celles du changement et de la gouvernance. Dans cette partie, nous discutons du caractère complémentaire de leurs contributions. Plus précisément, nous discutons de leurs contributions pour mieux comprendre le pluralisme du contexte et les processus liés à la gouvernance du changement.

Pluralisme du contexte et son incidence sur la gouvernance du changement

Le degré de pluralisme du contexte est déterminant pour la gouvernance du changement. Les acteurs s'engageant dans la gouvernance souhaitent « agir sur les possibilités d'action d'autres individus » (Foucault, 1992: 366) mais en contexte pluraliste, la gouvernance ne peut reposer sur la régulation externe. En effet, ceux qui s'intéressent à la gouvernance des États (Etzioni, 1965; Jordan et al., 2005; Lindblom, 1965; Rhodes, 2007; Salamon, 2002b; Sorensen et al., 2007a), à l'administration publique (Exworthy et al., 2002; Lipsky, 1980) ou aux organisations professionnelles (Langley et al., 2006; Powell et al., 1999; Hinings et al., 1991; Langley et al., 2006; Mintzberg, 1979) ont mis en lumière les limites de la régulation externe appuyée sur l'autorité. Certains ont expliqué que les politiques publiques développées avaient tendance à perdre de leur couleur une fois au niveau des « street-level bureaucrats » (Lipsky, 1980), d'autres que le pilotage des organisations est souvent moins délibéré que ce qui était généralement reconnu (Mintzberg et al., 1985b; Molinsky, 1999). En d'autres mots, des espaces de liberté subsistent. Ces auteurs ont illustré que dans ces environnements, la gouvernance s'exerce en misant davantage sur la négociation d'ajustements mutuels, la persuasion et la coopération et moins sur l'autorité. L'implication des acteurs autonomes comme les professionnels est donc perçue comme essentielle à l'introduction de changements dans leur environnement (Powell et al., 1999; Denis et al., 1999).

En contexte pluraliste, la gouvernance du changement peut toutefois s'exercer malgré l'impossibilité d'un contrôle total sur les autres acteurs (gouvernements, organisations, individus, etc.). Elle ne vise pas l'asservissement ou, en d'autres mots, la régulation de contrôle de ces espaces de libertés, mais la coordination des différents processus auxquels participent des acteurs autonomes disposant de capacités de gouvernance. Les espaces de liberté et les capacités distribuées ne doivent donc pas être perçus comme une anomalie mais plutôt comme une particularité du contexte qui impose des processus particuliers à la gouvernance du changement. La coordination de capacités de gouvernance qui coexistent à différents niveaux est au cœur de la gouvernance du

changement. Comme Pezet l'a conclu en étudiant le processus de négociation, « la notion d'imbrication entre gouvernement politique et gouvernement managérial doit être préférée à celle de pilotage à distance du gouvernement managérial par le gouvernement politique » (Pezet, 2005: 332-333). Le pluralisme du contexte est lié à cette imbrication et les analyses du changement et de la gouvernance réalisées dans cette thèse contribuent à mieux la comprendre.

Complémentarité des approches du changement et de la gouvernance

Les approches du changement et de la gouvernance se sont révélées complémentaires pour mieux comprendre les processus observés. Plus précisément, elles permettent des apprentissages à l'égard des liens entre les processus de changements observés et les différentes fonctions de la gouvernance ainsi qu'à la contribution des instruments à l'analyse des processus.

Les types de processus de changement observés semblent liés aux fonctions de gouvernance réalisées. Par exemple, les processus construits identifiés dans l'article #1 sont en fait des processus collectifs permettant de réaliser les fonctions de prospective et de décisions. Comme nous l'avons vu, la prospective, en tant que phénomène collectif, permet le développement de consensus ou d'une vision commune. Cette vision partagée est essentielle à la prise de décisions collectives ou au développement de régulations externes jugées acceptables par les acteurs touchés. En contexte pluraliste, les fonctions de prospective et de décision sont donc réalisées de façon collective pour assurer la coordination (régulation) des multiples capacités de gouvernance; ce qui est à la source des processus prescrits et construits observés dans l'analyse du changement. Les processus construits résultent de la coordination des choix des acteurs aux différents niveaux (individu, organisation et système). Cette dynamique spécifique à la gouvernance de changements en contextes pluralistes permet de mieux comprendre les habituelles recommandations visant l'implication des professionnels dans la définition des projets de changement et leur mise en œuvre. En d'autres mots, les changements sont construits parce que les capacités de gouvernance sont distribuées et leur coordination passe par des

ajustements nécessitant le développement d'une vision commune et donc, la participation des différents acteurs pour la développer.

Les analyses ont aussi révélé le potentiel du concept d'instruments pour clarifier les différents types de processus de changements. Nos résultats démontrent que, en plus d'être utile pour révéler la gouvernance (Lascoumes et al., 2004a), l'étude des instruments permet d'intégrer *action* et *structure* pour mieux comprendre de quelle façon les processus prescrits et construits de changement prennent forme et comment les acteurs y participent. En effet, l'analyse des instruments de gouvernance permet aussi de bien comprendre la nature mixte et séquentielle des processus de changement observés. Par exemple, les processus mixtes (partiellement prescrits et partiellement construits) peuvent être illustrés par la mobilisation unilatérale d'un instrument qui permet un processus construit par les acteurs (p. ex. la mise en place d'une commission publique de façon unilatérale par l'État). Ce processus émerge d'un exercice de régulation externe (l'État impose la commission) mais sa nature collective permet de réaliser la fonction de prospective et contribue en ce sens à construire les changements qu'il inspirera. La partie prescrite est rendue possible par des capacités de gouvernance spécifiques qu'un acteur détient et mobilise pour mettre en place des instruments particuliers. Les instruments influencent donc le changement mais ceci s'inscrit dans un processus de construction qui permet un arrimage entre les acteurs mobilisant leurs capacités de gouvernance. Les processus séquentiels démontrent aussi comment des instruments différents peuvent être liés pour assurer au fil du temps les différentes fonctions de la gouvernance. Par exemple, le processus mixte lié à la commission d'étude a permis de réaliser la fonction de prospective alors que la politique GMF adoptée par la suite en était inspirée. L'analyse des liens entre les processus de changements observés, les instruments de gouvernance impliqués et les fonctions de gouvernance réalisées permet de mieux comprendre comment la gouvernance du changement prend place.

Conclusion

Cette thèse a permis d'approfondir notre compréhension de la gouvernance de changements à grande échelle en contextes pluralistes. Nous avons développé deux perspectives inspirées par les sciences politiques, l'administration publique et la théorie des organisations et les analyses qu'elles ont permises ont révélé leur complémentarité. Les résultats permettent de mieux comprendre les processus impliqués dans un tel changement ainsi que leur lien avec les efforts déployés aux différents niveaux par les acteurs mobilisant leurs capacités de gouvernance pour l'influencer.

Certaines limites peuvent être soulevées. Tout d'abord, les GMF étudiés font partie des premiers groupes ayant été créés. En ce sens, ils peuvent être considérés comme des utilisateurs précoces qui sont associés à des caractéristiques particulières (Berwick, 2008). Le contexte est également spécifique au Québec pendant la période 2000 à 2005. Malgré ces limites, nous considérons que la crédibilité des résultats est favorisée par la robustesse des conceptualisations développées et des explications qu'elles ont permises. Les conclusions peuvent donc être utiles pour mieux comprendre d'autres cas de gouvernance de changements en contexte pluraliste. Également, nous disposons de données limitées pour effectuer l'analyse de l'émergence de la politique et des ajustements négociés entre les acteurs au niveau provincial. Des entrevues au niveau national auraient pu être utiles pour compléter l'analyse documentaire concernant cette phase. La période étudiée débutant avec l'émergence de la politique en 2000 et se terminant en 2005 peut être considérée courte par certains qui suggèrent que l'analyse des politiques publiques devrait couvrir une période de 10 à 20 ans (Sabatier, 1986). Finalement, les conceptualisations proposées représentent évidemment un compromis entre le nombre de concepts considérés dans l'analyse et la profondeur du développement de chacun d'eux. Par exemple, certains concepts permettant d'approfondir la relation entre actions et structures pourraient être développés davantage dans le cadre de recherches futures.

L'article 1 a permis de clarifier les différents processus liés à l'émergence et l'implantation du changement ainsi que leur lien avec la nature des changements produits.

L'analyse de la gouvernance réalisée dans les articles 2 et 3 clarifie le lien entre les processus reconnus par l'analyse du changement et l'exercice de gouvernance déployée aux différents niveaux. Ces analyses ont révélé le caractère structurant du pluralisme et la complémentarité des approches du changement et de la gouvernance pour l'étude de tels phénomènes. La complémentarité de ces approches nous incite à soutenir le développement d'études qui transcendent les frontières académiques traditionnelles. En effet, nous considérons, comme d'autres (Agranoff et al., 2001b), que les frontières entre le champ de l'étude des politiques publiques et celui du management sont de moins en moins pertinentes.

La réalisation successive d'analyses mobilisant d'une part une conceptualisation du changement, et d'autre part une conceptualisation de la gouvernance, permet des apprentissages qui ne sont pas toujours possibles à l'aide d'une conceptualisation intégrant l'ensemble des concepts. L'analyse séquentielle peut donc être considérée comme une étape essentielle dans le rapprochement de différentes perspectives. En effet, l'intégration trop rapide de concepts dans une conceptualisation unique peut masquer les problématiques, les questions, les niveaux d'analyse et les résultats qui sont propres à chacune des conceptualisations (Allison & Zelikow, 1999). Nos résultats ont mis en lumière le potentiel de chacune des conceptualisations et leur complémentarité suggère la pertinence de poursuivre le travail d'intégration.

Bibliographie complète

- Ackroyd, S. and Muzio, D. (2008). Reasserting the Reconstructed Professional Firm: A Rejoinder to Brock (2008). *Organization Studies*, 29, 150-155.
- Agranoff, R. (2006). Inside Collaborative Networks: Ten Lessons for Public Managers. *Public Administration Review*, 56-65.
- Agranoff, R. (2007). *Managing within Networks: Adding Value to Public Organizations*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Agranoff, R. & McGuire, M. (2001a). After the Network Is Formed - Process, Power, and Performance. In M.P.Mandell (Ed.), *Getting results through collaboration: networks and network structures for public policy and management* (pp. 11-29). Quorum Books.
- Agranoff, R. and McGuire, M. (2001b). Big Questions in Public Network Management Research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11, 295-326.
- Allison, G. & Zelikow, P. (1999). *Essence of decision - Explaining the Cuban Missile Crisis*. (second edition ed.) Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- AMQ (2000). *Mémoire de l'Association médicale du Québec - Repenser le système pour mieux rencontrer les défis des prochaines années* Mémoire présenté à la Commission d'étude des services de santé et des services sociaux: Association médicale du Québec.
- Assemblée nationale. (2003). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - L.Q.2003,c.21*.
- Bachrach, P. and Baratz, M. S. (1962). Two Faces of Power. *American Political Science Review*, 56, 947-952.
- Baron, C. (2003). La gouvernance : débats autour d'un concept polysémique. *Droit et société*, 2, 329-349.
- Beaulieu, M. D., Denis, J. L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É. et al. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la*

réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle Montréal:
Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale.

Bégin, C., Bergeron, P., Forest, P.-G., & Lemieux, V. (1999). *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.

Bégin, J. F. (2000). *Recherche désespérément médecin de famille*. La Presse, B5.

Benz, A. & Papadopoulos, Y. (2003). *Is Network Governance Democratic?* *Personal Communication*

Berwick, D. M. (2008). *Disseminating Innovations in Health Care*. *Journal of the American Medical Association*, 289, 1969-1975.

Bevir, M. (2004). *Governance and interpretation: what are the implications of postfoundationalism?* *Public Administration*, 82, 605-625.

Bevir, M. & Rhodes, R. A. W. (2004). *Interpretation as Method, Explanation and Critique: A Reply*. In A. Finlayson, M. Bevir, R. A. W. Rhodes, K. Dowding, & C. Hay (Eds.), *The Interpretive Approach in Political Science: a Symposium* (6 ed., pp. 156-162). Blackwell Publishing Ltd.

Bevir, M. and Rhodes, R. A. W. (2005). *Interpretation and its Others*. *Australian Journal of Political Science*, 40, 169-187.

Bevir, M. & Rhodes, R. A. W. (2007). *Decentred Theory, Change and Network Governance*. In E. Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (pp. 77-91). New York: Palgrave Macmillan.

Bevir, M., Rhodes, R. A. W., and Weller, P. (2003). *Traditions of Governance: Interpreting the Changing Role of the Public Sector*. *Public Administration*, 81, 1-17.

Black, J. (2002). *Critical Reflections on Regulation*. *Australian journal of legal philosophy*, 27, 37-46.

Blau, P. M. (1963). *The Dynamics of bureaucracy*. (Second edition ed.) Chicago: University of Chicago Press.

Brock, D. M. (2006). *The changing professional organization: A review of competing archetypes*. *International journal of Management Reviews*, 8, 157-174.

- Brock, D. M. (2008). The Reconstructed Professional Firm: A Reappraisal of Ackroyd and Muzio (2007). *Organization Studies*, 29, 145-149.
- Brock, D. M., Powell, M. J., and Hinings, C. R. (2007). Archetypal change and the professional service firm. *Research in Organizational Change and Development*, 16, 221-225.
- Buchanan, D., Fitzgerald, L., Ketley, D., Gollop, R., Jones, J. L., Saint Lamont, S. et al. (2005). No going back: A review of the literature on sustaining organizational change. *International journal of Management Reviews*, 7, 189-205.
- Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain - essai sur la démocratie technique*. In (pp. -358). Paris: Seuil.
- Campbell, S. M., Hann, M., Hacker, J., Burns, C., Oliver, D., Thapar, A. et al. (2001). Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *British Medical Journal*, 323, 1-6.
- Cappiello, A. (2002). Rencontre avec les leaders : Rebâtir la confiance. *L'actualité médicale*, 23, 8-9.
- CESBES (1970). *Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social* Québec: Gouvernement du Québec.
- CESSSS (2000a). *Guide d'animation - Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux* Québec: Gouvernement du Québec.
- CESSSS (2000b). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations* Québec: Gouvernement du Québec.
- Chaix-Couturier, C., Durand-Zaleski, I., and Jolly, D. (2000). Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Society for Quality in Health Care*, 12, 133-142.
- Champagne, F. (2002). *The Ability to Manage Change in Health Care Organizations*. Discussion Paper No.39, Commission on the Future of Health Care in Canada
- Chevallier, J. (1996). *La Gouvernabilité*. Presses Universitaires de France.

- CICS (2000). New Federal Investments to Accompany the Agreements on Health Renewal and Early Childhood Development. Canadian Intergovernmental Conference Secretariat.
- Clegg, S. R., Courpasson, D., & Phillips, N. (2006). *Power and Organizations*. London: Sage Publications.
- Clegg, S. R. & Hardy, C. (1996). Conclusion: Representations. In *Handbook of organization studies* (pp. 676-708).
- CMQ (2001). *Avis sur la réorganisation des services médicaux de première ligne*. Conseil médical du Québec.
- Contandriopoulos, A. P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? *Gestion*, 27, 142-150.
- Contandriopoulos, A. P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9, 4-31.
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Potvin, L., & Boyle, P. (1990). *Savoir préparer une recherche*. Montréal : Les presses de l'université de Montréal ed.
- Contandriopoulos, D., Denis, J. L., Langley, A., & Vallette, A. (2007). Governance structures and political processes in a public system: lessons from Quebec. *Public Administration*, 82, 627-655.
- Cooper, D. J., Hinings, C. R., Greenwood, R., and Brown, J. L. (1996). Sedimentation and transformation in organizational change: the case of Canadian law firms. *Organization Studies*, 17, 623-647.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système - les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.
- de Bruijn, J. A. & Ten Heuvelhof, E. F. (1997). Instruments for Network Management. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (pp. 119-136). London: Sage Publications Ltd.
- Demers, C. (1999). De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. *Gestion*, 24, 131-139.

- Demers, C. (2007). *Organizational Change Theories - A Synthesis*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Demers, M. & Brunelle, Y. (2000). *Organisation de l'omnipratique au Québec entre 1994 et 1999* Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Denis, J. L. (2004). Governance and Management of Change in Canada's Health System. In P.G.Forest, G. P. Marchildon, & T. McIntosh (Eds.), *Changing Health Care in Canada* (pp. 82-114). University of Toronto Press.
- Denis, J. L. & Champagne, F. (1990). Pour comprendre le changement dans les organisations. *Gestion*, 15, 44-55.
- Denis, J. L., Lamothe, L., & Langley, A. (2004). Reforming health care: levers and catalysts for change. In Banff: 4th International Conference on Organizational Behaviour in Health Care: "Innovation in Health Care: A Reality Check".
- Denis, J. L., Lamothe, L., and Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of management journal*, 44, 809-837.
- Denis, J. L., Lamothe, L., Langley, A., & Vallette, A. (1999). The Struggle to Redefin Boundaries in Health Care Systems. In D.Brock, M. Powell, & C. R. Hinings (Eds.), *Restructuring the Professional Organization*. Accounting, Health Care and Law (pp. 105-130). London: Routledge.
- Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in Pluralistic Contexts : Rethinking Theoretical Frames. *Human Relations*, 60, 179-215.
- Dietz, T., Ostrom, E., & Stern, P. (2003). The Struggle to Govern the Commons. *Science*, 302, 1907-1912.
- Dowding, K. (2001). There Must Be End to Confusion: Policy Networks, Intellectual Fatigue, and the Need for Political Science Methods Courses in British Universities. *Political Studies*, 49, 89-105.
- Dowding, K. (2004). Interpretation, Truth and Investigation: Comments on Bevir and Rhodes. *The British Journal of Politics & International Relations*, 6, 136-142.
- Dufour, Y. and Steane, P. (2006). Competitive paradigms on strategic change: mapping the field and further research development. *Strategic Change*, 15, 129-144.

- Eisenhardt, K. M. (1995). Building Theories From Case Study Research. In G.P.Huber & A. H. Van de Ven (Eds.), *Longitudinal Field Research Methods* (pp. 65-90). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Etzioni, A. (1965). *A Comparative Analysis of Complex Organizations*. New York: Free Press.
- Exworthy, M., Berney, L., and Powell, M. (2002). "How Great Expectations in Westminster May Be Dashed Locally": The Implementation of National Policy on Health Inequalities'. *Policy & Politics*, 30, 79-96.
- Fayol, H. (1949). *General and Industrial Management*. London: Pitman.
- FIIQ. (2000). Un réseau à l'image de nos attentes et de nos valeurs collectives. Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Fédération des infirmières et infirmiers du Québec.
- FMOQ. (2000). Mémoire à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 1-57. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
- FMOQ. (2002). La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec annonce la conclusion d'une entente pour l'implantation de 20 groupes de médecine de famille. Communiqué de presse - Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
- FMOQ. (2010). Le Conseil de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'inquiète de l'évolution du dossier des groupes de médecine familiale. Communiqué de presse - Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir, naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1992). Deux essais sur le sujet et le pouvoir. In H.Dreyfus & P. Rabinow (Eds.), *Michel Foucault. Un parcours philosophique*. Paris: Gallimard.
- Galston, W. A. (2006). Political Feasibility: Interests and Power. In M.Moran, M. Rein, & Goodin R.E. (Eds.), *The Oxford handbook of public policy* (pp. 543-556). New York: Oxford university press.
- Garnier, E. (2001a). Syndigraphies - Intérêt et prudence à l'égard de la mise sur pied des groupes de médecine familiale. *Le Médecin du Québec*, 36, 11-12.
- Garnier, E. (2001b). Syndigraphies - Les GMF ne doivent pas éclipser les DRMG. *Le Médecin du Québec*, 36, 11-14.

