



LA GOUVERNANCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ : UNE RÉGULATION ORIENTÉE PAR LA PERFORMANCE

[André-Pierre Contandriopoulos](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2008/2 Vol. 20 | pages 191 à 199

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-2-page-191.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance

Health governance: a performance-oriented regulation

André-Pierre Contandriopoulos ⁽¹⁾

La gouvernance est un concept à la mode et aux contours flous qui est apparu au moment où les phénomènes de mondialisation des échanges commerciaux et financiers s'accéléraient. Dans le domaine de la santé, son utilisation est plus récente et elle renvoie à trois idées fortes.

La première est que le périmètre de responsabilité auquel on s'intéresse, n'est plus celui des organisations existantes. La gouvernance oblige à penser à un nouvel espace de régulation collective. Les actions dont il faut assurer la coordination et sur lesquelles il faut rendre des comptes, ont des dimensions inter-organisationnelles et interprofessionnelles non réductibles à la sommation des actions de chaque organisation ou de chaque professionnel. La gouvernance oblige à réfléchir à la coordination d'acteurs et d'organisations, qui sont simultanément autonomes et interdépendants pour assurer un accès équitable à des soins de qualité à une population définie et pour contribuer aux politiques intersectorielles de santé. Le concept de gouvernance oblige à repenser les équilibres entre centralisation et décentralisation.

La deuxième idée est que la forme de l'action collective doit être repensée. La gouvernance n'est pas seulement une autre façon de parler de la gestion ou du management, autrement dit de la prise de décisions en position d'autorité pour organiser de façon optimale des ressources. Elle manifeste la nécessité de tenir compte de la complexité des processus à agencer pour obtenir les résultats attendus. Processus entachés d'incertitudes, qui se déroulent souvent sur de longues périodes et qui reposent sur le jugement de professionnels autonomes et très spécialisés.

La troisième idée est que les outils habituels du management sont insuffisants pour permettre aux responsables de rendre compte de leurs décisions et d'améliorer de façon continue l'action collective pour assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité des services. Le concept de gouvernance est indissociablement associé à celui de performance. Pour outiller la gouvernance, il est nécessaire de concevoir et de mettre en œuvre de nouveaux instruments d'appréciation de la performance.

La gouvernance : un nouvel espace de régulation collective

Il n'existe pas une conception unique de la forme que devrait prendre la régulation du système de santé. Chacun des quatre grands groupes d'acteurs qui y interagissent, a sa propre conception de la logique qui devrait guider

(1) Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal, C.P. 6128 Succ. Centre ville - Montréal, Qc - H3C 3J7, Canada.

les décisions. Les professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes...) valorisent la logique professionnelle ; les gestionnaires (payeurs, évaluateurs, fonctionnaires...) fondent leurs décisions sur la logique technocratique, sur la rationalité formelle ; le monde marchand (sociétés pharmaceutiques, assurances, groupes financiers impliqués dans l'offre de soins...) affirme la supériorité de la logique marchande ; et, finalement, le monde politique (les élus, les représentants légitimes de groupes constitués...) revendique la primauté de la logique démocratique [8, 10].

Le pouvoir de chacun de ces quatre groupes d'acteurs repose sur sa capacité de convaincre l'ensemble des acteurs sociaux qu'il parle et agit au nom et dans l'intérêt de la population. Cet effort se manifeste par les mots utilisés⁽²⁾. Ainsi, les professionnels de la santé parlent des « patients » et, plus généralement, des « malades » ; les gestionnaires parlent des « usagers », des « bénéficiaires » ou des « assurés » ; le monde marchand utilise les termes « consommateurs », « ménages » ou « clients » ; l'État se réfère aux « citoyens », aux « électeurs », aux « contribuables » ou au « public » en général. Plus un groupe d'acteurs peut parler en toute légitimité au nom de la population, plus la logique de régulation qu'il valorise aura de poids dans les décisions collectives. Mais cet effort ne peut jamais réussir totalement, puisqu'aucun système de santé n'est, en effet, régulé par une seule des quatre logiques ; la régulation empirique de chaque système se caractérise par une dose donnée (toujours non nulle) de chacune des logiques. Et, d'autre part, la rationalité de chacune des décisions de chacun des acteurs repose sur le fait qu'elle s'inscrit dans une seule de ces logiques. Il faut donc accepter l'idée que le système de santé est constitué d'espaces de décisions dans lesquels l'une ou l'autre des logiques domine. Et par conséquent qu'il existe des frontières entre ces espaces, frontières autour desquelles se concentrent les tensions entre les logiques.