- Garnier, E. (2001c). Syndigraphies - Treize GMF sont maintenant lancés, le ministre Trudel est prié de négocier avec la FMOQ. *Le Médecin du Québec*, 36, 2-17.
- Garnier, E. (2002a). Syndigraphies - Congrès syndical - les soins de première ligne : l'affaire des omnipraticiens. *Le Médecin du Québec*, 31, 1-29.
- Garnier, E. (2002b). Syndigraphies - Conseil de la FMOQ - les négociations avec le gouvernement. *Le Médecin du Québec*, 37, 1-12.
- Gauthier, C. (1996). À propos du "gouvernement des conduites" chez Foucault: quelques pistes de lecture. In J.Chevallier, C. Gauthier, C. Haroche, D. Memmi, & et al. (Eds.), (*La Gouvernabilité* ed., pp. 19-33). Paris : Presses Universitaires de France.
- Geneau, R. (2004). Le processus de structuration de la pratique de première ligne des médecins généralistes: une étude qualitative sur le caractère contraignant et habilitant des modes d'organisation. Ph.D. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Gersick, C. (1991). Revolutionary change theories: A multilevel exploration of the punctuated equilibrium paradigm. *Academy of Management Review*, 16, 10-36.
- Giddens, A. (1979). *Central Problems in Social Theory*. London: Macmillan.
- Giddens, A. (1984). *The Construction of Society*. Berkeley: University Press.
- Gilbert, F., Brault, I., & Breton, M. (2007). Le pilotage des réformes. In M.J.Fleury, M. Tremblay, H. Nguhen, & L. Bordeleau (Eds.), *Le système sociosanitaire au Québec - Gouvernance, régulation et participation* (pp. 39-49). Montréal: Gaëtan Morin.
- Glouberman, S. & Zimmerman, B. (2004). Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like? In P.G.Forest, G. P. Marchildon, & T. McIntosh (Eds.), *Changing Health Care in Canada* (8 ed., pp. 21-53). Toronto: University of Toronto Press.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A. et al. (2001). Impact of payment method on behavior of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 6, 44-55.
- Greenaway, J., Salter, B., & Hart, S. (2007). How Policy Networks can Damage Democratic Health: a Case Study in the Government of Governance. *Public Administration*, 85, 717-738.

- Greenhalgh, T., Glenn, R., Bate, P., Kyriakidou, O., Macfarlane, F., & Peacock, R. (2004). How to spread good ideas – A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organization London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.
- Greenwood, R. and Hinings, C. R. (1996). Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and New Institutionalism. *Academy of Management*, 21, 1022-1054.
- Grignon, M., Paris, V., & Polton, D. (2002). L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins (Rep. No. 35). Étude préparée pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362, 1225-1230.
- Grumbach, K. and Bodenheimer, T. (2004). Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? *Journal of the American Medical Association*, 291, 1246-1251.
- GSI (2003). Devenir un groupe de médecine de famille (GMF) - Guide d'accompagnement préparé par le groupe de support à l'implantation (GSI), Ministère de la santé et des services sociaux.
- Haggerty, J., Burge, F., Lévesque, J. F., Gass, D., Pineault, R., Beaulieu, M. D. et al. (2007). Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *Annals of Family Medicine*, 5, 1-9.
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Goulet, F., Rodrigue, J. et al. (2004). Accessibility and continuity of primary care in Quebec Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF).
- Ham, C., Kipping, R., and McLeod, H. (2003). Redesigning Work Processes in Health Care: Lessons from the National Health Service. *The Milbank Quarterly*, 81, 415-439.
- Hanf, K. & Scharpf, F. W. (1978). *Interorganizational Policy Making: Limits to Coordination and Central Control*. London: Sage.

- Hannan, M. T. & Freeman, J. (1977). The Population Ecology of Organizations. *The American Journal of Sociology*, 82, 929-964.
- Hardy, Cynthia, Phillips, Nelson, and Thomas, B. Lawrence (2003). Resources, Knowledge and Influence: The Organizational Effects of Interorganizational Collaboration. *Journal of Management Studies*, 40, 321-347.
- Hatchuel, A. (2000). Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective?, Prospective pour une gouvernance démocratique. In *Actes du colloque Prospective d'un siècle à l'autre: nouvelles dimensions de la gouvernance* (Ed.), (pp. 29-41).
- Héritier, A. (2002). *Common Goods - Reinventing European and International Governance*. Boulder: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Hinings, C. R., Brown, J. L., and Greenwood, R. (1991). Change in an autonomous professional organization. *Journal of Management Studies*, 28, 375-393.
- Hinings, C. R., Greenwood, R., & Suddaby, R. (2004). Dynamics of change in organizational fields. In M.S.Poole & A. H. Van de Ven (Eds.), *Handbook of Organizational Change and Innovation* (pp. 304-323). New York: Oxford University Press.
- Holliday, I. (2000). Is the British State Hollowing Out? *The Political Quarterly*, 71, 167-176.
- Hood, C. (2006). The Tools of Government in the Information Age. In M.Moran, M. Rein, & Goodin R.E. (Eds.), *The Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 467-481). New York: Oxford University Press.
- Hood, C. (2007). Intellectual Obsolescence and Intellectual Makeovers: Reflections on the Tools of Government after Two Decades. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 20, 127-144.
- Hood, C. C. (1983). *The Tools of Government*. London: MacMillan.
- Hood, C. C. (1991). A Public Management for all Seasons? *Public Administration*, 69, 3-19.
- Hood, C. C. & Peters, G. (2004). The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14, 267-282.

- Horrocks, S., Anderson, E., and Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324, 819-823.
- Hutchison, B., Abelson, J., & Lavis, J. (2001). Primary care in Canada: So much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20, 116-131.
- Huxham, C. & Vangen, S. (2005). *Managing to Collaborate: The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. New York: Routledge.
- Imperial, M. T. (2005). Using Collaboration as a Governance Strategy. *Administration & Society*, 37, 281-320.
- Innes, J. E. & Booher, D. E. (2003). Collaborative policy making: governance through dialogue. In M.A.Hajer & H. Wagenaar (Eds.), *Deliberative Policy Analysis: Governance in the Network Society* (pp. 33-59).
- Innes, J. E. (2004). Consensus Building: Clarifications for the Critics. *Planning Theory*, 3, 5-20.
- Jensen, M. C. and Meckling, W. H. (1976). A Theory of the Firm: Governance, Residual Claims and Organizational Forms. *Journal of Financial Economics*, 3, 305-360.
- Johnson, G., Langley, A., Melin, L., & Whittington, R. (2007). *Strategy as Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jordan, A., Wurzel, R. K. W., and Zito, A. (2005). The Rise of 'New' Policy Instruments in Comparative Perspective: Has Governance Eclipsed Government? *Political Studies*, 53, 477-496.
- Kickert, W. J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (1997a). Introduction: A Management Perspective on Policy Networks. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Networks - Strategies for the Public Sector* (pp. 1-13). London: Sage publications.
- Kickert, W. J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (1997b). *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector*. London: Sage Publications.
- Kickert, W. J. M. & Koppenjan, J. F. M. (1997). Public Management and Network Management: An Overview. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan

- (Eds.), *Managing Complex Networks - Strategies for the Public Sector* (pp. 35-61). London: Sage publication.
- Kiser, L. L. & Ostrom, E. (1982). *The Three Worlds of Action: A Metatheoretical Synthesis of Institutional Approaches*. In E.Ostrom (Ed.), *Strategies of Political Inquiry* (pp. 179-222). Beverly Hills: Sage.
- Klijn, E. H. (1997). *Policy Networks, An Overview*. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (pp. 14-34). London: Sage Publications.
- Klijn, E. H. & Edelenbos, J. (2007). *Meta-governance as Network Management*. In E.Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of democratic network governance* (pp. 199-214). New York: Palgrave Macmillan.
- Klijn, E. H. and Koppenjan, J. F. M. (2000). *Public Management and Policy Networks*. *Public Management*, 2, 135-158.
- Klijn, E. H. and Skelcher, C. (2007). *Democracy and Governance Networks: Compatible or Not?* *Public Administration*, 85, 587-608.
- Klijn, E. H. & Teisman, G. R. (1997). *Strategies and Games in Networks*. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (pp. 119-136). London: Sage Publications.
- Kooiman, J. (1993). *Findings, speculations and recommendations*. In J.Kooiman (Ed.), *Modern Governance* (pp. 249-262). Sage Publications.
- Kooiman, J. (2000). *Societal Governance. (Debating Governance - Authority, Steering, and Democracy ed.)* Oxford: Oxford university press.
- Koppenjan, J. F. M. (2007). *Consensus and Conflict in Policy Networks: Too Much or Too Little?* In E.Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (pp. 133-152). New York: Palgrave Macmillan.
- Koppenjan, J. F. M. & Klijn, E. H. (2004). *Managing Uncertainties in Networks*. New York: Routledge.
- L.Q. (2002). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Projet de loi no 90.*

- Lamarche et al (2003). Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada.
- Lamarche, P., Beaulieu, M. D., Pineault, R., Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., & Haggerty, J. (2003). Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada.
- Lamothe, L. & Dufour, Y. (2002). Configuration as Quality in Health Care Organizations: Systems of Interdependency and Core Orchestrating Themes at Health Care Unit Level. In Scotland: University of Edinburgh.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24, 691-710.
- Langley, A. (2007). Process Thinking in Strategic Organization. *Strategic Organization*, 5, 271-281.
- Langley, A. & Denis, J. L. (2006). Neglected Dimensions of Organizational Change: Toward a Situated View. In L.Runes, I. G. Stensaker, & A. Langley (Eds.), *New Perspectives on Organizational Change and Learning* (pp. 136-159). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lascombes, P. (1996). Rendre gouvernable: de la "traduction" au "transcodage". L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique. In J.Chevallier, C. Gauthier, C. Haroche, D. Memmi, & et al. (Eds.), *La Gouvernabilité* (pp. 325-338). Presses Universitaires de France.
- Lascombes, P. & Le Galès, P. (2004a). *Gouverner par les instruments*. Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Lascombes, P. & Le Galès, P. (2004b). L'action publique saisie par les instruments. In P.Lascombes & P. Le Galès (Eds.), *Gouverner par les instruments* (pp. 11-46). Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Lascombes, P. and Le Galès, P. (2007). Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments - From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 20, 1-21.

- Lascombes, P. and Villeneuve, M. (1996). Les activités publiques conventionnelles (APC): un nouvel instrument de politique publique? EUI Working Paper RSC, 1-33.
- Laumann, E. & Pappi, F. U. (1976). *Networks of Collective Action: A Perspective on Community Influence Systems*. New York: Academic Press.
- Le Galès, P. (2001). Urban Governance and Policy Networks: on the Boundedness of Policy Networks: A French Case. *Public Administration*, 79, 205-222.
- Lee, T. J., Baraff, L. M., Guzy, J., Johnson, D., and Woo, H. (2002). Does telephone triage delay significant medical treatment? Advice nurse service vs on-call pediatricians. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 157, 635-641.
- Lessard, D. (2000). Santé, c'est à Michel Clair qu'il incombera de scruter les coûts de la santé. *La Presse*, A7.
- Lewis, M. W. (2000). Exploring paradox: Toward a more comprehensive guide. *Academy of Management Review*, 25, 760-776.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). Establishing Trustworthiness. In *Naturalistic Inquiry* (pp. 289-331). Sage publications.
- Lindblom, C. E. (1965). *The Intelligence of Democracy: Decision Making Through Mutual Adjustments*. Free Press.
- Lindblom, C. E. (1968). *The Policy Making Process* New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy; Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lowi, T. J. (1964). Review: American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory. *World Politics*, 16, 677-715.
- Lozeau, D., Langley, A., & Denis, J. L. (2002). The corruptions of managerial techniques by organizations. *Human Relations*, 55, 537-564.
- Lubatkin, M. H., Lane, P. J., Collin, S. O., & Very, P. (2005). Origins of Corporate Governance in the USA, Sweden and France. *Organization Studies*, 26, 867-888.
- Lukes, S. (1974). *Power: A Radical View*. London: MacMillan.
- Lynn, L. E. (2006). *Public Management: Old and New*. Routledge.

- Macinko, J. B., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38, 831-865.
- Maioni, A. (2004). From Cinderella to Belle of the Ball - The Politics of Primary Care Reform in Canada. In R. Wilson, S. E. D. Shortt, & J. Dorland (Eds.), *Implementing primary care reform: Barriers and facilitators* (Montreal and Kingston, Canada: School of Policy Studies by Mc-Gill-Queen's University Press).
- Majchrzak, A. (1984). *Methods for Policy Research*. (vols. 3).
- Majone, G. (1994). Paradoxes of privatization and deregulation. *Journal of European Public Policy*, 1, 53-69.
- March, James G. and Olsen, Johan P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administration Science Quarterly*, XVII, 1-26.
- March, J. G. & Olsen, J. P. (1977). *Ambiguity and choice in organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- March, J. G. & Olsen, J. P. (1995). *Democratic governance*. New York: Free Press.
- Marinetto, M. (2003). Governing beyond the Centre: A Critique of the Anglo-Governance School. *Political Studies*, 31, 592-608.
- Marsh, D. and Smith, M. (2000). Understanding Policy Networks: towards a Dialectical Approach. *Political Studies*, 48, 4-21.
- Marshall, M. N., Mannion, R., Nelson, E., and Davies, H. T. O. (2003). Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts. *British Medical Journal*, 327, 599-602.
- Mayntz, R. (1998). New Challenges to Governance Theory. Jean Monnet Chair Papers , 6-24. The Robert Schuman Centre at the European University Institute.
- Mayntz, R. (2002). Common Goods and Governance. In A.Héritier (Ed.), *Common Goods - Reinventing European and International Governance* (pp. 15-27). Boulder: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

- Mayntz, R. (2003). Governing failures and the problem of governability: some comments on a theoretical paradigm. In J.Kooiman (Ed.), *Social-political governance* (pp. 9-20). London: Sage.
- McGuire, M. (2006). Collaborative Public Management: Assessing What We Know and How We Know It. *Public Administration Review*, 66, 33-43.
- McNulty, T. and Ferlie, E. B. (2004). Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Services Organizations. *Organization Studies*, 25, 1389-1412.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Montréal: Les éditions de agence d'arc inc.
- Mintzberg, H. (1992). Cycles of Organizational Change. *Strategic Management Journal*, 13, 39-59.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B. W., Lampel, J., Cohen, L., & Fontaine, J. (1999). *Safari en pays stratégie: l'exploration des grands courants de la pensée stratégique*. Paris: Village mondial.
- Mintzberg, H. and McHugh, A. (1985a). Strategy formation in an adhocracy. *Administration Science Quarterly*, 30, 160-197.
- Mintzberg, H. and Waters, J. M. (1985b). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic Management Journal*, 6, 257-272.
- Mintzberg, H. and McHugh, A. (1985). Strategy formation in an adhocracy. *Administration Science Quarterly*, 30, 160-197.
- Molinsky, A. L. (1999). Sanding down the Edges: Paradoxical Impediments to Organizational Change. *Journal of Applied Behavioral Science*, 35, 8-24.
- Morris, T. & Pinnington, A. (1999). Continuity and change in professional organizations: Evidence from British law firms. In D.Brock, M. Powell, & C. R. Hinings (Eds.), *Restructuring the Professional Organization. Accounting, Health Care and Law* (London: Routledge.
- MSSS. (2000). *Organisation des services: état de situation et perspective*. 1-11. Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.

- MSSS (2002a). Groupe de médecine de famille - Département régional de médecine générale (GMF - DRMG) Définition et rôle. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale des affaires médicales et universitaires.
- MSSS (2002b). Groupe de médecine de famille. Document synthèse. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale des affaires médicales et universitaires.
- MSSS (2003). Pour faire les bons choix, Plus de ressources de première ligne pour offrir aux gens des services près de chez eux Ministère de la santé et des services sociaux. communiqué de presse du 21 février 2003.
- MSSS (2004). Québec finance la formation de 75 infirmières praticiennes Ministère de la santé et des services sociaux. communiqué de presse du 4 novembre 2004.
- O'Toole, L. J. (1988). Strategies for Intergovernmental Management: Implementing Programs in Interorganisational Networks. *Journal of Public Administration*, 25, 43-57.
- O'Toole, L. J. (1997). Treating Networks Seriously. *Public Administration Review*, 57, 45-52.
- O'Toole, L. J. (2007). Governing Outputs and Outcomes of Governance Networks. In E. Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (pp. 215-230). New York: Palgrave Macmillan.
- O'Toole, L. J. and Meier, K. J. (2004). Desperately Seeking Selznick: Cooptation and the Dark Side of Public Management in Networks. *Public Administration Review*, 64, 681-693.
- Offe, C. (1996). *Modernity and the State*. Cambridge: The MIT Press.
- Office québécois de la langue française (2003). *Grand dictionnaire terminologique*. <http://www.granddictionnaire.com> [On-line].
- OIIQ (2000). *Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*.
- OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde - Pour un système de santé plus performant* Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2002). *Rapport sur la santé en Europe* Genève: Organisation mondiale de la santé.

- Osborne, D. & Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government*. New York: Plume.
- Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Ostrom, E. (2007). Institutional Rational Choice. In P.A.Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process* (pp. 21-64). Boulder: Westview Press.
- Papadopoulos, Y. (2003). Cooperative forms of governance: Problems of democratic accountability in complex environments. *European Journal of Political Research*, 42, 473-501.
- Parkhe, A., Wasserman, S., and Ralston, D. A. (2006). New Frontiers in Network Theory Development. *Academy of Management Review*, 31, 560-568.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3 ed ed.) Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Peters, B. G. (1998). Managing horizontal government: The politics of co-ordination. *Public Administration*, 76, 295-311.
- Peters, B. G. (2002). The Politics of Tool Choice. In L.M.Salamon (Ed.), *The Tools of Government: A Guide to the New Governance* (pp. 552-564). New York: Oxford University Press.
- Peters, B. G. (2004). Back to the Centre? Rebuilding the State. *The Political Quarterly Publishing Co.Ltd.*, 130-140.
- Peters, B. G. & Savoie, D. J. (1995). *Les nouveaux défis de la gouvernance*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Pettigrew, A. M. (1975). Towards political theory of organization intervention. *Human Relations*, 28, 192-208.
- Pettigrew, A. M. (1985a). Contextualist research and the study of organisational change processes. In E.Mumford, R. Hirschheim, G. Fitzgerald, & T. Wood-Harper (Eds.), *Research methods in information systems* (pp. 53-78). North Holland: Elsevier Science Publishers B.V.
- Pettigrew, A. M. (1985b). *The Awakening Giant: Continuity and Change in ICI*. London: Basil Blackwell Ltd.

- Pettigrew, A. M. (1987). Researching Strategic Change. In A.M.Pettigrew (Ed.), *The Management of Strategic Change* (pp. 1-13). Basil Blackwell.
- Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal field research on change: theory and practice. *Organization Science*, 1, 267-292.
- Pettigrew, A. M., Ferlie, E. B., & McKee, L. (1992). Understanding the Process of Organizational Change. In A.M.Pettigrew, E. B. Ferlie, & L. McKee (Eds.), *Shaping strategic change* (pp. 5-30). Sage Publications.
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., and Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: challenges for future research. *Academy of Management Journal*, 44, 697-713.
- Pezet, É. (2005). Conventions collectives nationales et gestion par les compétences: une approche généalogique. In A.Hatchuel, É. Pezet, K. Starkey, & O. Lenay (Eds.), *Gouvernement, organisation et gestion: l'héritage de Michel Foucault* (pp. 317-335). Les Presses de l'Université Laval.
- Pfeffer, J. & Salancik, G. R. (2003). *The External Control of Organizations - A Resource Dependence Perspective*. Stanford: Stanford University Press.
- Pichault, F. and Schoenaers, F. (2003). HRM Practices in a Process of Organisational Change: A Contextualist Perspective. *Applied Psychology*, 50, 120-143.
- Pierre, J. (2000). *Debating Governance - Authority, Steering, and Democracy*. Oxford: Oxford university press.
- Pierre, J. & Peters, B. G. (2000). *Governance, Politics and the State*. New-york: St. Martin's Press inc.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., and Pelletier, J. (2004). Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promotion International*, 19, 489-500.
- Poole, M. S. & Van de Ven, A. H. (2004a). *Handbook of Organizational Change*. New York: Oxford University Press.
- Poole, M. S. & Van de Ven, A. H. (2004b). Theories of Organizational Change and Innovation Processes. In M.S.Poole & A. H. Van de Ven (Eds.), *Handbook of Organizational Change and Innovation* (pp. 374-397). New York: Oxford University Press.