La définition de ces frontières et leurs déplacements font en permanence l'objet de discussions et de négociations. Mais une fois institutionnalisées, elles structurent un ordre social particulier en définissant les rôles et les domaines d'exercice des différents groupes d'acteurs. Elles renforcent certaines valeurs et certaines représentations ; elles encouragent certaines formes de pratiques et en découragent d'autres ; elles fixent les frontières des différentes organisations. En bref, elles définissent les structures du système et les formes particulières de sa régulation.

Ce sont ces formes particulières de régulation du système de santé qui ont été brutalement remises en question durant les années 90 sous la pression combinée de plusieurs grandes forces. Le développement des connaissances et des techniques a permis un accroissement considérable du domaine d'intervention et de l'efficacité de la médecine alors que le vieillissement de la population et la dégradation de l'environnement

(2) Pour Bourdieu [2, 3], l'enjeu de la lutte des classements se situe dans « le monopole de la représentation légitime du monde social » [3]. « Ce qui fait le pouvoir des mots et des mots d'ordre, pouvoir de maintenir l'ordre ou de le subvertir, c'est la croyance dans la légitimité des mots et de celui qui les prononce, croyance qu'il n'appartient pas aux mots de produire... le pouvoir symbolique comme pouvoir de constituer le donné par l'énonciation, de faire voir et de faire croire, de confirmer ou de transformer la vie du monde et, par là, l'action sur le monde, donc le monde, ...ne s'exerce que s'il est reconnu, c'est-à-dire méconnu comme arbitraire. » [2].

augmentaient et transformaient les besoins de santé. Ces deux phénomènes ont entraîné une augmentation importante de la demande envers le système de santé à un moment où les pressions exercées par la mondialisation sur les finances publiques, ont obligé les États à contrôler sévèrement les dépenses publiques et en particulier les dépenses de santé. C'est en réponse à la crise créée par ces forces que s'est répandu le concept de gouvernance. En effet, pour faire face à cette crise, il n'y a pas d'autre option que de réformer en profondeur le système de santé et en particulier la forme de sa régulation. Le concept de gouvernance porte avec lui un discours de changement. Il indique que le système de santé ne peut plus se concevoir et être régulé comme auparavant. La mutation qui s'opère se manifeste par un ensemble de transitions qui obligent à repenser en profondeur sa régulation.

On passe d'un système centré sur l'hôpital à un système où l'hôpital fait partie d'un réseau⁽³⁾. Les maladies chroniques et fonctionnelles de longue durée prennent la relève des maladies aiguës et infectieuses. Le médecin travaillant seul et de façon autonome dans son cabinet ou à l'hôpital, est remplacé par des équipes pluridisciplinaires. Le colloque singulier devient un colloque pluriel. L'extrême spécialisation accroît le besoin d'accompagnement et de coordination. Les nouvelles technologies de la médecine rendent possible une médecine individualisée au domicile du patient. Et le système de soins doit accepter qu'il ne peut à lui seule, en rendant accessibles à toute la population des services de santé de qualité, réduire les disparités de santé dans la population.

L'arrivée du concept de gouvernance implique des changements aux trois niveaux où s'exerce la régulation : macroscopique ; mésoscopique, celui des organisations ; et microscopique, celui des relations entre les acteurs individuels.