- Poole, M. S., Van de Ven, A. H., Dooley, K., & Holmes, M. E. (2000). *Organizational change and innovation processes: Theory and methods for research*. New York: Oxford University Press.
- Powell, M. J., Brock, D. M., & Hinings, C. R. (1999). The changing professional organization. In D.M.Brock, M. J. Powell, & C. R. Hinings (Eds.), *Restructuring the Professional Organization. Accounting, Health Care and Law* (pp. 1-19). London: Routledge.
- Powell, W. W. (1990). Neither Market nor Hierarchy: Network forms of organization. *Research in Organizational Behavior* 12, 295-336.
- Powell, W. W., White, D. R., Koput, K. W., and Owen-Smith, J. (2005). Network dynamics and field evolution: The growth of interorganizational collaboration in the life sciences. *American Journal of Sociology*, 110, 1132-1206.
- Provan, K. G. and Fish, J. (2007). Interorganizational Network at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks. *Journal of Management*, 33, 479-516.
- Provan, K. G., Milward, H. B., & Isett, K. R. (2002). Collaboration and integration of community-based health and human services in a nonprofit managed care system. *Health Care Management Review*, Winter, 21-32.
- Randall, G. E. & Williams, A. P. (2009). Health-care reform and the dimensions of professional autonomy. *Canadian public administration*, 52, 51-69.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux - Montréal-Centre (2002). *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux - Bilan et enjeux Régie régionale de la santé et des services sociaux - Montréal-Centre*.
- Reynaud, J. D. (1988). Les regulations dans les organisations: Regulation de controle et regulation autonome. *Revue française de sociologie*, 29, 5-18.
- Rhodes, R. A. W. (1994). The hollowing out of the state. *Political Quarterly*, 65, 138-151.
- Rhodes, R. A. W. (1996). The new governance: governing without government. *Political Studies*, 44, 652-667.
- Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding Governance - Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Berkshire: Open University Press.

- Rhodes, R. A. W. (2007). Understanding Governance: Ten Years On. *Organization Studies*, 28, 1243-1264.
- Rocher, G. (2007). Sociologie d'une réforme : l'innovation par les groupes de médecine de famille L'émergence de deux GMF . 75e Congrès de l'ACFAS. Personal Communication
- Rodriguez, C., Langley, A., Béland, F., and Denis, J. L. (2007). Governance, Power, and Mandated Collaboration in an Interorganizational Network. *Administration & Society*, 39, 150-193.
- Ross, S. A. (1973). The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *The American Economic Review*, 63, 134-139.
- Sabatier, P. A. (1986). Top-Down and Bottom-up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy*, 6, 21-48.
- Sabatier, P. A. (2007). *Theories of the Policy Process*. (2 ed.) Boulder: Westview Press.
- Sabatier, P. A. & Weible, C. M. (2007). The Advocacy Coalition Framework. In P.A.Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process* (2 ed.), Boulder: Westview Press.
- Safran, D. G., Talov, A. R., and Rogers, W. H. (1994). Primary Care Performance in Fee-for-service and Prepaid Health Care Systems. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1579-1586.
- Saint-Martin, D. (2004). Coordinating Interdependence: Governance and Social Policy Redesign in Britain, The European Union and Canada (Rep. No. F41). Canadian Policy Research Networks.
- Salamon, L. M. (2002a). The New Governance and the Tools of Public Action: An Introduction. In L.M.Salamon (Ed.), *The Tools of Government: A Guide to the New Governance* (pp. 1-47). New York: Oxford University Press.
- Salamon, L. M. (2002b). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. New York: Oxford University Press.
- Saltman, R. B. and Figueras, J. (1988). Analysing the Evidence on European Health Care Reforms. *Health Affairs*, 17, 85-108.

- Schaap, L. & van Twist, M. J. W. (1997). The dynamics of closedness in networks. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Networks - Strategies for the Public Sector* (pp. 62-78). London: Sage Publications.
- Scharpf, F. W. (1978). Interorganizational policy studies: issues, concepts and perspectives. In K.Hanf & F. W. Scharpf (Eds.), *Interorganizational Policy Making: Limits to Coordination and Central Control* (pp. 345-370). London: Sage Publications.
- Schatzki, T. (2001). Practice Theory. In T.Schatzki, K. Knorr-Cetina, & E. Von Savigny (Eds.), *The practice turn in contemporary theory*. London: Routledge.
- Schneider, V. & Tenbuecken, M. (2002). *Business and the State: Mapping the Theoretical Landscape*. School of Public Policy.
- Schulz, W. & Held, T. (2001). *Regulated Self-Regulation as of Form of Modern Government (Interim Report)*. Hans Bredow Institute for Media Research at the University of Hamburg.
- Scott, C. (2004). Regulation in the age of governance: the rise of the post-regulatory state. In (pp. 145-174).
- SECOR. (1999). *La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés: Positionnement des cabinets privé*. SECOR.
- Shortt, S. E. D. (2004). Primary Care Reform, Is There a Clinical Rationale? In R.Wilson, S. E. D. Shortt, & J. Dorland (Eds.), *Implementing primary care reform: Barriers and facilitators* (pp. 1-202). Montreal and Kingston: School of Policy Studies by Mc-Gill-Queen's University Press.
- Simon, H. A. (1957). *Administrative Behaviour: A Study of Decision Making Processes in Administrative Organization*. New York: MacMillan.
- Sirois, A. (2002). *Près d'une entente sur les groupes de médecine familiale*. La Presse.
- Sirois, A. and Gagnon, K. (2001). *La médecine de famille compromise?* La Presse.
- Smith, A. (1991). *On the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. Buffalo: Prometheus Books.
- Soparnot, R. (2005). L'évaluation des modèles de gestion du changement organisationnel: de la capacité de gestion du changement à la gestion des capacités de changement. *Gestion*, 29, 31-42.

- Sorensen, E. (2006). Metagovernance: The Changing Role of Politicians in Processes of Democratic Governance. *The American Review of Public Administration*, 36, 98-114.
- Sorensen, E. & Torfing, J. (2007a). Governance Network Research: Towards a Second Generation. In E.Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (pp. 1-21). New York: Palgrave Macmillan.
- Sorensen, E. & Torfing, J. (2007b). Theoretical Approaches to Governance Network Dynamics. In E.Sorensen & J. Torfing (Eds.), *Theories of Democratic Network Governance* (pp. 25-42). New York: Palgrave Macmillan.
- Sorensen, E. & Torfing, J. (2007b). *Theories of Democratic Network Governance*. New York: Palgrave Macmillan.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care : Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press.
- Stensaker, I., Benedicte Meyer, C., Falkenberg, J., & Haueng, A. C. (2002). Excessive Change: Coping Mechanisms and Consequences. *Organizational Dynamics*, 31, 296-312.
- Stoker, G. (1998). Governance as Theory: five propositions. *International Social Science Journal*, 17-28.
- Termeer, C. J. A. M. & Koppenjan, J. F. M. (1997). Managing perceptions in Networks. In W.J.M.Kickert, E.-H. Klijn, & J. F. M. Koppenjan (Eds.), *Managing Complex Network - Strategies for the Public Sector* (pp. 79-97). London: Sage Publications.
- Thibaut, J. & Walker, L. (1975). A theory of procedure. *California Law Review*, 66, 541-566.
- Tirolì, J. (2001). Corporate Governance. *Econometrica*, 69, 1-35.
- Treib, O., Bähr, H., and Falkner, G. (2007). Modes of governance: towards a conceptual clarification. *Journal of European Public Policy*, 14, 1-20.
- Trottier, L. H., Fournier, M. A., Diene, C. P., & Contandriopoulos, A.-P. (2003). *Les soins de santé primaires au Québec*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.

- Tsoukas, H. and Chia, R. (2002). On Organizational Becoming: Rethinking Organizational Change. *Organization Science*, 13, 567-582.
- Tuohy, C. H. (2003). Agency, Contract, and Governance: Shifting Shapes of Accountability in the Health Care Arena. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 28, 195-215.
- Tushman, M. L. and Romanelli, E. (1986). Inertia, environments and strategic choice: A quasi experimental design for comparative longitudinal research. *Management science*, 608-621.
- Vallé, P. (2002). La loi 90 - Nouvelles pratiques infirmières. *Le Devoir*.
- Vallet, O. (2000). Gouverner ou tenir la barre. *Mots*, 109-110.
- Van de Ven, A. H. (1993). An assessment of perspectives on strategic change. In L.Zan, S. Zambon, & A. M. Pettigrew (Eds.), *Perspectives on Strategic Change* (pp. 313-324). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Van de Ven, A. H. and Poole, M. S. (1995). Explaining Development and Change in Organizations. *Academy of Management Review*, 20, 510-540.
- Weber, E. P., Lovrich, N. P., & Gaffney, M. J. (2007). Assessing Collaborative Capacity in a Multidimensional World. *Administration & Society*, 39, 194-220.
- Weick, K. E. and Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50, 361-386.
- Weiss, L. (1998). *The Myth of the Powerless State*. Cambridge: Polity Press.
- Whittington, R. (1996). Strategy as practice. *Long Range Planning*, 29, 731-735.
- WHO (1978). *Primary Health Care : Report on the Conference of Primary Health Care*. Geneva.
- Williamson, O. E. (1981). The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach. *The American Journal of Sociology*, 87, 548-577.
- Yin, R. K. (2003). *Case study Research: Design and Methods*. Newbury Park: Sage Publications.

Annexe 1 - Guides d'entrevues

Grille d'entrevue T1 pour le volet organisationnel
(responsables de GMF et gestionnaires)

Projet GMF

⇒ Parlez-nous brièvement de votre projet GMF : quelle est son histoire ?

Quels étaient les éléments essentiels du projet que vous avez soumis initialement ?

⇒ Quelles sont les organisations (CLSC / cliniques) qui ont décidé de se regrouper pour former le GMF ? Aviez-vous une « histoire » antérieure de collaboration ?

⇒ Où en êtes-vous rendus dans l'implantation du projet ? (relativement à la définition de l'offre de service ; au recrutement des infirmières; à l'inscription de la clientèle)

⇒ En pensant à votre organisation, quelles sont les valeurs qui importent le plus dans votre pratique avec les patients, les médecins, les infirmières, les autres membres de l'équipe ?

⇒ Diriez-vous que ce sont des valeurs partagées par les membres du GMF ?

⇒ Quels sont d'après vous les points positifs dans l'implantation du GMF pour les patients, les médecins, les infirmières, les autres membres de l'équipe ?

⇒ Quels sont d'après vous les points négatifs dans l'implantation du GMF pour les patients, les médecins, les infirmières, les autres membres de l'équipe ?

2 – Perception de la politique GMF :

- ⇒ Quelle est la perception des membres des GMF de cette nouvelle politique d'organisation des soins de première ligne?
- ⇒ Quelle est la perception des membres des GMF de la position du MSSS/du gouvernement à l'égard de cette politique?
- ⇒ Quelle est la perception des membres des GMF de la position de la FMOQ à l'égard de cette politique?
- ⇒ Quelle est la perception des membres des GMF de la position du Collège des Médecins du Québec à l'égard de cette politique?

3 – Processus d’appropriation de la politique GMF :

- ⇒ En quoi la perception qu’ils ont de la politique GMF influence les décisions et actions qu’ils prennent pour mettre en œuvre un GMF?
- ⇒ Quels sont les problèmes ou dossiers critiques auxquels sont confrontés les membres des GMF lorsqu’il s’agit de mettre en œuvre un tel modèle d’organisation?
- ⇒ Quelles sont les stratégies ou initiatives prises pour résoudre les problèmes jugés critiques dans la mise en œuvre d’un GMF?
- ⇒ Quelles sont les ressources et compétences requises pour résoudre les problèmes jugés critiques dans la mise en œuvre d’un GMF?
- ⇒ Quels sont les besoins sur le plan des ressources, des compétences, de la formation et du développement organisationnel identifiés par les membres des GMF comme étant critiques pour la mise en œuvre de ce nouveau modèle d’organisation?
- ⇒ Selon les membres des GMF, quels sont les facteurs qui facilitent la mise en œuvre d’un GMF?
- ⇒ Selon les membres des GMF, quels sont les facteurs qui font obstacle à la mise en œuvre d’un GMF?

4 – Influence de l’environnement politique et technocratique sur la mise en œuvre des GMF :

- ⇒ Selon les membres des GMF, en quoi l’environnement politique influence la mise en œuvre de ce nouveau modèle d’organisation?
- ⇒ Selon les membres des GMF, en quoi le support et les interventions du MSSS (ex. : groupe de suivi) influence la mise en œuvre de ce nouveau modèle d’organisation?
- ⇒ Selon les membres des GMF, en quoi le support et les interventions de la régie régionale influence la mise en œuvre de ce nouveau modèle d’organisation?

5 – Perception des modèles d’organisation mise en œuvre dans le cadre de la politique GMF ou en réaction à cette dernière.

- ⇒ Selon les membres des GMF, quels sont les différents modèles d’organisation qui sont développés dans le cadre de cette politique?
 - ⇒ Selon les membres des GMF, quels sont les avantages et désavantages des différents modèles d’organisation qui sont développés dans le cadre de cette politique?
 - ⇒ Selon les membres des GMF, quelles sont les initiatives qui sont prises sur le plan de l’organisation des soins primaires en réaction à la politique GMF?
 - ⇒ Selon les membres des GMF, quels sont les changements les plus importants apportés par cette politique sur le plan de l’organisation du travail et la pratique clinique?
 - ⇒ Selon les membres des GMF, en quoi l’implantation de ce nouveau modèle d’organisation des soins primaires commande le développement de relations avec d’autres professionnelles ou organisations?
 - ⇒ Quelles sont selon vous les phases à ce jour dans l’implantation de la politique GMF?
- Quelles sont selon vous les phases à ce jour dans l’implantation de votre GMF?

6 - Prospective

- ⇒ Si vous étiez Ministre de la Santé, quelles initiatives ou décisions prendriez-vous pour favoriser la mise en œuvre des GMF?
- ⇒ Si vous vous projetez dans l'avenir, comment selon vous votre GMF va évoluer d'ici une année?
- ⇒ Quels sont selon vous les changements les plus significatifs qui seront apportés dans l'année à venir sur le plan de l'organisation du travail, des relations entre professionnels...?

7- Perceptions concernant la collaboration professionnelle :

- ⇒ Décrivez comment s'est déroulée la collaboration professionnelle depuis la mise en marche du GMF.
- ⇒ Y a-t-il une entente formelle (verbale ou écrite) en regard de cette collaboration ? Si oui, décrivez-la. Êtes-vous satisfait de cette entente ?
- ⇒ Comment assurez-vous le leadership de la collaboration ?
- ⇒ Quels sont les mécanismes de concertation mis en place dans le GMF pour soutenir la collaboration ? (ex : lieux et moments de réunion administrative et clinique)
- ⇒ Décrivez la confiance que vous percevez entre les professionnels du GMF.
- ⇒ Jusqu'à quel point percevez-vous qu'ils partagent les mêmes objectifs ?
- ⇒ Selon vous, quels sont les facteurs qui favorisent et quels sont ceux qui nuisent à la collaboration entre les professionnels du GMF ?
- ⇒ Selon vous, quelle est la valeur ajoutée de la collaboration entre les professionnels ? Pour les professionnels ? pour le GMF ? pour la clientèle ?

Grille d'entrevue T2 pour le volet organisationnel
(Responsables de GMF et gestionnaires)

1 – Projet GMF

- ⇒ Pouvez-vous nous décrire l'évolution de votre GMF depuis les deux dernières années? (les principaux moments charnières - le plus marquant dans l'évolution du modèle, les ajustements par rapport à ce qui était prévu, la composition)
- ⇒ Où en êtes-vous rendus dans l'implantation du projet ? (relativement à la définition de l'offre de service ; au recrutement des infirmières; à l'inscription de la clientèle)
- ⇒ Quels sont d'après vous les points positifs dans l'implantation du GMF pour les patients, les médecins, les infirmières, les autres membres de l'équipe ?
- ⇒ Quels sont d'après vous les points négatifs dans l'implantation du GMF pour les patients, les médecins, les infirmières, les autres membres de l'équipe ?
- ⇒ Si on constate ces effets positifs ou négatifs, pouvez-vous nous expliquer ce qui a permis ça? (ex. : pratique de groupe, inscription, OT, rémunération, informatique, etc.)?
- ⇒ Avez-vous senti une tension entre la promotion de l'accessibilité et la continuité des soins.

⇒ Depuis 2 ans, quelles initiatives ont été prises pour concilier ou prioriser ces objectifs? (voir si une tension a été perçue entre accessibilité et continuité et comment ils l'ont gérée)

2 – Perception de la politique – générale

⇒ Quelle est la perception des membres des GMF de cette nouvelle politique d'organisation des soins de première ligne?

⇒ Quelle est la perception des membres des GMF de la position du MSSS/du gouvernement à l'égard de cette politique?

⇒ Quelle est la perception des membres des GMF de la position de la FMOQ à l'égard de cette politique?

⇒ Quelle est selon vous la vision actuelle du Collège des mds, de la FMOQ et du ministère à l'égard du potentiel des GMF?

⇒ D'après vous, quelle est la place du GMF dans l'agenda de ces acteurs?

3 – Perception de la politique – effets pour les professionnels :

- ⇒ Quelle est l'impact du fonctionnement en GMF sur l'organisation du travail (description de la pratique de groupe, changement ds les rôles, impact sur les professions, délégation, incluant les gardes, le # d'hrs travaillées, lourdeur des patients, rémunération-mode/quantité, etc.)?
- ⇒ Quelle est l'impact du fonctionnement en GMF sur la satisfaction des professionnels par rapport à leurs attentes?
- ⇒ Vous fonctionnez en GMF depuis environ 2 ans, quels sont les autres principaux bénéfices constatés de ce mode de fonctionnement (pour les prof., pour les patients, la population, etc.)?
- ⇒ Malgré ces avantages, est-ce que vous voyez aussi des inconvénients?
Lesquels?
- ⇒ Avez-vous constaté des effets (positifs ou négatifs) que vous n'attendiez pas? Lesquels?

4 – Processus d’implantation de la politique GMF :

- ⇒ Quels sont les problèmes ou dossiers critiques auxquels sont confrontés les membres des GMF lorsqu’il s’agit de mettre en œuvre un tel modèle d’organisation?
- ⇒ Quelles sont les stratégies ou initiatives prises pour résoudre les problèmes jugés critiques dans la mise en œuvre d’un GMF?
- ⇒ Quelles sont les ressources et compétences requises pour résoudre les problèmes jugés critiques dans la mise en œuvre d’un GMF?
- ⇒ Quels sont les besoins sur le plan des ressources, des compétences, de la formation et du développement organisationnel identifiés par les membres des GMF comme étant critiques pour la mise en œuvre de ce nouveau modèle d’organisation?
- ⇒ Selon les membres des GMF, quels sont les changements les plus importants apportés par cette politique sur le plan de l’organisation du travail et la pratique clinique?
- ⇒ Selon les membres des GMF, en quoi l’implantation de ce nouveau modèle d’organisation des soins primaires commande le développement de relations avec d’autres professionnelles ou organisations?
- ⇒ Si oui, comment ces relations ont-elles été développées?
- ⇒ En quoi les conditions actuelles ou les initiatives prises au niveau du ministère agissent sur l’évolution de votre GMF?
- ⇒ Quelle est votre perception du support offert par ces groupes dans l’implantation (+ ou -)?

- ⇒ Vous savez que des CSSS qui vont travailler à la mise en place de réseaux locaux sont mis en place actuellement, de quelle façon est-ce que cette réorganisation influence votre GMF et comment y participez-vous?
- ⇒ Possiblement en lien avec ce qui vient d'être dit sur les réseaux locaux, avez-vous été appelé à négocier des ententes pour favoriser le développement de votre GMF (ou avec un CLSC, un CH, etc.)? et comment ces négociations ont-elles affecté le développement du GMF?
- ⇒ Est-ce que des changements survenus dans l'environnement ont influencé le développement de votre GMF? Lesquels et de quelles façons? (ex. : fermeture de clinique, retraite de certains médecins, nouveaux GMF, nouveau programme, entente avec un CH, etc. qui pourraient affecter par exemple la clientèle)

5 – Influence de l’environnement politique et technocratique sur l’implantation des GMF :

- ⇒ Selon les membres des GMF, en quoi l’environnement politique influence la mise en œuvre de ce nouveau modèle d’organisation?
- ⇒ Selon les membres des GMF, en quoi le support et les interventions du MSSS (ex. : groupe de suivi) influencent la mise en œuvre de ce nouveau modèle d’organisation?
- ⇒ Selon les membres des GMF, en quoi le support et les interventions de la régie régionale ou de l’agence influence la mise en œuvre de ce nouveau modèle d’organisation?

6 – Mécanismes pour soutenir l'implantation

- ⇒ La négociation du contrat d'association, de la convention avec l'agence, de l'entente avec le CLSC ou d'autres ententes a-t-elle été un moteur ou un frein dans la mise en place des GMF?
- ⇒ Les attributs du GMF (exigences au niveau de la taille, des services à offrir, du financement, etc.) étaient-ils à votre avis suffisamment flexibles? Pourquoi?
- ⇒ Quand vous regardez l'évolution de votre GMF, comment se distingue-t-elle des autres GMF?
- ⇒ Quels sont les mécanismes de concertation mis en place dans le GMF pour soutenir les changements à implanter ? (ex : lieux et moments de réunion administrative et clinique)
- ⇒ Jusqu'à quel point percevez-vous qu'ils partagent les mêmes objectifs ?
- ⇒ Selon vous, quels sont les facteurs qui favorisent et quels sont ceux qui nuisent à la collaboration entre les professionnels du GMF ?

7 - Prospective

- ⇒ Si vous étiez Ministre de la Santé, quelles initiatives ou décisions prendriez-vous pour favoriser la mise en œuvre des GMF?
- ⇒ Si vous vous projetez dans l'avenir, comment selon vous votre GMF va évoluer d'ici une année?
- ⇒ Quels sont selon vous les changements les plus significatifs qui seront apportés dans l'année à venir sur le plan de l'organisation du travail, des relations entre professionnels...?

Grille d'entrevue T1 pour le volet professionnel
(Médecins et infirmières)

1 – Profil du professionnel répondant

- ⇒ Décrivez votre formation initiale et continue
- ⇒ Décrivez votre expérience professionnelle
- ⇒ Décrivez votre expérience de la collaboration professionnelle
 - Entre médecins ou entre infirmières
 - Entre vous et autres professionnels
 - Entre médecins et infirmières

2 – Profil de pratique / rôle

- ⇒ Décrivez votre GMF, son organisation, sa clientèle
 - Comment vous positionnez-vous relativement au GMF et au groupe/organisation à laquelle vous étiez rattaché avant la création du GMF
- ⇒ Décrivez votre clientèle
- ⇒ Comment voyez-vous votre rôle auprès des patients de la clinique?
- ⇒ Décrivez vos autres fonctions, rôles, responsabilités dans le GMF
- ⇒ Pensez-vous devoir faire des compromis de valeurs pour accomplir votre tâche dans le GMF ?
- ⇒ Quels sont d'après vous les points positifs de l'implantation des GMF pour les patients, les médecins et les infirmières du GMF ?
- ⇒ Quels sont d'après vous les points négatifs de l'implantation des GMF pour les patients, les médecins et les infirmières du GMF ?

3 – La collaboration

- ⇒ Décrivez comment s'est déroulée la collaboration professionnelle depuis la mise en marche du GMF
- ⇒ Décrivez votre expérience actuelle
 - Comment décidez-vous qui voit quel patient?
 - Donnez un exemple de demande de consultation de l'autre professionnel; un exemple où vous demandez une consultation à l'autre professionnel
 - Donnez un exemple de référence de l'autre professionnel; à l'autre professionnel
- ⇒ Y a-t-il une entente formelle (verbale ou écrite) en regard de cette collaboration? Si oui, décrivez-la. Êtes-vous satisfait de cette entente?
- ⇒ Lorsqu'il y a une décision à prendre au sujet d'un patient : comment ça se passe? Qui décide? Comment la responsabilité est-elle allouée?
- ⇒ Lorsqu'il y a un désaccord entre vous et un autre professionnel, comment ce désaccord est-il géré?
- ⇒ Décrivez la communication avec l'autre professionnel
- ⇒ Décrivez la confiance que vous avez dans les décisions de l'autre professionnel
- ⇒ Parlez-moi des éléments qui favorisent la collaboration
- ⇒ Parlez-moi des éléments qui nuisent à la collaboration
- ⇒ Qu'est-ce que la collaboration professionnelle vous apporte dans votre pratique quotidienne?
- ⇒ Qu'est-ce que la collaboration professionnelle apporte à la clientèle?

- ⇒ Comment vous et les autres professionnels (médecins ou infirmières et autres si pertinent) avez-vous procédé pour développer une vision commune des soins de première ligne?
- ⇒ Selon vous, quel est le rôle d'un médecin de famille? (ou d'une infirmière en soins de première ligne)
- ⇒ Selon vous, quelle est la perception du médecin de famille face au rôle de l'infirmière?
- ⇒ Parlez-moi des mécanismes que le GMF s'est donnés pour que la collaboration soit maintenue et même améliorée
- ⇒ D'après vous, quelle serait la collaboration professionnelle idéale entre médecins et infirmières de soins de première ligne
- ⇒ Y a-t-il d'autres aspects qui vous semblent importants à ajouter concernant la collaboration entre les infirmières et les médecins des GMF?
- ⇒ Culture organisationnelle : quelle importance votre groupe accorde-t-il aux points suivants ? (si vous êtes seul, quelle importance accordez-vous aux points suivants)

Grille d'entrevue T2 pour le volet professionnel
(médecins et infirmières)

1 – Profil de pratique du professionnel répondant

- ⇒ Comment voyez-vous votre rôle auprès des patients de la clinique?
- ⇒ Décrivez votre clientèle
- ⇒ Décrivez vos autres fonctions, rôles, responsabilités dans le GMF, celles en rapport avec les autres membres du GMF
- ⇒ Dans une semaine, quelle est la proportion de votre travail clinique directement auprès de la clientèle? Auprès d'autres professionnels, d'autres institutions? Quelle est la proportion de votre travail administratif? De formation continue? La proportion de vos autres catégories de responsabilités? (Dans les dernières semaines)
- ⇒ Décrivez une journée typique, soyez spécifique, donnez des exemples (détails, s.v.p.)
- ⇒ dans ce GMF, y a-t-il un mécanisme de collecte de données concernant les pratiques des infirmières? (statistiques par exemple)
- ⇒ Selon vous, quelles sont les différences de pratiques entre les infirmières de GMF et les infirmières de CLSC?
- ⇒ Toujours selon vous, quel est l'objectif principal (ou la mission principale) d'un GMF?
- ⇒ Quels sont d'après vous les points positifs de l'implantation des GMF pour les patients, les médecins et les infirmières du GMF?

- ⇒ Quels sont d'après vous les points négatifs de l'implantation des GMF pour les patients, les médecins et les infirmières du GMF?
- ⇒ Lors de la première série d'entrevues, des personnes ont fait part d'un dilemme vécu entre la promotion de l'accessibilité et une attention à la continuité des soins. Pensez-vous devoir faire des compromis de valeurs pour accomplir votre tâche dans le GMF?
- ⇒ A-t-elle amenée un changement dans vos valeurs professionnelles? Si oui, comment cela se manifeste? Si non, pourquoi?

2- La collaboration

- ⇒ Jusqu'à quel point vous et les autres professionnels du GMF partagez une vision commune des soins de première ligne et du GMF ainsi que des objectifs qui en découlent?
- ⇒ Si oui, comment avez-vous procédé pour développer cette vision commune? Si non, pourquoi?
- ⇒ Selon vous, quel est le rôle d'un médecin de famille? (ou d'une infirmière en soins de première ligne)
- ⇒ Selon vous, quelle est la perception du médecin de famille face au rôle de l'infirmière?
- ⇒ De votre point de vue, comment s'est déroulée la collaboration professionnelle depuis la mise en marche du GMF?
- ⇒ Quelle est votre appréciation du partage des responsabilités entre les intervenants du GMF et votre appréciation du partage des responsabilités depuis le début?

⇒ Décrivez votre expérience actuelle

- Comment décidez-vous qui voit quel patient?
- Donnez un exemple de demande de consultation de l'autre professionnel; un exemple où vous demandez une consultation à l'autre professionnel, s'il y a lieu
- Donnez un exemple de référence (pour une prise en charge) de l'autre professionnel; à l'autre professionnel

⇒ Y a-t-il une entente formelle (verbale ou écrite) en regard de cette collaboration? Si oui, décrivez-la. Êtes-vous satisfait de cette entente?

- Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des protocoles mis en place et dans quelle mesure y a-t-il consensus sur ces protocoles?
- Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des mécanismes de partages d'informations cliniques mis en place entre les professionnels du GMF?
- Avez-vous amélioré les mécanismes d'échange d'informations avec les professionnels des autres établissements au cours de la dernière année?

⇒ Lorsqu'il y a une décision à prendre au sujet d'un patient : comment ça se passe? Qui décide? Comment la responsabilité est-elle allouée?

⇒ Lorsqu'il y a un désaccord entre vous et un autre professionnel, comment ce désaccord est-il géré?

⇒ Décrivez la communication avec l'autre professionnel

⇒ Les professionnels ont-ils appris à se connaître mieux?

- ⇒ Qu'en est-il de la confiance entre professionnels actuellement? Au sein de la même discipline? Avec les autres disciplines?
- ⇒ Parlez-moi des éléments qui favorisent la collaboration
- ⇒ Comment le leadership de la collaboration est-il assuré au GMF?
- ⇒ Y a-t-il un expert de la collaboration au GMF?
- ⇒ Auriez-vous besoin d'expertise clinique pour mettre en place les nouvelles interventions en GMF? Y avez-vous accès?
- ⇒ Quels sont les incitatifs à collaborer?
- ⇒ Parlez-moi des éléments qui nuisent à la collaboration
- ⇒ Qu'est-ce que la collaboration professionnelle vous apporte dans votre pratique quotidienne?
- ⇒ Qu'est-ce que la collaboration professionnelle apporte à la clientèle?
- ⇒ Parlez-moi des mécanismes que le GMF s'est donnés pour que la collaboration soit maintenue et même améliorée
- ⇒ D'après vous, quelle serait la collaboration professionnelle idéale entre médecins et infirmières de soins de première ligne
- ⇒ Pour terminer, y a-t-il d'autres aspects qui vous semblent importants à ajouter concernant la collaboration entre les infirmières et les médecins des GMF?

Annexe 2 : Questionnaire sur l'organisation des GMF



L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la

**QUESTIONNAIRE
SUR L'ORGANISATION DU GMF**

2003 et 2005

Avec le soutien financier de :

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)

Le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

La Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation

du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec

Identification et description du GMF

Nom du GMF : _____

A) Combien d'organisations différentes regroupe le GMF ? _____

Description

Site 1 :

Site 2 :

Site 3 :

Site 4 :

B) De combien de sites différents est constitué le GMF ? _____

Description

Site 1 :

Site 2 :

Site 3 :

Site 4 :

C) Quelle catégorie décrit le mieux chaque site du GMF :

- 1) Cabinet privé/Clinique privée (à l'exception des cliniques SRDV)
- 2) Clinique sans rendez-vous
- 3) Centre local de services communautaires (CLSC)
- 4) Unité d'enseignement universitaire en médecine familiale
- 5) Autres (préciser)

Site 1 :

Site 2 :

Site 3 :

Site 4 :

Quelle place occupe le GMF au sein des organisations dont il fait partie ? (ex. dans un CLSC le GMF peut ne regrouper qu'une partie des effectifs médicaux)

Le GMF a-t-il des liens formels ou opérationnels avec d'autres organisations du réseau (*en dehors des bonnes relations au niveau individuel*) afin d'offrir à la clientèle l'ensemble des services dont elle a besoin ?

- Non
- Oui
 - Avec un (des) CLSC
 - Avec un (des) CHSG
 - Avec un (des) CHSLD
 - Avec d'autres cliniques médicales
 - Avec _____ d'autres établissements,
préciser : _____

Quel mode d'organisation décrit le mieux chaque site du GMF avant le regroupement (ex. Pratique de groupe composée de médecins de famille seuls ou avec spécialistes, pratique solo, etc.)

- Site 1 : _____
- Site 2 : _____
- Site 3 : _____
- Site 4 : _____

Où en est rendu le processus d'implantation du GMF ? (accréditation, inscription de la clientèle, engagement des infirmières, etc.)

Où en est rendu le GMF quant à l'organisation visant à réunir les différents sites et à l'organisation de la pratique de groupe ?

Les dépenses, locaux, etc. _____

Projet commun

Partage de clientèle

Partage des tâches

Partage de revenus

Volet qualité (analyse de cas, profils de pratique)

Autre :

Informations et description de chacun des types de professionnels de la santé qui travaillent à l'intérieur du GMF (*À compléter pour chacun des sites*)

Types de professionnels	N	Présence à la clinique		
		jours /sem.	heures /sem.	détails
Médecins de famille				
Médecins spécialistes <i>préciser :</i>				
-				
-				
-				
-				
-				
Infirmières				
Infirmières auxiliaires				
Psychologues				
Ergothérapeutes				
Physiothérapeutes				
Nutritionniste/ diététicienne				
Travailleurs sociaux				
Personnel d'accueil/ réceptionniste				

Secrétaires				
Autres préciser :				
-				

En quoi consiste actuellement le travail des infirmières rattachées au GMF?

Quel est le rôle du personnel de soutien rattaché au GMF ? (ex. gestion des appels, explications des politiques du GMF, etc.)

Estimez le nombre de patients qui consultent chacun des sites de votre GMF EN MOYENNE par semaine:

AVEC RDV n patients/semaine SANS RDV n patients/semaine

Site 1 :

Site 2 :

Site 3 :

Site 4 :

Aspects organisationnels du GMF

Description du type d'organisation pour la gestion du GMF (ex. professionnels responsables de dossiers communs; Réunions statutaires de l'ensemble des professionnels du GMF pour prendre des décisions sur *l'organisation des soins et services*; Programme de formation professionnelle organisé par et pour le groupe; Activités d'évaluation de l'acte médical (audit)

Avez-vous un système informatisé pour le fonctionnement et l'organisation du GMF ? Nouveau système __ ou non __?

Non

Oui (veuillez préciser pour quel type de services) :

Prise de rendez-vous

Facturation

Système de relance de suivi des patients

Les dossiers des patients

Système de référence aux spécialistes

Autres (ex : banque de données pharmaco., aide à la décision)

Précisez :

Existe-t-il des protocoles de suivi pour certains problèmes de santé ou clientèles particulières ? (ex. suivi d'INR, suivi de 0-5 ans, etc.)

- Non
- Oui (veuillez préciser) :

Combien de médecins du GMF acceptent de nouveaux patients ? _____

Quelle est la politique du GMF pour les nouveaux patients ? (ex. famille du patient, référé par un collègue, etc.)

Est-ce que cette politique est la même pour tous les médecins ?

- Oui
- Non (veuillez préciser) : _____

Quelle est la politique du GMF pour la gestion des sans rendez-vous ?

Est-ce que cette politique est la même pour tous les médecins ?

- Oui
- Non (veuillez préciser) : _____

Les patients du GMF ont-ils accès à des conseils téléphoniques 24 heures par jour, 7 jours par semaine, 365 jours par année offerts par un médecin ou une infirmière (excluant info-santé) ?

Le GMF a-t-il une politique par laquelle on priorise que ce soit toujours le médecin traitant qui voit son patient?

Lorsque le GMF est ouvert et qu'un patient tombe malade, est-ce que quelqu'un de votre GMF peut voir ce patient la journée même ?

Lorsque le GMF est fermé le samedi ou le dimanche et qu'un patient est très malade, est-ce que quelqu'un de votre GMF peut voir ce patient la journée même ?

Lorsque le GMF est fermé le soir et qu'un patient est très malade, est-ce que quelqu'un de votre GMF peut voir ce patient le soir même ?

Profil de pratique du GMF

Le GMF a-t-il restreint ses activités médicales à une clientèle particulière ?

restreint à un certain groupe d'âge

(précisez): _____

restreint à certains types de problèmes médicaux

(précisez): _____

pas de restriction.

À quels groupes d'âge le GMF offre t-il des services médicaux ?

Enfants (0-12 ans)

Adultes (19-64 ans)

Adolescents (13-18 ans)

Personnes âgées (+ 65 ans)

Lesquels des services suivants sont offerts à l'intérieur du GMF ?

		Détails/précisions
<input type="checkbox"/>	Visites aux foyers pour personnes âgées / centres d'accueil / centres d'hébergement	
<input type="checkbox"/>	Visites à domicile	
<input type="checkbox"/>	Soins palliatifs	
<input type="checkbox"/>	Prise en charge des maladies chroniques	
<input type="checkbox"/>	Soins intra-hospitaliers	
<input type="checkbox"/>	Counselling (en groupe ou par l'infirmière)	
<input type="checkbox"/>	Réseau de garde intégrée dans la région	

Quelle est l'implication du GMF en périnatalité.

- Les soins périnataux ne sont PAS donnés à cette clinique .
- Soins partagés : les soins prénataux sont donnés (excluant les accouchements) et les patientes à risque peu élevé sont référées.
- Les soins périnataux complets sont donnés.

Parmi les procédures cliniques suivantes, lesquelles sont disponibles à l'intérieur du GMF ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiométrie | <input type="checkbox"/> Aspiration à l'aiguille (pour diagnostic / biopsie) |
| <input type="checkbox"/> Réfractométrie | <input type="checkbox"/> Biopsie cutanée |
| <input type="checkbox"/> Interprétation d'ECG | <input type="checkbox"/> Autres biopsies (<i>précisez</i>) : |
| <input type="checkbox"/> Explorations fonctionelles respiratoires (V.E.M.F.) | <input type="checkbox"/> Sutures |
| <input type="checkbox"/> Test de Papanicolaou | <input type="checkbox"/> Services de prélèvement |
| <input type="checkbox"/> Insertion d'un stérilet | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Glycémie capillaire et cholestérol capillaire | <input type="checkbox"/> Vaccination |
| <input type="checkbox"/> Injection / aspiration musculosquelettique (y compris les articulations) | <input type="checkbox"/> Enfants |
| <input type="checkbox"/> Attelles | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Rectoscopie | <input type="checkbox"/> Pneumocoque |
| <input type="checkbox"/> Autres endoscopies (<i>précisez</i>) : | <input type="checkbox"/> Voyageur |

Autres actes :

Annexe 3 – Analyse documentaire

Analyse documentaire
Les groupes de médecine de famille (GMF) –
de l'émergence à la mise en œuvre

Version adaptée de l'analyse effectuée
dans le cadre du projet de recherche :
L'implantation des Groupes de médecine de famille :
le défi de la réorganisation de la pratique
et de la collaboration interprofessionnelle

Par
Frédéric Gilbert
Marie-Dominique Beaulieu
Johanne Goudreau
Danièle D'amour
Jean-Louis Denis
Lise Lamothe
Guy Jobin

Table des matières

<i>Table des abréviations</i>	<i>xlvi</i>
1. La commission Clair (JUIN À DÉCEMBRE 2000)	<i>xl</i>
1.1 Les options lancées par la Commission avant la consultation (AOÛT 2000)	1
1.2 Positions des différents acteurs (JUIN À OCTOBRE 2000)	li
1.2.1 La position du ministère (juin 2000).....	li
1.2.2 Les positions présentées à la CESSSS à l'égard de l'organisation des soins de première ligne (septembre à octobre 2000).....	lii
1.2.3 Les positions des experts (septembre à octobre 2000).....	lvi
1.3 Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (DÉCEMBRE 2000).....	lvi
1.3.1 Le concept de GMF et les services offerts, selon la CESSSS.....	lvii
1.3.2 Les propositions de la CESSSS pour soutenir l'implantation des GMF.....	lviii
1.3.3 Le fonctionnement des GMF selon la CESSSS	lix
1.3.4 Les objectifs proposés par la CESSSS pour l'implantation des GMF	lx
1.4 LES RÉACTIONS À LA PROPOSITION DE LA COMMISSION.....	lxi
2. L'implantation des GMF (MAI 2001 À AVRIL 2003)	<i>lxii</i>
2.1 Coordination et support à l'implantation	lxiii
2.1.1 Le Groupe de support à l'implantation (GSI).....	lxiii
2.1.2 Le mandat du Département régional de médecine générale	lxiv
2.2 Les négociations MSSS / FMOQ, un départ difficile (JUIN 2001 À JUIN 2002) .	lxiv
2.2.1 Les ajustements aux concepts de GMF (depuis juin 2001)	lxvi
2.2.2 Entente FMOQ – MSSS (juin 2002).....	lxvii
2.3 La structure juridique des GMF	lxviii
2.4 Le financement des GMF.....	lxviii
2.5 Réglementation régissant la pratique infirmière	lxix
2.5.1 Les pratiques professionnelles	lxix

2.5.2 : Le lien d'emploi reliant les infirmières au GMF	lxxii
2.5.3 La vision du GSI à l'égard de la pratique infirmière en GMF	lxxii
Bibliographie Analyse documentaire.....	lxxiii
Annexe 1 (analyse documentaire) : Principales étapes menant à l'implantation des GMF.....	lxxv
Annexe 2 (analyse documentaire): Synthèse de la position des acteurs	lxxvi

Table des abréviations

ACCQ	Association des CLSC et des CHSLD du Québec
AMOM	Association des médecins omnipraticiens de Montréal
CEBES	Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social
CESSSS	Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre locaux de santé communautaire
CmQ	Conseil médical du Québec
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSN	Centrale des syndicats nationaux
DRMG	Département régional de médecine générale
FIIQ	Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FTQ	Fédération des travailleurs du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GSI	Groupe de support à l'implantation
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Nous proposons ici une analyse de la documentation retraçant l'évolution du concept de GMF, de son émergence à l'organisation de sa mise en œuvre. Nous présentons les résultats en trois phases : la réflexion ayant mené au rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS), l'élaboration des GMF par la commission et ensuite, les GMF en pratique. Cette analyse documentaire est effectuée dans le cadre du projet de recherche intitulé *L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle* sous la direction des chercheurs principaux, Marie-Dominique Beaulieu et Jean-Louis Denis.