Au niveau macroscopique, la régulation démocratique domine. Elle est mobilisée pour définir les grands principes organisateurs qui assurent la cohérence de l'ensemble du système. Elle porte sur des questions comme l'envergure de la couverture du régime d'assurance-maladie, la population assurée, la répartition des pouvoirs entre les niveaux de décision (degrés de décentralisation), la définition des champs d'exercice des différents professionnels, les formes de financement du système de soins et les articulations entre les politiques intersectorielles de santé et les politiques de soins. Le concept de gouvernance, au niveau macroscopique, renvoie aux idées d'une plus grande participation directe des citoyens aux décisions, d'une décentralisation accrue pour mieux utiliser et responsabiliser les compétences, de l'adaptation du système de santé aux particularités locales, d'une plus grande ouverture à de nouvelles formes de financement et du recours accru à l'intersectorialité et à l'imputabilité pour apprécier les conséquences sanitaires des politiques publiques.

(3) « C'est une véritable révolution de type copernicienne que doit vivre l'hôpital public. Ancienne forteresse enfermant ses propres malades (et leurs dossiers !) et autour de laquelle gravitaient les patients ambulatoires et les autres acteurs de la santé, il va devenir un des éléments qui graviteront autour du patient, dans son parcours de soins coordonné » [6].

Au niveau de l'organisation de l'offre de soins, ce sont surtout les logiques marchande et technocratique qui sont à l'œuvre. Elles permettent de définir les modalités d'accès aux services, les responsabilités et les règles de gestion des différentes organisations (hôpitaux, CLSC, cabinets privés, CHSLD...), le contrôle des pratiques professionnelles, les systèmes d'information, les modalités de paiement des établissements et des professionnels, la gestion de la qualité... En d'autres termes, ces deux logiques définissent l'architecture et les règles de fonctionnement du système de dispensation des services. L'espace de régulation qu'elles investissent reste limité, d'un côté, par les grands principes organisateurs du système de santé qui résultent de décisions prises au niveau macroscopique et, de l'autre, par les exigences de la clinique où domine la logique professionnelle⁽⁴⁾. Le concept de gouvernance au niveau de l'organisation des soins renvoie à l'idée que, pour éliminer les barrières et les rigidités du système actuel, il est nécessaire de fonctionner en réseaux, d'introduire des mécanismes de marché internes, de décentraliser les décisions et de généraliser les systèmes d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité.

Au niveau microscopique, c'est-à-dire dans le système clinique, la logique professionnelle est dominante. Le système clinique est au cœur du système de soins, c'est lui qui permet d'accueillir les personnes souffrantes et inquiètes, de diagnostiquer, de prévenir, de traiter, de pallier, d'observer leurs problèmes de santé et de les orienter dans le système de soins. Le but de la clinique consiste à offrir à chaque personne souffrante les services les mieux adaptés à ses besoins spécifiques (qualité et spécificité) grâce aux connaissances existantes (universalisme) et aux compétences des différents professionnels (efficacité) – ce qu'elle réussit à accomplir par l'intégration des soins dans l'espace, dans le temps et entre les professionnels (continuité, globalité et réactivité). Les exigences de la clinique placent les professionnels dans une situation paradoxale : ils doivent, en toute liberté, exercer au mieux leur jugement pour adapter leurs connaissances au cas particulier de chaque patient, mais, en même temps, ils doivent s'assurer que leurs décisions sont fondées sur des connaissances scientifiques reconnues [5]. C'est à cette condition qu'ils seront à même de pouvoir rendre des comptes des décisions prises en fonction de normes et de critères généraux [4, 11, 15]. Le système clinique se distingue de tous les autres secteurs où l'on offre des services (assurances, banques...) par l'existence d'un noyau irréductible d'incertitude lié au fait que ni le diagnostic ni l'effet des traitements ne peuvent être prévus avec certitude. La logique professionnelle permet de concilier la double exigence de la clinique : faire du « sur mesure » [15] et rendre des comptes en fonction de normes et de connaissances générales.

(4) On attribue souvent les problèmes du système de santé américain à l'intrusion des logiques marchande et technocratique dans le domaine de la clinique et de la régulation macroscopique. « *Il est clair que considérer la médecine comme une marchandise soumise à la logique de l'entreprise remodèle la façon dont les soins médicaux sont financés et dispensés aux États-Unis, depuis le mode de commercialisation des services et la prolifération des organismes médicaux privés, jusqu'à la microgestion des décisions cliniques, des traitements et du même coup de la relation entre le médecin et son malade. De plus en plus, l'objectif est de vendre un "produit" plutôt que de dispenser des soins et ce, à des "clients" plutôt qu'à des patients* » [12].