Les objectifs de cette recension des écrits sont d'identifier les étapes charnières de l'élaboration de la politique GMF jusqu'à l'accréditation des premiers GMF ainsi que les positions prises pendant cette période par les différents acteurs impliqués en lien avec le contenu de la politique.

La recension des écrits a été effectuée à partir de plusieurs sources de données :

- le rapport de la Commission d'étude (CESSSS, 2000b) ;
- la documentation officielle (mémoires, prises de position, publications, etc.) des principaux acteurs impliqués ;
- certains articles de revues ou de journaux publiés entre 2000 et 2003.

L'analyse documentaire est présentée en deux sections principales. La première partie décrit l'émergence de la commission, les différentes positions entendues dans le cadre de ses travaux, son rapport final ainsi que certaines réactions à sa diffusion. La deuxième partie débute par la décision du ministère de mettre en œuvre la recommandation de la CESSSS concernant les groupes de médecine de famille et décrit le processus initial de mise en œuvre au niveau national.

1. La commission Clair (juin à décembre 2000)

La CESSSS a été créée le 15 juin 2000 par la ministre Pauline Marois. Cette a vu le jour dans un contexte d'insatisfaction à l'égard du système de santé québécois. Plusieurs enjeux ont soulevé l'attention des médias dont les déficits chroniques des hôpitaux (Lessard, 2000) et un accès insuffisant aux soins primaires (Bégin, 2000). La commission

avait pour mandat de « tenir un débat public sur les enjeux auxquels fait face le système de santé et de services sociaux et proposer des avenues de solution pour l'avenir » (CESSSS, 2000b: i). La Commission a donc tenu plusieurs activités de consultation auprès des acteurs clés de septembre à octobre 2000 :

- Les forums d'experts ont porté sur le financement, l'organisation des services et la gouverne de même que sur les expériences internationales et celles vécues dans les autres provinces canadiennes.
- Des consultations régionales organisées pour les groupes locaux et régionaux ainsi que pour la population.
- L'audition de groupes d'intérêt nationaux dont la majorité a soumis un mémoire détaillé.
- La consultation directe sur le site Internet de la Commission permettant à plus de 500 personnes de s'exprimer.

Pour initier la consultation, la Commission a soumis un document auquel les différents acteurs étaient invités à réagir. Nous verrons dans la prochaine section les principaux éléments de ce guide qui concernaient l'organisation et l'intégration des soins de première ligne.

1.1 Les options lancées par la Commission avant la consultation (août 2000)

Dans son Guide d'animation proposé en août 2000, la commission exprime sa perception des problèmes affectant la première ligne :

« ... ces dans des délais raisonnables et sécurisants. Peu de médecins travaillent dans les CLSC. Les cabinets privés disposent de peu de ressources autres que médicales. L'information circule difficilement entre les divers établissements et organisations en raison notamment des habitudes de cloisonnement observées dans ce secteur et de l'absence d'un système d'information intégré et adéquat. De plus, les CLSC et les cabinets de médecins sont difficilement accessibles les soirs et fins de semaine. L'urgence de l'hôpital devient par défaut la seule ressource pouvant accueillir la population. » (CESSSS, 2000a: 5).

La commission mentionne aussi le « manque de coordination et d'intégration des services offerts par les CLSC, les cabinets privés, les salles d'urgence... » ainsi que le fait qu'il n'existe aucun « lieu de responsabilité et d'imputabilité » connu de la population (CESSSS, 2000a: 5). La commission a dans ce guide soumis à la consultation plusieurs

possibilités non mutuellement exclusives concernant l'organisation des services de première ligne :

- L'organisation des services basés sur le territoire sous l'autorité d'une organisation responsable de l'offre de service sur son territoire.
- La responsabilité clinique et financière pour une population définie confiée à une équipe composée de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé.
- L'omnipraticien comme coordonnateur de l'ensemble des services à la personne.
- Un dossier clinique informatisé pour chaque patient.

1.2 Positions des différents acteurs (JUN À OCTOBRE 2000)

Nous verrons la position adoptée par le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) dans le cadre de la Commission ainsi que celle des principaux acteurs du système de soins. Un tableau synthèse regroupant les positions de ces acteurs est disponible à l'annexe 2 du présent document.

1.2.1 La position du ministère (juin 2000)

Au moment de la création de la commission, en juin 2000, le ministère MSSS a produit un document synthèse intitulé *Organisation des services : état de situation et perspective* dans lequel le ministère expose sa vision de la situation. On peut y lire plusieurs constats concernant l'organisation des soins :

« Nous avons actuellement au Québec deux « réseaux » de services de base – les CLSC et les cliniques médicales – qui, chacun de leur côté, ne peuvent offrir une réponse optimale aux besoins de la population. » (MSSS, 2000: 6)

« Ce développement parallèle des cabinets de médecins et des CLSC a fait en sorte qu'on se retrouve aujourd'hui avec une gamme de services différents et dont l'accessibilité est variable d'un territoire à l'autre. » (MSSS, 2000: 5)

« Les problèmes qui en résultent sont de deux ordres : la grande difficulté du système à se doter de services de base complets et efficaces; la difficulté d'assurer la coordination et l'intégration des services. » (MSSS, 2000: 3).

Malgré les nombreux efforts, le ministère reconnaît qu'ils

se sont butés au même écueil : l'absence de responsabilité envers la personne tout au long de l'intervention. Ainsi, chaque professionnel et chaque établissement est responsable (...) d'une partie de l'intervention. La personne

doit souvent se débrouiller seule pour trouver les passerelles, établir les relais nécessaires. Le problème est décuplé pour les personnes plus vulnérables. (MSSS, 2000: 6)

La commission pose d'emblée sa vision d'une organisation intégrée des soins de première ligne :

les intervenants seraient véritablement organisés en réseau; la circulation de l'information serait fluide entre les professionnels, les relais s'établiraient naturellement; une équipe multidisciplinaire serait disponible lorsque l'intervention l'exigerait; les professionnels des services de base auraient un accès direct aux services spécialisés lorsque la situation le commanderait. Surtout, ils assumeraient ensemble une responsabilité envers la population de leur territoire, responsabilité qui permettrait également de mettre au point des actions de prévention plus soutenues (MSSS, 2000: 6-7).

1.2.2 Les positions présentées à la CESSSS à l'égard de l'organisation des soins de première ligne (septembre à octobre 2000)

Plusieurs se sont exprimés dans le cadre des consultations tenues par la Commission. Plus de 200 mémoires ont été déposés devant la commission. Nous reprenons dans cette section les positions adoptées par les principaux acteurs du système de soins. Un grand nombre d'organisations syndicales ont adopté des positions semblables concernant l'intégration des soins. En effet, la Confédération des syndicats nationaux (CSN), la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) ainsi que la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) considèrent les CLSC comme la porte d'entrée à privilégier. Cet extrait du mémoire soumis à la commission par la FIIQ résume bien la position de ces groupes :

Les CLSC « regroupent déjà maintes caractéristiques propres aux réseaux de première ligne proposés par la Commission. Essentiellement, s'ils n'ont pas été capables de remplir les rôles pour lesquels ils ont été mis sur pied, c'est qu'ils n'ont jamais été financés à la hauteur des services qu'ils avaient pourtant le mandat de fournir. (...) Les investissements nécessaires au plein essor des CLSC doivent enfin être faits. » (FIIQ, 2000: 5)

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) avait débuté une importante réflexion concernant l'organisation des soins de première ligne un an avant le

début des travaux de la CESSSS. Nous présenterons dans cette section les principaux constats de cette analyse confiée à la firme de consultation SECOR. Nous verrons par la suite la position défendue par la FMOQ devant la commission dirigée par Michel Clair.

La FMOQ avait alors mandaté la firme de consultation SECOR qui a rendu son rapport en décembre 1999. La firme avait comme principal mandat de définir « un cadre d'orientation stratégique au bénéfice des médecins omnipraticiens exerçant en cabinet privé, en tenant compte de l'évolution de la pratique médicale dans un environnement en changement » (SECOR, 1999: 2).

Dans son rapport, SECOR explique que les médecins pratiquant en cabinet privé subissent une pression grandissante :

- le vieillissement de la population et l'augmentation des autres clientèles vulnérables exigent une prise en charge et un suivi plus lourds et plus complexes; les soins doivent donc être davantage intégrés;
- la clientèle est plus exigeante car mieux informée;
- les nombreux départs à la retraite et les caractéristiques de la relève (féminisation, nombre d'heures de travail inférieur) ont laissé une partie de la population sans médecin de famille.

L'analyse de la firme de consultation démontre que les médecins exerçant en cabinet devront changer de paradigme. L'omnipraticien doit « intégrer un réflexe-client dans l'organisation de son offre de service » (SECOR, 1999: 12). Il doit prendre « davantage en compte l'évolution constante des valeurs et des tendances faisant partie de son environnement ». Pour y arriver, le rapport SECOR explique que le médecin pratiquant en cabinet devra offrir l'ensemble des services médicaux, se regrouper en réseau de médecine familiale pour offrir une gamme plus étendue de services et s'impliquer dans l'organisation des services de soins généraux offerts à la population.

La position présentée par la FMOQ devant la CESSSS semble grandement inspirée de l'étude SECOR. La FMOQ propose un modèle d'organisation en équipe. Ces équipes seraient composées de médecins secondés de quelques infirmières dont le rôle traditionnel serait élargi à la participation au suivi des clientèles et au rôle d'agent de liaison avec les autres ressources du réseau. Pour améliorer la continuité des soins, la FMOQ favorise une

utilisation élargie des cabinets privés (FMOQ, 2000). Elle propose trois types de regroupement :

des alliances entre les médecins de cabinet de petite taille et, le cas échéant, les médecins d'un CLSC pour convenir ensemble de moyens d'améliorer l'accessibilité aux services prioritaires de médecine générale et d'augmenter le panier de services offerts à l'ensemble de la population d'un territoire;

un regroupement de médecins en réseau, respectueux du statut de chaque cabinet et, le cas échéant, du CLSC, pour assurer à l'ensemble de la population d'un territoire l'accessibilité à un ou plusieurs services prioritaires;

un réseau intégré de médecine familiale où les médecins mettent en commun leurs ressources pour offrir un panier complet de services médicaux généraux. Ce réseau ne signifie pas nécessairement une fusion des différentes entités, cabinets médicaux et CLSC. (FMOQ, 2000: 43).

Pour la FMOQ, c'est au réseau de la santé et des services sociaux d'offrir aux au médecin de famille un meilleur accès aux services diagnostiques, spécialisés psychosociaux, de maintien à domicile et de réadaptation. Au niveau de la coordination et de l'intégration des soins, la FMOQ semble miser davantage sur un modèle d'organisation régionale basé sur les départements régionaux de médecine générale (DRMG) qu'elle a proposé. La FMOQ explique que la mise en place des DRMG contribuera à l'amélioration de la coordination des services avec l'ensemble du système de santé.

La FMOQ ne semble pas favoriser une approche aussi multidisciplinaire que celle proposée par d'autres groupes. La FMOQ explique que généralement, les médecins et des infirmières suffisent à offrir des soins de base à la population. De plus, la FMOQ semble reconnaître la similitude entre le modèle proposé par la commission et les CLSC sans pour autant l'appuyer en soulignant que cette forme organisationnelle n'a pas toujours produit les effets attendus.

L'Association médicale du Québec

L'Association médicale du Québec (AMQ), une association professionnelle à adhésion volontaire représentant plus de 7000 médecins omnipraticiens ou spécialistes, a soumis son mémoire suite à une consultation tenue auprès de ses membres. L'AMQ propose d'organiser la gestion des soins autour du cabinet médical où des infirmières seraient ajoutées pour supporter la prise en charge des patients (AMQ, 2000). L'association

propose également d'informatiser les cliniques médicales pour qu'elles soient reliées entre elles mais aussi avec le réseau de la santé. Au niveau du financement, l'AMQ propose de séparer le budget de la santé de celui des autres ministères. Elle croit également que les assurances collectives pourraient prendre une plus grande place dans le financement de la santé. Les mesures de type individuel comme un ticket modérateur ne sont pas retenues.

Le collège des médecins du Québec

Comme l'AMQ, le collège des médecins du Québec (CMQ) considère que la gestion du système de soins devrait être faite par une société d'État indépendante. Les modes de financement devront garantir aux populations de tous les secteurs des services médicaux prioritaires. Le collège propose aussi d'améliorer le lien entre les cabinets et les CLSC pour faciliter le suivi de leur clientèle conjointe. Des investissements seront requis pour permettre aux médecins un accès rapide aux informations cliniques de tous les patients. Le collège propose d'organiser la première ligne de soins en réseaux de services qui devront offrir des soins à une population définie. Le financement devra être associé au patient et non aux établissements.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) propose d'organiser l'intégration des soins sur une base régionale. Les budgets devraient être alloués sur une base de capitation régionale. Concernant l'intégration et l'accessibilité aux soins, l'OIIQ suggère de développer les soins offerts à domicile. L'Ordre souhaite confier la responsabilité clinique et financière de l'organisation des services à une équipe de soins multidisciplinaire. Le rôle des infirmières praticiennes doit aussi être développé pour les services de base. Entre autre, ces infirmières spécialement formées peuvent procéder « à l'évaluation de la santé notamment par l'examen physique, l'anamnèse, la prescription et l'interprétation des résultats de laboratoire et de radiographies, en vue de diagnostiquer et traiter les maladies chroniques et les blessures aiguës courantes et mineures ».

L'Association des CLSC et CHSLD du Québec

L'Association des CLSC et CHSLD du Québec (ACCQ) propose de confier la responsabilité de la coordination et de l'intégration des soins de première ligne aux CLSC. Selon elle, ils doivent assurer la coordination des services mais pour ce faire, ils doivent disposer des ressources nécessaires. L'association des CLSC et CHSLD propose aussi de confier aux DRMG la responsabilité de s'assurer que tous les médecins du territoire pratiquent au sein d'un réseau intégré, de faire un arbitrage équitable des demandes en nouvelles ressources et de proposer différentes mesures pour favoriser l'implication des médecins.

1.2.3 Les positions des experts (septembre à octobre 2000)

Le forum d'experts portant sur l'organisation et la gouverne du système de soins a permis de mettre en lumière une importante convergence (CESSSS, 2000b). L'auteur effectue une mise en garde à l'égard de ces résultats. Le consensus apparent pourrait aussi être le reflet d'un biais de sélection des experts. Les principales conclusions concernent la responsabilité que doit avoir la première ligne à l'égard d'une population définie ainsi que l'offre de services coordonnés par des équipes multidisciplinaires. Les services de première ligne doivent être offerts 24 heures par jour et sept jours par semaine. Le financement doit être mixte. Les experts ont également proposé certains éléments pour mettre en place des

mécanismes d'intégration ou de coordination. Au plan de la gouverne, diverses avenues ressortent (autorité régionale unique, DRMG) avec certaines implications au plan du financement (population) et de la place des médecins. Il ressort aussi l'importance des systèmes d'information et d'un dossier patient unique et informatisé. L'allocation des ressources doit être globale sur une base de population. Enfin, il faut fusionner les silos actuels. Le manque d'imputabilité est également dénoncé. Pour y remédier, trois conditions sont à réunir : responsabilité connue et respectée, réelle marge de manœuvre et système de mesure (CESSSS, 2000b: 370)

1.3 Rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (décembre 2000)

Suite au processus de consultation, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSS) a produit sous la direction de Michel Clair son rapport suite

à la consultation de « la population, des partenaires du réseau, des organisations représentatives et des experts, principalement sur les deux thèmes relatifs à son mandat : le financement et l'organisation des services » de santé (CESSSS, 2000b: i). La commission a identifié des problèmes importants au niveau de l'accessibilité, la continuité et la coordination des soins de santé. Un des principes directeurs proposés par la commission a été « l'importance des services intégrés de première ligne médicale et sociale comme assise du système de santé » (CESSSS, 2000b: 31). La commission a proposé de réorganiser les services de première ligne autour de nouveaux groupes de médecine de famille (GMF). Cette recommandation proposait d'appuyer l'ensemble des services de santé et des services sociaux sur un réseau de première ligne formé « à partir de la double réalité actuelle des CLSC et des cabinets de médecin » (CESSSS, 2000b: 43). Le volet médical de ce mode d'organisation est précisé par la quatrième recommandation : « Une première ligne médicale organisée autour de groupes de médecine de famille ». Les groupes de médecine de famille visent à améliorer l'accessibilité aux soins de première ligne, coordonner les soins de 2e et de 3e ligne pour en assurer la continuité et développer des activités de prévention.

Plus précisément, la commission recommande :

Que le volet médical de ce réseau de première ligne soit assumé par des Groupes de médecine de famille, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes.

Que ces Groupes soient responsables d'une gamme de services définis auprès d'une population de citoyens qui les auront choisis. (CESSSS, 2000b: 52)

1.3.1 Le concept de GMF et les services offerts, selon la CESSSS

Ces groupes seront composés de 6 à 10 omnipraticiens œuvrant en cabinets ou en CLSC et travailleront avec 2 ou 3 infirmières cliniciennes ou praticiennes qui auront un rôle important dans « la prise en charge et la coordination des services » (CESSSS, 2000b: 52). Chaque GMF sera responsable d'offrir des soins de santé de première ligne à une population définie. Pour y arriver, des ententes devront être élaborées entre les groupes et les autres ressources responsables des soins de première ligne, plus particulièrement les CLSC, les CHSLD et les hôpitaux locaux. La commission retient le principe d'« inscription

volontaire » pour associer les individus (possiblement de 1000 à 1800 par médecin) aux médecins. Le médecin et le GMF dans lequel il pratique aura l'obligation de « fournir les soins de santé de première ligne dans un délai raisonnable, 24 heures par jour, 7 jours par semaine et dans le lieu le plus pertinent » (CESSSS, 2000b: 52).

Les GMF devront offrir plusieurs services :

la prise en charge et le suivi de l'état de santé; la promotion de la santé et la prévention de la maladie; le diagnostic, le traitement et le suivi d'épisodes de soins aigus et chroniques; la demande de consultation aux services médicaux des 2e et 3e lignes; la gestion de la continuité des services; la demande de consultation aux services psychosociaux; le travail en réseau avec d'autres Groupes de médecine de famille, avec le CLSC, le CHSLD ou l'hôpital de soins généraux et spécialisés; le recours à des programmes spécifiques en fonction des besoins de la clientèle du Groupe et de la population du CLSC. (CESSSS, 2000b: 52-53)

Le rôle des infirmières cliniciennes ou praticiennes œuvrant dans les GMF est proposé. Elles devraient effectuer « des activités de prévention / promotion; des activités cliniques de dépistage; certains diagnostics / traitements en accord avec le groupe de médecins; des activités de gestion de cas; des activités de liaison avec le CLSC et les services de 2e ligne » (CESSSS, 2000b: 53)

1.3.2 Les propositions de la CESSSS pour soutenir l'implantation des GMF

Pour appuyer cette recommandation, la commission fait certaines propositions que nous reprenons ici intégralement :

1- Sur le plan de rémunération, nous proposons :

Un mode de rémunération mixte pour les médecins de famille;

Un nouveau mode d'entente contractuelle entre les Groupes de médecine de famille et le département régional de médecine générale (DRMG) de la région régionale;

Des ententes de services entre les Groupes de médecine de famille et les CLSC. (CESSSS, 2000b: 53)

Le médecin de famille travaillant dans un Groupe de médecine de famille, en cabinet ou en CLSC, serait rémunéré selon un mode mixte : un montant en fonction du nombre de personnes inscrites et de leurs caractéristiques sociosanitaires; un forfait pour la participation à certains programmes (CHSLD, urgence, programmes de CLSC, populations vulnérables, etc.) selon les contrats

ou les ententes; et un montant à l'acte soit pour des activités spécifiques de prévention, soit pour soutenir la productivité dans des activités où le volume est important.(CESSSS, 2000b: 53)

Pour supporter l'implantation des Groupes de médecine de famille dans tout le Québec, nous proposons :

Qu'un groupe de soutien à l'implantation d'un réseau de médecine familiale soit mis sur pied;

Que ce groupe soit dirigé par un médecin de famille réputé;

Qu'il soit formé de cliniciens (médecins, infirmières, autres professionnels) reconnus pour leur expertise et issus du milieu de la première ligne. (CESSSS, 2000b: 55)

1.3.3 Le fonctionnement des GMF selon la CESSS

Les réseaux de première ligne dont feraient partie les GMF devraient être organisés et coordonnés par chaque régie régionale et son DRMG qui devrait favoriser « la conclusion d'ententes de services entre ces Groupes et les autres ressources de première ligne, en particulier le CLSC mais aussi le CHSLD et l'hôpital local dans certains cas » (CESSSS, 2000b: 54).

L'entente entre le DRMG de la régie régionale et le Groupe de médecine de famille prévoirait la présence d'une infirmière clinicienne ou praticienne du CLSC auprès du Groupe, ainsi que l'accès à d'autres « ressources professionnelles du CLSC selon le contrat de service signé (diététiste, physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, psychologue, équipe de soins à domicile ou d'autres programmes spécifiques). Le rapport précise aussi que les GMF auraient accès aux pharmaciens d'établissement et qu'ils devraient développer des liens étroits avec les pharmaciens établis dans la communauté.

Au niveau des ressources, la commission propose de supporter financièrement les groupes qui désireraient démarrer rapidement. Ces investissements permettraient de « favoriser en priorité l'informatisation et le raccordement au réseau de télécommunications socio-sanitaires (RTSS), les transactions immobilières pour fins de regroupement et l'accès à un plateau technique adéquat ». Le fait de fournir à très peu de frais des équipements de communication modernes aux cabinets de médecins pour leur faciliter l'accès à un plateau technique approprié est considéré par la commission comme une mesure incitative. Le

rapport mentionne aussi que les membres des GMF devraient avoir accès à des activités de formation professionnelle.

Le DRMG serait aussi responsable de l'évaluation de la qualité de l'organisation des services offerts qui devra être évaluée en fonction des critères suivants :

- de l'efficacité de l'organisation des services médicaux de première ligne à la population desservie par le groupe;
- des ententes avec les CLSC et les services de 2^e ligne;
- des objectifs de promotion et de prévention;
- et de la gestion de la continuité des services.

Finalement, la régie régionale devra s'assurer :

- de fournir les « effectifs médicaux et infirmiers;
de fournir les infrastructures nécessaires au Groupe ou d'assurer une compensation financière adéquate si le Groupe doit développer ces infrastructures;
- de respecter l'autonomie clinique;
et de laisser au Groupe une marge de manœuvre suffisante pour atteindre ses objectifs, pour lesquels il sera évalué » (CESSSS, 2000b: 54).

On constate que le concept retenu par la Commission correspond à plusieurs des recommandations faites par les experts. En choisissant de ne pas centrer l'organisation de la ligne autour des CLSC, la Commission permet autant aux cabinets médicaux privés qu'aux CLSC d'adhérer à cette nouvelle formule. La Commission a privilégié plusieurs éléments du concept que la FMOQ nommait « équipe de base » dans son mémoire. Par exemple, seul des infirmières et des médecins font à la base partie des GMF et les médecins œuvrant en cabinet peuvent y adhérer sur une base volontaire, tout comme le recommandait la FMOQ. Le rôle proposé pour les DRMG a aussi été retenu.

1.3.4 Les objectifs proposés par la CESSSS pour l'implantation des GMF

La commission favorise une implantation rapide mais graduelle, en débutant avec des « médecins de famille et des CLSC intéressés à mettre en place un projet de cette nature » (CESSSS, 2000b: 55). L'évaluation des premiers groupes permettra d'ajuster le concept. Elle pense que l'amélioration des conditions de vie et de pratique des médecins

volontaires adhérant à la formule GMF incitera par la suite ceux qui n'ont pas encore choisi la formule GMF. Dans son rapport, la commission prévoit que 30 à 40 projets devraient voir le jour un an plus tard et que dans 5 ans, 75% de la population de la province devrait s'être volontairement inscrite dans un GMF, un cabinet ou un CLSC.

1.4 LES RÉACTIONS À LA PROPOSITION DE LA COMMISSION

La proposition de la commission concernant la réorganisation des soins de première ligne autour de la création de groupes de médecine de famille a été accueillie positivement par les principaux acteurs impliqués (Rocher, 2007). Comme nous le discuterons dans la section 3.2 *Les négociations MSSS / FMOQ, un départ difficile*, le syndicat des médecins s'est par contre plein du comportement du ministère dans la négociation des ajustements nécessaires à la mise en place des GMF (Garnier, 2001a). Environ six mois après que la CESSSS eut rendu son rapport, le Conseil médical du Québec a présenté un avis sur la réorganisation des soins de première ligne. Le Conseil médical du Québec (CmQ) a été créé en 1991 par voie législative. Il a pour rôle de conseiller le Ministre de la santé et des services sociaux sur tout sujet en liens avec les services médicaux. Nous présenterons dans cette section deux éléments de ce rapport, soit un bilan de l'évolution des services dispensés en première ligne par les médecins de famille au Québec et les recommandations faites pour favoriser l'implantation des GMF.

Les services de première ligne reposent sur une infrastructure légère, hors des centres hospitaliers, qui permet « de résoudre la majorité (80%) des préoccupations et des problèmes communs de santé de la population » (CMQ, 2001: 17).

Selon le conseil, un grand nombre d'omnipraticiens pratique au Québec mais « plusieurs d'entre eux ont délaissé la pratique de la médecine de famille pour un champ de pratique plus restreint ou différent » (CMQ, 2001: 20). De plus, la féminisation de la profession s'accroît, passant de 33,8% des effectifs en 1994 à 40,7% en 1999. D'autres types de pratiques spécifiques s'ajoutent à la féminisation rendant ainsi 40 à 50% des effectifs non disponibles pour les services de médecine de famille. On comprend pourquoi malgré le nombre d'omnipraticiens, plusieurs personnes se plaignent de ne pouvoir trouver

un médecin de famille ou des longs délais pour en voir un. Le Conseil a formulé plusieurs recommandations pour favoriser la réussite de la réorganisation des services médicaux de première ligne. Les propositions du conseil concernaient principalement (CMQ, 2001: 17) :

- la clarification de la vision des GMF qui ne semble pas homogène pour tous et son partage ;
- l'allocation suffisante de ressources (financières, administratives, informatiques, etc.) ;
- la planification adéquate des effectifs ;
- la définition des modalités encadrant la présence et le statut des infirmières impliquées en GMF en les rattachant à un établissement du réseau ;
- la formation adéquate des ressources humaines impliquées en GMF ;
- l'inscription des patients auprès des médecins ;
- le développement d'outils de mesure de la performance des GMF ;
- le statut légal des GMF ;
- la bonification de la rémunération et de d'autres avantages des médecins impliqués dans l'implantation des GMF.

2. L'implantation des GMF (mai 2001 à avril 2003)

Le 24 mai 2001, le ministre de la santé Rémy, successeur de Pauline Marois depuis le mois de mars, a annoncé la décision du gouvernement de mettre en œuvre la proposition de la commission d'étude visant la réorganisation des soins de première ligne autour des GMF. Cette décision a été prise dans un contexte où le gouvernement fédéral avait mis en place un programme d'investissement pour soutenir des initiatives prise par les provinces pour améliorer les soins primaire (CICS, 2000). Le gouvernement prévoyait les mettre en place jusqu'en 2005. Dans cette section, nous présentons les principaux résultats de l'analyse documentaire concernant la mise en œuvre des GMF. Nous discuterons d'abord des principaux mécanismes déployés pour supporter l'implantation de la politique. Nous verrons par la suite certains aspects de la négociation entre le syndicat professionnel des médecins omnipraticiens et le gouvernement. Nous discuterons par la suite de la structure juridique des GMF, de leur financement et de la pratique infirmière en GMF.

2.1 Coordination et support à l'implantation

La gestion de l'intégration des soins et de l'implantation des GMF relève de deux organisations distinctes, soit le Groupe de support à l'implantation (GSI) et les Départements régionaux de médecine générale (DRMG). Nous verrons dans cette section les mandats de ces organisations, leur cheminement dans le temps ainsi que leurs rôles dans la réorganisation de la première ligne de soins.

2.1.1 Le Groupe de support à l'implantation (GSI)

Le Groupe de support à l'implantation a été créé par le MSSS. Son rôle principal consiste à « de participer au développement du concept de GMF dans son ensemble, incluant la contribution des professionnels qui s'y rattachent, les ententes et les outils fonctionnels » (GSI, 2003: 19). Un médecin de famille dirige ce groupe composé de professionnels reconnus.

Au niveau de la coordination de l'implantation des GMF, le GSI occupe un rôle central. En effet, un de ces mandats est de favoriser le développement de la politique. Les membres du Groupe doivent aussi élaborer les stratégies d'implantation des GMF. Le GSI est en liens étroits avec les GMF. Il doit reconnaître les facteurs contribuant à leur succès et intervenir pour faciliter l'implantation (GSI, 2003). En plus de ces travaux liés directement au fonctionnement pratique des GMF, le GSI a contribué à développer plusieurs documents nécessaires à la mise en œuvre du projet. Parmi ceux-ci, le manuel « Devenir un GMF guide d'accompagnement ».

En juin 2002, le GSI a produit un modèle d'entente GMF-CLSC. Cette entente inclut entre-autres les dispositions encadrant les effectifs médicaux, les services infirmiers et l'accès aux services psycho-sociaux du CLSC pour la clientèle inscrite au GMF, en plus de préciser l'implication de la ligne Info-santé. L'entente prévoit aussi les engagements du GMF à l'égard de l'enregistrement de la clientèle, du fonctionnement des gardes en disponibilité et de la participation du GMF au programme de maintien à domicile du CLSC pour la clientèle inscrite.

2.1.2 Le mandat du Département régional de médecine générale

C'est en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux que les départements régionaux de médecine générale (DRMG) ont été créés en juin 1998. Les DRMG sont considérés comme un « département administratif composé de tous les omnipraticiens qui pratiquent dans cette région et qui reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) » (MSSS, 2002a: 2). Le DRMG doit jouer un rôle important au niveau de l'organisation des soins de première ligne. En effet, il est chargé de « définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux... » (MSSS, 2002a: 3). Le rôle du DRMG à l'égard des GMF est important au niveau de l'implantation et du support aux GMF, de même qu'à celui de l'évaluation de la nouvelle forme d'organisation. Plus spécifiquement, le DRMG doit :

- faire les recommandations au MSSS quant à la nomination de GMF ;
- veiller à ce que les GMF participent aux activités médicales particulières (AMP) ;
- soutenir l'implantation des GMF ;
- s'assurer que le GMF se conforme à ses engagements ;
- recommander au MSSS le renouvellement du statut de GMF.

Il est important de souligner que le DRMG peut également recommander en tout temps le retrait du statut de GMF pour « des raisons majeures prévues dans l'entente, notamment le non-respect des engagements » (MSSS, 2002a: 6).

2.2 Les négociations MSSS / FMOQ, un départ difficile (juin 2001 à juin 2002)

Les différents acteurs ont dû s'entendre sur les modalités du nouveau mode d'organisation des soins et en définir le cadre légal. Parallèlement, des GMF ont commencé à être accrédités. Comme nous pouvons le constater dans la représentation graphique de la mise en œuvre présentée à l'annexe 1, ces deux grandes étapes se sont en partie chevauchées. Peu de temps après l'annonce du ministre, la FMOQ a organisé le 12 juin 2001 une conférence de presse pour mettre en garde le ministre de la Santé et des services sociaux : les GMF « ne doivent pas être créés dans la précipitation » (Garnier, 2001c: 17). Le président de la FMOQ y a dénoncé le comportement du ministère qui n'a pas accepté les

invitations lancées par la FMOQ pour discuter du projet : « ils n'en ont pas trouvé le temps » (Garnier, 2001c: 17). D'autres, comme Monsieur Georges-Henri Villeneuve, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Saguenay-Lac-Saint-Jean et trésorier de la FMOQ, condamnent aussi le comportement du ministère :

« Le gouvernement veut aller de l'avant et implanter les GMF sans en négocier les modalités. (...) Mais il manque de transparence. Il fait cavalier seul. Je suis un peu mal à l'aise quand j'apprends qu'il y a dans ma région des projets qui seront mis sur pied sans qu'il y ait eu de négociations ou de discussions ». (Garnier, 2001a: 11)

Deux jours plus tard, lors de la conférence de presse annonçant le lancement de 13 GMF, le président du collège des médecins du Québec, Monsieur Yves Lamontagne, rappelait au ministre Trudel l'importance des négociations avec la FMOQ : « Monsieur Trudel, je vous implore de rencontrer au plus tôt la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec pour obtenir la collaboration de l'ensemble des médecins de famille et apporter les raffinements nécessaires au projet » (Garnier, 2001c: 12). Le président de la FMOQ avait refusé de participer à la conférence de presse jugeant que la « démarche alors proposée était improvisée et écartait la Fédération du processus d'implantation des groupes de pratique en médecine familiale » (Garnier, 2001c: 2).

En décembre 2001, la FMOQ semble toujours insatisfaite de l'avancement du projet. En effet, les délégués de la fédération « s'inquiètent de l'approche souvent improvisée du ministère dans ce dossier et de l'utilisation politique qui en est faite » (FMOQ, 2010: 1). Même si M. Rémy Trudel, alors ministre de la santé, avait annoncé le 14 juin 2001 que 20 GMF seraient fonctionnels à partir de janvier 2002, le président de la FMOQ nuancait ces propos : « On est loin d'être sur le point de conclure une entente, comme l'a déclaré le ministre, les négociations proprement dites n'ont pas encore débuté avec la Fédération » et selon lui, les représentants du MSSS n'avaient toujours pas reçu « les mandats requis à cet effet » (FMOQ, 2010: 1).

Encore en 2002, le président de la FMOQ critiquait le comportement du ministère :

Le ministre nomme cinq nouveaux GMF alors que la situation des 13 premiers, sélectionnés en juin, n'a pas évolué. Les médecins qui en font partie continuent de pratiquer comme ils le faisaient auparavant. Le Ministère crée la perception que de nouveaux services sont ajoutés. Il suscite ainsi des attentes dans la population (Garnier, 2002b: 4).

2.2.1 Les ajustements aux concepts de GMF (depuis juin 2001)

Dès le début des discussions entre le MSSS et la FMOQ qui ont finalement eu lieu à partir de juin 2001, les parties ont constaté que certaines caractéristiques des GMF n'ont pas été interprétées de la même façon par l'ensemble des acteurs. Par exemple, la FMOQ explique que le ministère considère que les GMF doivent être composés de plusieurs types de professionnels de la santé différents alors que la Fédération considère qu'il s'agit avant tout de groupe de médecins auxquels se joindront des infirmières (Garnier, 2001c). Certains commentaires démontrent aussi une compréhension inégale du concept de GMF. Par exemple, le Dr Marc-André Asselin, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) dans un entretien publié dans *Le Médecin du Québec* (2001), dénonce un glissement du concept de GMF :

« ... un an plus tard, on se retrouve avec la méthode Trudel. Il semble que les GMF qui devaient prendre en charge une clientèle lourde seront transformés en équipes qui vont inscrire les patients, un peu selon le modèle britannique, et être rémunérées par capitation » (Garnier, 2001b: 13).

Ce commentaire est surprenant compte tenu que la CESSSS n'avait jamais réservé les GMF aux clientèles lourdes et qu'aucune entente concernant la rémunération n'avait été signée à cette date. D'autres particularités des GMF initialement prévues ont été adaptées rapidement en fonction des contraintes de mise en œuvre. Par exemple, l'obligation de « fournir les soins de santé de première ligne dans un délai raisonnable, 24 heures par jour, 7 jours par semaine » prévue dans le rapport de la Commission (CESSSS, 2000b: 52) a été adaptée lors des négociations avec la FMOQ. L'obligation est maintenant moins contraignante pour les membres des GMF : « l'accès à des services médicaux sera offert par un réseau constitué par le GMF, Info-santé, les salles d'urgence et les programmes de maintien à domicile des CLSC » (Garnier, 2001c: 2).

Le concept de cliniques pivots est également apparu en 2002 dans la région de Montréal où le mode d'organisation en GMF semble peu prisé des praticiens. En collaboration avec l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM), le DRMG de la régie régionale de Montréal-centre a soumis un projet prévoyant l'ouverture de 40 cliniques pivots dans lesquelles travailleraient 480 omnipraticiens. Ces cliniques permettraient une accessibilité plus grande en étant ouvertes de 9 heures à 21 heures, 365

jours par année et en consacrant une part importante de ses activités au sans rendez-vous. Pour éviter de « transformer les cliniques pivots en d'importantes *walk-in clinics* », un suivi serait assuré « par exemple en (...) fournissant (au patient de l'extérieur) un relevé des interventions effectuées à remettre à leur médecin traitant » (Cappiello, 2002: 8). La particularité de ces cliniques est qu'elles offriraient un plateau technique comprenant des services de radiologie et de laboratoire. Ces cliniques ne sont toujours pas implantées et elles ne semblent pas faire partie du plan stratégique 2003-2006 de la régie régionale de Montréal

2.2.2 Entente FMOQ – MSSS (juin 2002)

L'entente transitoire signée le 4 juin 2002 a permis de formaliser plusieurs éléments dont : « le cadre juridique et organisationnel des GMF, leur gamme de services, le formulaire d'inscription des patients auprès de leur médecin de famille, ainsi que les conditions d'exercice et de rémunération des médecins qui en font partie » (FMOQ, 2002: 1). Cette entente doit s'appliquer pour les deux prochaines années à environ 300 médecins répartis dans 20 GMF. À la même occasion, le président de la FMOQ a commenté le long délai pour en arriver à une entente : « il aura fallu presque deux ans pour rendre opérationnel le modèle proposé, mais ce délai était indispensable pour réunir les conditions optimales de démarrage » (FMOQ, 2002: 1). L'entente signée entre le MSSS et la FMOQ prévoit les ressources additionnelles devant être consacrées aux GMF : « l'engagement de deux infirmières ainsi que le financement de deux postes administratifs, d'équipement informatique et de locaux pour ce nouveau personnel » (FMOQ, 2002: 1).

Concernant la **rémunération des médecins**, l'entente prévoit des adaptations au mode d'organisation en GMF. Ainsi, on ajoute au mode habituel de rémunération (à l'acte, à tarif horaire ou à honoraires fixes) qui continue de s'appliquer « un forfait de prise en charge (7\$ en cabinet et 5,50\$ en établissement) » (FMOQ, 2002: 1) versé une fois par année ou deux pour les personnes de 70 ans et plus. L'entente prévoit aussi que les activités multidisciplinaires et administratives liées au mode d'organisation en GMF seront « rémunérées au tarif horaire et une banque d'heures sera accordée à chaque GMF à cette fin » (FMOQ, 2002: 1). Cette entente prévoit une enveloppe de 15 millions de dollars dont environ le tiers servira à financer l'augmentation de la rémunération des médecins

pratiquant en GMF. Le reste sera utilisé pour informatiser les cliniques et ajouter les locaux nécessaires au nouveau personnel.

2.3 La structure juridique des GMF

Depuis l'adoption du concept, le MSSS a souhaité que les GMF soient des entités légales autonomes « ayant le pouvoir de gérer des budgets, d'organiser leur mode de fonctionnement interne et de conclure toute entente visant l'atteinte de leurs objectifs » (MSSS, 2002b: 4). La structure juridique retenue pour l'organisation d'une pratique en GMF est le contrat en nom collectif. Pour recevoir les avantages particuliers liés au fonctionnement en GMF, le contrat de société devra inclure certaines clauses encadrant l'inscription de la clientèle, les ententes avec les partenaires du réseau et les modalités de fonctionnement du groupe.

Une fois le contrat d'association entre les médecins du GMF entériné, le groupe doit négocier et conclure des conventions avec sa régie régionale, un CLSC et aussi, le cas échéant, avec tout autre établissement du réseau. Ce n'est qu'après avoir conclu ces ententes que le GMF peut acheminer sa demande d'accréditation au MSSS. Une fois l'accréditation du ministère obtenue, le GMF peut faire la demande pour adhérer à l'entente particulière prévoyant les conditions d'exercice en GMF (MSSS, 2002b).

2.4 Le financement des GMF

Au moment de l'annonce du lancement de 13 GMF, le ministre Trudel refuse de préciser les budgets alloués au projet : « les dollars sont là, mais je n'ose pas évoquer publiquement l'importance du montant » (Garnier, 2001c: 17).

Lors du congrès de la FMOQ plus tard en 2001, le ministre est plus précis en annonçant un budget pour le démarrage des GMF de 750 000\$, montant devant servir à l'embauche d'un chargé de projet et à rémunérer les omnipraticiens responsables et ceux collaborant à chacun des projets (Garnier, 2002a).

L'entente signée en juin 2002 entre la FMOQ et le MSSS a, comme nous l'avons vu, finalement prévu environ 15 millions pour supporter le démarrage des 20 premiers

GMF. Comme le rappelle la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre dans son *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux* (2002: 4), « le financement demeure un enjeu majeur pour la mise en opération des Groupes de médecine familiale et des cliniques pivots à Montréal ». Un peu plus tard, des investissements supplémentaires de 556 millions de dollars sont annoncés par le gouvernement du parti québécois pour augmenter les services de première ligne sur tout le territoire du Québec (MSSS, 2003). Le budget du nouveau ministre des finances du parti Libéral consacra finalement plutôt 150 millions à l'amélioration des soins primaires. La part de ce budget consenti aux GMF a aussi diminué, passant de 50 à 30 millions. De plus, le nouveau gouvernement chiffre maintenant à un million l'investissement nécessaire à la mise sur pied d'un GMF.

2.5 Réglementation régissant la pratique infirmière

Nous verrons dans cette section les positions défendues par les différents acteurs concernant le rôle des infirmières en GMF, la proposition de la CESSSS ainsi que les ajustements nécessaires pour intégrer les infirmières praticiennes au nouveau concept d'organisation des soins primaires. Ces propositions concernent les pratiques et les liens d'emplois devant régir l'intégration des infirmières aux GMF.

2.5.1 Les pratiques professionnelles

On remarquera qu'aux niveaux des pratiques, les concepts d'infirmières praticiennes et cliniciennes sont repris par différents groupes, soit sans les différencier, soit en prenant position en faveur d'un sur l'autre. Bien que la différence puisse paraître sémantique à certains, il est important de comprendre que l'infirmière praticienne est une professionnelle autonome habilitée à certaines pratiques de diagnostic et de traitement sans processus de délégation, alors que l'infirmière clinicienne peut faire des actes comparables mais à l'intérieur d'un processus de réglementation ou de délégation négocié entre les ordres concernés (notamment le Collège des médecins).

Dans leur mémoire présenté à la CESSSS, la FIIQ et l'OIIQ se sont montrés favorables au développement de nouveaux rôles de pratique élargie comme l'infirmière

praticienne qui est présente dans plusieurs pays, dont le Canada où elles pratiquent déjà dans plusieurs provinces. L'OIIQ avait proposé devant la CESSSS un modèle correspondant à celui d'infirmière praticienne qui peut procéder « à l'évaluation de la santé notamment par l'examen physique, l'anamnèse, la prescription et l'interprétation des résultats de laboratoire et de radiographies, en vue de diagnostiquer et traiter les maladies chroniques et les blessures aiguës courantes et mineures » (OIIQ, 2000: 42). De son côté, la FMOQ n'a pas proposé de modifier le modèle de pratique des infirmières

Nous l'avons vu dans la section 2.3, le concept d'infirmière praticienne ou clinicienne est au centre de la recommandation de la CESSSS concernant les soins primaires. Notons que la CESSS ne prend pas position en faveur d'une ou l'autre :

Que le volet médical de ce réseau de première ligne soit assumé par des Groupes de médecine de famille, composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes.(CESSSS, 2000b: 52)

Il faut rappeler que, parallèlement à la CESSS, le Groupe de travail sur l'interdisciplinarité des professionnels en santé, présidé par Monsieur Roch Bernier, poursuit ses travaux afin de proposer une refonte du code de toutes les professions œuvrant dans le monde de la santé. Des propositions sur la pratique infirmière sont attendues. Cette expectative explique le flou qui entoure les recommandations de la CESSS ainsi que les premières prises de positions du MSSS.

Après avoir décidé de mettre en œuvre les GMF, le gouvernement a confirmé vouloir aller de l'avant avec les infirmières cliniciennes qui faisaient partie intégrante de concept. Pour mettre en place ce nouveau type de pratique infirmière, certains éléments devaient être ajustés. Aucune formation reconnue n'existait et la législation régissant la pratique des professionnels de la santé ne permettait pas de faire effectuer certaines tâches par les infirmières. Un an plus tard, le projet de loi 90 devient la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (L.Q., 2002, c.33). La loi touche les tâches de 11 titres d'emploi. La fonction d'infirmière praticienne de première ligne n'est pas retenue comme une option. Le concept d'actes réservés pouvant être partagés avec d'autres professions est retenu. Les activités pouvant être exercées par les infirmières lorsqu'elles y sont habilités par règlement incluent :

- prescrire des examens diagnostiques ;
- utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;
- prescrire des médicaments et d'autres substances ;
- prescrire des traitements médicaux ;
- utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice. ».

Le concept de « pratique avancée », qui rejoint les pratiques des infirmières praticiennes telles qu'on les rencontre dans certaines provinces, est aussi mis de l'avant. Il devra être défini par les deux ordres concernés qui se sont montrés favorables à cette orientation. Il est important de noter qu'il s'agit d'infirmières spécialisées qui œuvreront principalement en milieu hospitalier (de soins généraux et spécialisés) auprès de clientèles nécessitant des soins hautement spécialisés.

Ce résultat semble correspondre à la vision qu'avaient certains intervenants avant même le début des travaux de la commission présidée par Michel Clair. En effet, en avril 2000, Guylaine Desrosiers, présidente de l'OIIQ, constate que « sur le terrain, les médecins spécialistes réclament des infirmières plus spécialisées, ils vont plus vite que les changements aux réglementations ». Elle remarque aussi que si dans les autres provinces les infirmières praticiennes œuvrent beaucoup en première ligne, le Québec se dirige plutôt vers un élargissement des tâches des infirmières pratiquant dans des milieux hautement spécialisés.

La présidente de l'OIIQ, Guylaine Desrosiers, résume l'effet de la nouvelle loi : « de façon générale, la loi vient reconnaître ce qui se passait sur le terrain » (Vallé, 2002: 1). La nouvelle loi ne crée donc pas une ouverture pour favoriser le développement de la pratique des infirmières praticiennes ou cliniciennes en soins de première ligne. Ceci est confirmé par le communiqué titré « *Québec finance la formation de 75 infirmières praticiennes* » émis par le MSSS le 4 novembre 2004 annonçant un « programme d'intéressement au titre d'infirmière praticienne qui permettra, d'ici 2006, la formation et l'embauche de 75 infirmières spécialisées dans les secteurs de la néphrologie, de la cardiologie et de la néonatalogie » (MSSS, 2004: 1). Les modifications apportées au programme de maîtrise en sciences infirmières de l'université de Montréal en 2002 vont dans le même sens.

2.5.2 : Le lien d'emploi reliant les infirmières au GMF

Les infirmières pratiquant dans les GMF sont embauchées par les médecins responsables du Groupe mais elles demeurent salariées d'un CLSC. Le Guide d'accompagnement produit par le GSI mentionne que le médecin responsable du GMF doit « participer aux activités de recrutement et de sélection des infirmières » (GSI, 2003: 52).

2.5.3 La vision du GSI à l'égard de la pratique infirmière en GMF

Le type de pratique infirmière proposé par le GSI dans son Guide d'accompagnement est élargi à l'intérieur de cadre législatif. En effet, leur rôle peut inclure « des activités de préventions, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, établir la liaison avec les CLSC et les services de deuxième ligne, ainsi que faire le suivi systématique des clientèles vulnérables » (GSI, 2003: 53). Le Guide met également l'emphase sur la relation à établir entre le médecin et l'infirmière « pour agir de façon concertée (...) afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles » (GSI, 2003: 53). Selon ce document, cette relation se matérialise par une participation active des infirmières aux discussions de cas et aux évaluations dans le cadre du suivi de la clientèle. Le guide mentionne également que les infirmières peuvent avoir un rôle de coordination et que leur formation doit être de niveau universitaire de premier cycle à moins qu'elles possèdent une expérience suffisante.

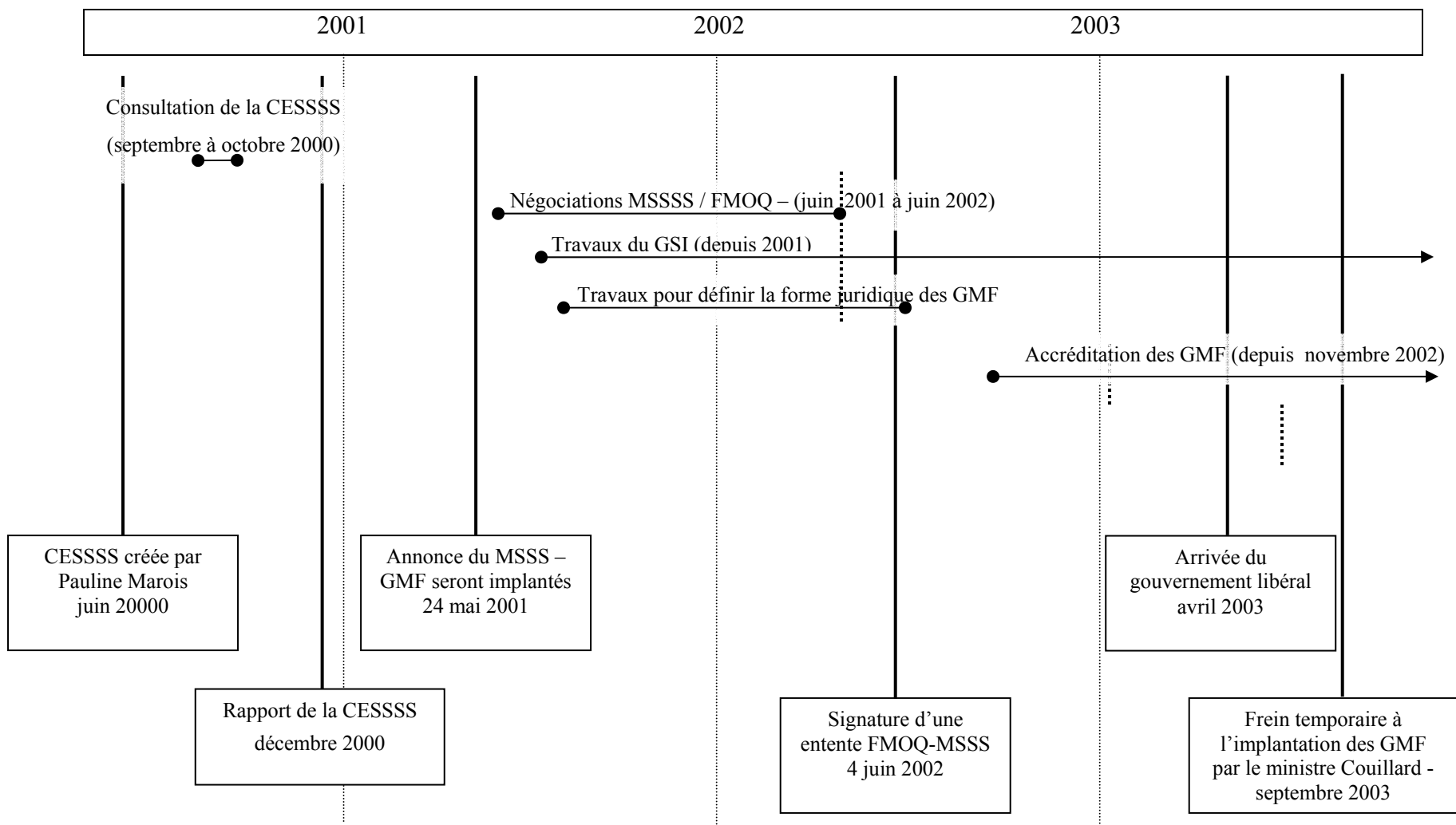
Bibliographie

Analyse documentaire

- AMQ (2000). Mémoire de l'Association médicale du Québec - Repenser le système pour mieux rencontrer les défis des prochaines années Mémoire présenté à la Commission d'étude des services de santé et des services sociaux: Association médicale du Québec.
- Bégin, J. F. (2000). Recherche désespérément médecin de famille. La Presse, B5.
- Cappiello, A. (2002). Rencontre avec les leaders : Rebâtir la confiance. L'actualité médicale, 23, 8-9.
- CESSSS (2000a). Guide d'animation - Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux Québec: Gouvernement du Québec.
- CESSSS (2000b). Les solutions émergentes : Rapport et recommandations Québec: Gouvernement du Québec.
- CICS (2000). New Federal Investments to Accompany the Agreements on Health Renewal and Early Childhood Development. Canadian Intergovernmental Conference Secretariat.
- CMQ (2001). Avis sur la réorganisation des services médicaux de première ligne Conseil médical du Québec.
- FIIQ. (2000). Un réseau à l'image de nos attentes et de nos valeurs collectives. Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Fédération des infirmières et infirmiers du Québec.
- FMOQ. (2000). Mémoire à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 1-57. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
- FMOQ. (2002). La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec annonce la conclusion d'une entente pour l'implantation de 20 groupes de médecine de famille. Communiqué de presse - Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
- FMOQ. (2010). Le Conseil de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'inquiète de l'évolution du dossier des groupes de médecine familiale. Communiqué de presse - Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.
- Garnier, E. (2001a). Syndigraphies - Intérêt et prudence à l'égard de la mise sur pied des groupes de médecine familiale. Le Médecin du Québec, 36, 11-12.
- Garnier, E. (2001b). Syndigraphies - Les GMF ne doivent pas éclipser les DRMG. Le Médecin du Québec, 36, 11-14.

- Garnier, E. (2001c). Syndigraphies - Treize GMF sont maintenant lancés, le ministre Trudel est prié de négocier avec la FMOQ. *Le Médecin du Québec*, 36, 2-17.
- Garnier, E. (2002a). Syndigraphies - Congrès syndical - les soins de première ligne : l'affaire des omnipraticiens. *Le Médecin du Québec*, 31, 1-29.
- Garnier, E. (2002b). Syndigraphies - Conseil de la FMOQ - les négociations avec le gouvernement. *Le Médecin du Québec*, 37, 1-12.
- GSI (2003). Devenir un groupe de médecine de famille (GMF) - Guide d'accompagnement Ministère de la santé et des services sociaux.
- L.Q. (2002). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. *Projet de loi no 90*.
- Lessard, D. (2000). Santé, c'est à Michel Clair qu'il incombera de scruter les coûts de la santé. *La Presse*, A7.
- MSSS. (2000). Organisation des services: état de situation et perspective. 1-11. Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- MSSS (2002a). Groupe de médecine de famille - Département régional de médecine générale (GMF - DRMG) Définition et rôle. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale des affaires médicales et universitaires.
- MSSS (2002b). Groupe de médecine de famille. Document synthèse.
- MSSS (2003). Pour faire les bons choix, Plus de ressources de première ligne pour offrir aux gens des services près de chez eux Ministère de la santé et des services sociaux. communiqué de presse du 21 février 2003.
- MSSS (2004). Québec finance la formation de 75 infirmières praticiennes Ministère de la santé et des services sociaux. communiqué de presse du 4 novembre 2004.
- OIIQ (2000). Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux - Montréal-Centre (2002). Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux - Bilan et enjeux Régie régionale de la santé et des services sociaux - Montréal-Centre.
- Rocher, G. (2007). Sociologie d'une réforme : l'innovation par les groupes de médecine de famille L'émergence de deux GMF . 75e Congrès de l'ACFAS.
- SECOR. (1999). La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés : Positionnement des cabinets privé. [décembre 1999]. SECOR.
- Vallé, P. (2002). La loi 90 - Nouvelles pratiques infirmières. *Le Devoir*.

Annexe 1 (analyse documentaire) : Principales étapes menant à l'implantation des GMF



Annexe 2 (analyse documentaire): Synthèse de la position des acteurs

Thématique	Rapport-CESSSS	MSSS	CMQ	FMOQ	O.I.I.Q.	FIIQ
Vision	GMF = porte d'entrée + pivot	-vision à clarifier	GMF = pivot du système de soins	-clinique privé assure des services de première ligne étendus	-réseaux régionaux	-système public
Financement	Public	-ressources suffisante	-financement supplémentaire requis		-public -budget par capitation	-public -fusionner financement -pas ticket modérateur -public
Intégration des soins	par les GMF	-réseau / information -responsabilité envers la population		-éviter silos -DRMG intègre cliniques avec réseau -modèle équipe de base	-par région	
Régies régionales	-DRMG			-DRMG coordonne les services		-diminution du nombre
Rôle des CLSC	-entente de service avec GMF			-pas toujours donnés les résultats attendus		-structure comparable à celle proposée par la CESSSS -ils manquent de financement
Rôle des cliniques privées	-transformation					-complémentaire aux CLSC
Rôle des infirmières	- rôle élargi		- rôle élargi -doivent avoir la formation		-rôle élargi	-utilisation plus grande des compétences
Collaboration interprofessionnelle		-multidisciplinaire		-sérieuses réserves -md + inf. = suffisant	-équipe multi	
Rémunération des médecins	-mixte	-à revoir	-mixte, liée à l'inscription bonis GMF	-paiement mixte souhaitable		
Inscription patients	-oui	-oui	-oui			

Annexe 4 : Approbation du comité d'éthique



Le 12 décembre 2002

D^r Marie-Dominique Beaulieu
Médecine familiale
Hôpital Notre-Dame du CHUM
Pavillon L-C Simard,
8^{ième} étage

ND02.102 L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle

Docteur,

J'ai le plaisir de vous aviser qu'à sa réunion du 2 décembre 2002, le comité d'éthique de la recherche a approuvé en principe le projet cité en rubrique.

Le comité vous demande toutefois d'apporter les corrections appropriées au formulaire de consentement annoté dont nous vous joignons copie. De plus, le comité vous demande de lui fournir copie des questionnaires qui seront administrés dans le cadre de cette étude (tout ceux destinés aux chercheurs et aux patients).

Vous voudrez bien nous retourner deux copies du formulaire modifié, dont l'une indiquera en surligné les modifications. La deuxième copie vous sera retournée avec l'estampille d'approbation. Vous devrez vous assurer que la version anglaise du formulaire de consentement soit conforme avec la version française approuvée.

Il est entendu que vous ne pouvez commencer le recrutement des sujets avant que le formulaire de consentement modifié n'ait été approuvé.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le vice-président du comité d'éthique,

André Lavoie, avocat
AL/nf
p.j. formulaire de consentement annoté

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4



Le 31 janvier 2003

D^r Marie-Dominique Beaulieu
Médecine familiale
Hôpital Notre-Dame du CHUM
Pavillon L-C Simard,
8^{ième} étage

ND02.102 L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle

Docteur,

J'accuse réception de votre lettre du 20 janvier 2003 en réponse aux demandes du comité d'éthique ainsi que des 3 formulaires de consentement modifiés (version du 23 janvier 2003). Le tout est jugé satisfaisant. Je vous retourne sous pli une copie du formulaire portant l'estampille d'approbation du comité. Seuls ces formulaires devront être utilisés pour signature par les sujets.

La présente constitue l'approbation finale par le comité du protocole qui est valide pour un an à compter de la présente. Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude doit être approuvée par le comité d'éthique.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, je vous prie d'accepter, Docteur, mes salutations distinguées.

Le vice-président du comité d'éthique,

André Lavoie, avocat
AL/nf

p.j. 3 formulaires de consentement approuvés

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4


CENTRE DE RECHERCHE

Comités d'évaluation scientifique et d'éthique de la recherche
 Équipe Hôpital Notre-Dame
 Édifice Cooper
 3931, boulevard St-Laurent - Mezz 2 - Bureau M-209
 Montréal (Québec) H2W 1Y5
 Téléphone : 514-890-8000 - Poste 11485
 Télécopieur : 514-412-7304

Le 16 avril 2004

Dr Dominique Beaulieu, MD
 Chercheur principal
 Médecine familiale
 Hôpital Notre-Dame du CHUM
 Pavillon Louis-Charles Simard – 8^e étage – Z-8912-2

OBJET :	ND02.102 – APPROBATION DE QUESTIONNAIRES L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle
----------------	--

Docteur,

J'accuse réception de votre lettre datée du 15 avril 2004 ainsi que des documents suivants pour approbation par le Comité d'éthique de la recherche :

- Questionnaire « La collaboration médecin-infirmière » - Version destinée aux médecins et une version destinée aux infirmières
- Échelle de Jefferson – Version identique pour les deux catégories de répondant
- Journal de bord – Version identique pour les deux catégories de répondant
- Tableau 1 – Description des instruments de mesure et des sources de données en relation avec le cadre d'analyse
- Information et consentement pour la participation à l'étude – Lettre destinée aux médecins responsable de GMF – Avril 2003
- Formulaire de consentement destiné aux médecins responsables de GMF pour la participation à l'étude

À la lecture des documents reçus, le tout est jugé satisfaisant et je procède donc à l'approbation des documents énumérés plus haut. Je vous retourne sous pli une copie de chacun desdits documents portant l'estampille d'approbation du comité. Seuls ces formulaires devront être utilisés pour signature par les sujets.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, je vous prie d'accepter, Docteur, mes salutations distinguées.

BRIGITTE ST-PIERRE, conseillère en éthique
 Vice-présidente
 Comité d'éthique de la recherche
 Équipe Hôpital Notre-Dame du CHUM

BSTP/go
 P.j. Formulaires approuvés et estampillés

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
 3940, rue Saint-Urbain
 Montréal (Québec)
 H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
 1560, rue Sherbrooke Est
 Montréal (Québec)
 H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
 1058, rue Saint-Denis
 Montréal (Québec)
 H2X 3J4

Annexe 5 : Formulaires de consentement (professionnels et gestionnaires)



INFORMATION ET CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE

« L'Implantation des Groupes de médecine de famille :
Le défi de la réorganisation de la pratique et
de la collaboration interprofessionnelle »

*Étude subventionnée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé,
le Fonds de recherche en santé du Québec et
la Direction de l'évaluation de la recherche et de l'innovation du MSSS*
Chercheurs principaux : Dr Marie-Dominique Beaulieu, M. Jean-Louis Denis

LETTRÉ D'INVITATION DESTINÉE AUX PROFESSIONNELLS

Avril 2003

Introduction

Comme vous le savez, la clinique médicale/le CLSC où vous œuvrez actuellement fait maintenant partie d'un « Groupe de médecine de famille » (GMF), créé dans votre région, tout comme dans une vingtaine d'autres régions du Québec. Une équipe de recherche menée par le D^r Marie-Dominique Beaulieu de la Chaire D^r Sadok Besroun en médecine familiale et M. Jean-Louis Denis de l'Université de Montréal entreprend actuellement une étude qui vise à évaluer la mise en place des premiers «Groupes de médecine de famille», sous l'angle de la réorganisation du travail et de la collaboration professionnelle. Cette étude est financée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et la Direction de l'évaluation de la recherche et de l'innovation du MSSS. Elle se déroule en partenariat avec le Groupe de soutien à l'implantation des GMF, l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la Régie régionale de Montréal-Centre et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Objectifs de l'étude

Plus précisément, le projet vise à répondre aux questions suivantes : 1) comment les GMF redéfiniront-ils les modes de pratique et la collaboration entre les différents professionnels pour rencontrer les objectifs de la réforme; 2) quels seront les impacts de la réorganisation du travail sur les pratiques cliniques et le sentiment de coopération et, conséquemment, sur l'atteinte des objectifs de la réforme et la satisfaction des clients; 3) comment les facteurs structurels et organisationnels de l'environnement interne et externe influenceront-ils d'une part, les modes de pratique et la collaboration interprofessionnelle et d'autre part, l'atteinte

Nous sollicitons donc votre participation, qui nous apparaît essentielle pour mener à bien notre étude. Les informations recueillies dans le cadre de l'étude seront très utiles aux chercheurs et aux différents gestionnaires du réseau de la santé, afin de permettre des améliorations nécessaires au bon fonctionnement des groupes de médecine de famille et de la qualité des soins et services qui y sont dispensés.

Déroulement de l'étude

Votre participation à titre individuelle consiste à participer à une entrevue individuelle d'environ une heure trente avec un ou deux membres de l'équipe de recherche. Cette entrevue a pour objectif de recueillir des informations de nature qualitative sur votre expérience de travail à titre de professionnel de la santé œuvrant dans un GMF. Les membres de l'équipe de recherche collaborent étroitement avec le(s) responsable(s) de votre GMF. Il est possible que vous soyez invité à participer à une autre entrevue pendant la durée du projet (période de 2 ans). Nous solliciterons alors votre consentement à nouveau. Aussi, votre participation à ce moment-ci ne vous engage pas à participer à d'autres entrevues.

Participation, droit de retrait et confidentialité

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous pourrez vous en retirer en tout temps. Les réponses que vous fournirez aux questionnaires de l'étude resteront strictement confidentielles et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données anonymes. Lors des entrevues et des groupes de discussion, les propos recueillis seront enregistrés pour en faciliter l'analyse mais seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux verbatims anonymes. À l'exception du temps consacré à l'étude (entrevues), il n'y a aucun inconvénient direct associé à votre participation. Soyez assuré que les membres de l'équipe de recherche tenteront à tous moments de s'adapter le plus possible à vos disponibilités afin de faciliter au maximum le processus de collecte de données.

Si vous désirez de plus amples renseignements ou si vous souhaitez nous aviser d'un incident relié à cette étude ou encore, de votre retrait de l'étude, vous pourrez communiquer avec le chercheur principal, le D^r Marie-Dominique Beaulieu ou avec M. Ronald Lebeau, coordonnateur du projet au (514) 890-8000 poste 28046. Aussi, si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pourrez également vous adresser à la commissaire adjointe à la qualité des soins de l'hôpital Notre-Dame du CHUM; Madame Louise Brunelle, au (514) 890-8000 poste 26047.

D^r Marie-Dominique Beaulieu
Chercheure principale
Chaire D^r Sadok Besrour en médecine familiale

Jean-Louis Denis
Chercheur principal
Chaire FCRSS/IRSC Transformations et gouverne
des organisations de santé

En vertu de quoi j'ai signé ce (JJ/MM/AA) à

Participant : (Nom) _____ (Signature) _____

Témoin : (Nom) _____ (Signature) _____

Merci de votre participation

**Chaire
Docteur Sadok Besrouer
en médecine familiale**

**Chaire FCRSS/IRSC
Transformations et gouverne
des organisations de santé**

Université 
de Montréal 

INFORMATION ET CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE

« L'Implantation des Groupes de médecine de famille :
Le défi de la réorganisation de la pratique et
de la collaboration interprofessionnelle »

*Étude subventionnée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé,
le Fonds de recherche en santé du Québec et
la Direction de l'évaluation de la recherche et de l'innovation du MSSS (ND02.102)
Chercheurs principaux : Dr Marie-Dominique Beaulieu, M. Jean-Louis Denis*

LETTRE D'INVITATION DESTINÉE AUX GESTIONNAIRES

Juin 2003

Madame, Monsieur,

Comme vous le savez, depuis quelques mois dans une vingtaine de régions du Québec, des médecins, infirmières et autres professionnels de la santé œuvrant en clinique médicale et en CLSC, ont formé des « Groupes de médecine de famille ». Ces groupes proposent, entre autres, une nouvelle organisation des soins et services composée de médecins de famille qui travaillent en groupe, en collaboration étroite avec notamment des infirmières et qui offrent une gamme étendue de services à une clientèle inscrite.

Une équipe de recherche menée par le D^r Marie-Dominique Beaulieu de la Chaire D^r Sadok Besrouer en médecine familiale et M. Jean-Louis Denis de l'Université de Montréal entreprend actuellement une étude qui vise à évaluer la mise en place des premiers «Groupes de médecine de famille», sous l'angle de la réorganisation du travail et de la collaboration professionnelle. Cette étude est financée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et la Direction de l'évaluation de la recherche et de l'innovation du MSSS. Elle se déroule en partenariat avec le Groupe de soutien à l'implantation des GMF, l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la Régie régionale de Montréal-Centre et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Objectifs de l'étude

Plus précisément, le projet vise à répondre aux questions suivantes : 1) comment les GMF redéfiniront-ils les modes de pratique et la collaboration entre les différents professionnels pour rencontrer les objectifs de la réforme; 2) quels seront les impacts de la réorganisation du travail sur les pratiques

des clients; 3) comment les facteurs structurels et organisationnels de l'environnement interne et externe influenceront-ils d'une part, les modes de pratique et la collaboration interprofessionnelle et d'autre part, l'atteinte des objectifs ? 4) comment l'implantation des GMF transformera-t-elle du point de vue éthique la collaboration interprofessionnelle et quelle influence aura cette implantation sur l'éthique de la relation clinique entre soignants (médecin/infirmière) et patients ?

À titre de gestionnaire impliqué dans le dossier de l'implantation des GMF dans un des milieux recruté pour l'étude, nous sollicitons votre participation qui nous apparaît essentielle pour bien documenter et comprendre certains éléments de l'implantation à votre niveau d'intervention. Les informations recueillies dans le cadre de l'étude seront très utiles aux chercheurs et aux différents gestionnaires du réseau de la santé dont vous êtes, afin de permettre des améliorations nécessaires au bon fonctionnement des GMF et de la qualité des soins et services qui y sont dispensés.

Déroulement de l'étude

Votre participation à titre de gestionnaire, consiste à participer à deux entrevues individuelles d'environ une heure trente, au début et à la fin du projet, avec un ou deux membres de l'équipe de recherche. Ces entrevues ont pour objectif de recueillir des informations de nature qualitative sur votre expérience à titre de gestionnaire impliqué dans le dossier des groupes de médecine de famille. Les responsables de l'équipe de recherche collaborent étroitement avec le(s) responsable(s) du GMF de votre milieu. Il est possible que vous soyez invité à participer à une autre entrevue pendant la durée du projet (période de 2 ans). Nous solliciterons alors votre consentement à nouveau.

Participation, droit de retrait et confidentialité

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous pourrez vous en retirer en tout temps. Les réponses que vous fournirez aux questionnaires de l'étude resteront strictement confidentielles et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données anonymes. Lors des entrevues et des groupes de discussion, les propos recueillis seront enregistrés pour en faciliter l'analyse mais seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux verbatims anonymes. À l'exception du temps consacré à l'étude (entrevues), il n'y a aucun inconvénient direct associé à votre participation. Soyez assuré que les membres de l'équipe de recherche tenteront à tous moments de s'adapter le plus possible à vos disponibilités afin de faciliter au maximum le processus de collecte de données.

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de cette étude ou si vous souhaitez nous aviser d'un incident relié à cette étude ou encore, de votre retrait de l'étude, vous pourrez toujours communiquer avec le chercheur principal, le D^r Marie-Dominique Beaulieu ou avec M. Ronald Lebeau, coordonnateur du projet au (514) 890-8000 poste 28046. Aussi, si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pourrez également vous adresser à la commissaire adjointe à la qualité des soins de l'hôpital Notre-Dame du CHUM Madame Louise Brunelle, au (514) 890-8000 poste 26047.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX GESTIONNAIRES
POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE

**« L'Implantation des Groupes de médecine de famille :
 Le défi de la réorganisation de la pratique et
 de la collaboration interprofessionnelle »**

*Étude subventionnée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé,
 le Fonds de recherche en santé du Québec et
 la Direction de l'évaluation de la recherche et de l'innovation du MSSS*
 Chercheurs principaux : Dr Marie-Dominique Beaulieu, M. Jean-Louis Denis

Je participe à cette étude de mon plein gré et sans contrainte.

J'ai lu la lettre d'invitation et je comprends que le projet vise à répondre aux questions suivantes :

- 1) comment les GMF redéfiniront-ils les modes de pratique et la collaboration entre les différents professionnels pour rencontrer les objectifs de la réforme ?;
- 2) quels seront les impacts de la réorganisation du travail sur les pratiques cliniques et le sentiment de coopération et, conséquemment, sur l'atteinte des objectifs de la réforme et la satisfaction des clients ?;
- 3) comment les facteurs structurels et organisationnels de l'environnement interne et externe influenceront-ils d'une part, les modes de pratique et la collaboration interprofessionnelle et d'autre part, l'atteinte des objectifs ?;
- 4) comment l'implantation des GMF transformera-t-elle du point de vue éthique la collaboration interprofessionnelle et quelle influence aura cette implantation sur l'éthique de la relation clinique entre soignants (médecin/infirmière) et patients ?

Je comprends qu'en acceptant de participer à cette étude, je m'engage à participer à trois entrevues individuelles avec un ou deux membres de l'équipe de recherche, au début, après un an et à la fin du projet. Il est également possible qu'on m'approche pour participer à d'autres entrevues durant le déroulement du projet et on sollicitera alors mon consentement à nouveau.

J'ai été informé que les entrevues seraient enregistrées et retranscrites pour des fins d'analyse mais je comprends que la confidentialité des données sera respectée et qu'en aucun temps et d'aucune façon des données nominatives permettant de m'identifier ne pourront être divulguées.

Je comprends que je peux me retirer en tout temps de l'étude en avisant le D^r Marie-Dominique Beaulieu, chercheuse principale ou M. Ronald Lebeau, coordonnateur du projet au numéro de téléphone (514) 890-8000 poste 28046. Je peux également au besoin contacter la commissaire adjointe à la qualité des soins de l'hôpital Notre-Dame du CHUM, Mme. Louise Brunelle au (514) 890-8000 au poste 26047, si j'ai des plaintes à formuler concernant la façon dont j'ai été traité dans cette étude.



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX GESTIONNAIRES
POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE**

**« L'Implantation des Groupes de médecine de famille :
Le défi de la réorganisation de la pratique et
de la collaboration interprofessionnelle »**

*Étude subventionnée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé,
le Fonds de recherche en santé du Québec et
la Direction de l'évaluation de la recherche et de l'innovation du MSSS
Chercheurs principaux : Dr Marie-Dominique Beaulieu, M. Jean-Louis Denis*

Je participe à cette étude de mon plein gré et sans contrainte.

J'ai lu la lettre d'invitation et je comprends que le projet vise à répondre aux questions suivantes :

- 1) comment les GMF redéfiniront-ils les modes de pratique et la collaboration entre les différents professionnels pour rencontrer les objectifs de la réforme ?;
- 2) quels seront les impacts de la réorganisation du travail sur les pratiques cliniques et le sentiment de coopération et, conséquemment, sur l'atteinte des objectifs de la réforme et la satisfaction des clients ?;
- 3) comment les facteurs structurels et organisationnels de l'environnement interne et externe influenceront-ils d'une part, les modes de pratique et la collaboration interprofessionnelle et d'autre part, l'atteinte des objectifs ?;
- 4) comment l'implantation des GMF transformera-t-elle du point de vue éthique la collaboration interprofessionnelle et quelle influence aura cette implantation sur l'éthique de la relation clinique entre soignants (médecin/infirmière) et patients ?

Je comprends qu'en acceptant de participer à cette étude, je m'engage à participer à trois entrevues individuelles avec un ou deux membres de l'équipe de recherche, au début, après un an et à la fin du projet. Il est également possible qu'on m'approche pour participer à d'autres entrevues durant le déroulement du projet et on sollicitera alors mon consentement à nouveau.

J'ai été informé que les entrevues seraient enregistrées et retranscrites pour des fins d'analyse mais je comprends que la confidentialité des données sera respectée et qu'en aucun temps et d'aucune façon des données nominatives permettant de m'identifier ne pourront être divulguées.

Je comprends que je peux me retirer en tout temps de l'étude en avisant le D^r Marie-Dominique Beaulieu, chercheuse principale ou M. Ronald Lebeau, coordonnateur du projet au numéro de téléphone (514) 890-8000 poste 28046. Je peux également au besoin contacter la commissaire adjointe à la qualité des soins de l'hôpital Notre-Dame du CHUM, Mme. Louise Brunelle au (514) 890-8000 au poste 26047, si j'ai des plaintes à formuler concernant la façon dont j'ai été traité dans cette étude.



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DESTINÉ AUX GESTIONNAIRES
POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE**

**« L'Implantation des Groupes de médecine de famille :
Le défi de la réorganisation de la pratique et
de la collaboration interprofessionnelle »**

*Étude subventionnée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé,
le Fonds de recherche en santé du Québec et
la Direction de l'évaluation de la recherche et de l'innovation du MSSS
Chercheurs principaux : Dr Marie-Dominique Beaulieu, M. Jean-Louis Denis*

Je participe à cette étude de mon plein gré et sans contrainte.

J'ai lu la lettre d'invitation et je comprends que le projet vise à répondre aux questions suivantes :

- 1) comment les GMF redéfiniront-ils les modes de pratique et la collaboration entre les différents professionnels pour rencontrer les objectifs de la réforme ?;
- 2) quels seront les impacts de la réorganisation du travail sur les pratiques cliniques et le sentiment de coopération et, conséquemment, sur l'atteinte des objectifs de la réforme et la satisfaction des clients ?;
- 3) comment les facteurs structurels et organisationnels de l'environnement interne et externe influenceront-ils d'une part, les modes de pratique et la collaboration interprofessionnelle et d'autre part, l'atteinte des objectifs ?;
- 4) comment l'implantation des GMF transformera-t-elle du point de vue éthique la collaboration interprofessionnelle et quelle influence aura cette implantation sur l'éthique de la relation clinique entre soignants (médecin/infirmière) et patients ?

Je comprends qu'en acceptant de participer à cette étude, je m'engage à participer à trois entrevues individuelles avec un ou deux membres de l'équipe de recherche, au début, après un an et à la fin du projet. Il est également possible qu'on m'approche pour participer à d'autres entrevues durant le déroulement du projet et on sollicitera alors mon consentement à nouveau.

J'ai été informé que les entrevues seraient enregistrées et retranscrites pour des fins d'analyse mais je comprends que la confidentialité des données sera respectée et qu'en aucun temps et d'aucune façon des données nominatives permettant de m'identifier ne pourront être divulguées.

Je comprends que je peux me retirer en tout temps de l'étude en avisant le D^r Marie-Dominique Beaulieu, chercheuse principale ou M. Ronald Lebeau, coordonnateur du projet au numéro de téléphone (514) 890-8000 poste 28046. Je peux également au besoin contacter la commissaire adjointe à la qualité des soins de l'hôpital Notre-Dame du CHUM, Mme. Louise Brunelle au (514) 890-8000 au poste 26047, si j'ai des plaintes à formuler concernant la façon dont j'ai été traité dans cette étude.

Je recevrai deux copies de ce formulaire de consentement. Après les avoir signées, j'en garderai une pour mes dossiers et je renverrai l'autre à l'équipe de recherche.

En vertu de quoi j'ai signé ce (JJ/MM/AA) à

Participant : (Nom) _____ (Signature) _____

Témoin : (Nom) _____ (Signature) _____

Merci de votre participation