La question de la gouvernance de la clinique⁽⁵⁾ se pose par ce que les grandes forces qui s'exercent sur le système de santé ont transformé en profondeur le domaine de la clinique. L'exercice de la médecine ne peut plus se concevoir uniquement comme une relation individuelle entre un patient et un médecin, il demande des moyens et des expertises qui obligent à le penser comme un phénomène collectif se déployant dans des organisations (formelles ou informelles). L'espace de la clinique constitue un véritable système d'actions où doivent se coordonner les pratiques de professionnels autonomes et très spécialisés. Pour concilier coordination et libertés professionnelles, la gouvernance clinique, oblige à repenser les formes de la coordination et d'élargir le concept d'autonomie professionnelle.

En résumé, aucune des quatre logiques à l'œuvre dans le système de soins ne domine de façon absolue et aucun groupe d'acteurs ne peut dicter sa loi aux autres. Chaque logique constitue un langage à part entière, fondé sur sa propre vision du système de soins, de la rationalité qui devrait orienter ses décisions, du fonctionnement qui devrait être le sien, de la place et du rôle des différents acteurs et des relations que ce système devrait entretenir avec le reste de la société. L'enjeu de la gouvernance du système de soins consiste donc à organiser les espaces d'expression et de tension qui existent entre les quatre grandes logiques de régulation, de façon à ce que les décisions prises en fonction de l'une ou de l'autre, par l'un des acteurs du système, soient comprises et perçues comme légitimes par tous les autres. Il s'agit là de la condition *sine qua non* pour que s'opère une intégration dynamique et cohérente entre les décisions concernant les grands principes organisateurs du système, l'organisation de l'offre de soins et les décisions cliniques.

La gouvernance : penser différemment l'action collective

La gouvernance peut se définir comme la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité [13]. Elle s'appuie sur : (1) *un système de gestion* (ensemble des règles qui définissent les modalités de distribution du pouvoir et des responsabilités) ; (2) *un système d'information* (ensemble des données et de leur système d'exploitation nécessaire pour que le système organisé d'action soit intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, les planificateurs, les patients et la population) ; (3) *un système de financement* (ensemble des incitations véhiculées par les modalités de financement du système, les mécanismes d'allocation des budgets et les dispositifs de paiement des acteurs) [4, 9]. La cohérence entre ces trois systèmes permet à la gouvernance de réaliser les trois grandes fonctions qui la caractérisent.

La fonction d'orientation, ce que Hatchuel [13] appelle la prospective, peut se définir comme le : « *processus de production collective de connaissance*

(5) Par gouvernance clinique, nous entendons la conduite, à partir d'une position d'autorité, des actions stratégiques et managériales nécessaires pour coordonner les pratiques de professionnels autonomes en situation d'interdépendance dans l'exercice de leurs responsabilités cliniques, dans le but d'assurer la qualité et la sécurité des trajectoires de soins de chaque patient.

La gouvernance clinique consiste à mobiliser des savoirs, du leadership, des outils, des leviers d'actions pour que dans les organisations de santé, le domaine de la clinique et le domaine organisationnel interagissent en synergie pour orienter l'organisation dans son ensemble, dans le sens d'une amélioration continue de sa performance.

portant sur le devenir d'un collectif et dont les mécanismes d'apprentissage sont rendus possibles par une forme de gouvernance ». La prospective n'est pas seulement un exercice de prévision ou de prédiction, elle consiste beaucoup plus en un exercice « de développement d'une pratique et d'une réflexion collective autour de nouveaux objets de gouvernement ». Elle vise à transformer, en les renouvelant, les relations entre les quatre grandes logiques de régulation mobilisées par les différents acteurs du système de soins pour rationaliser leurs décisions (les logiques professionnelles, technocratiques, marchandes et démocratiques).

La fonction de gestion que l'on peut définir « comme la conception et la conduite d'une action collective [d'une organisation ou d'un système] à partir d'une position d'autorité » [13] vise à maximiser la performance du système [18]. Dans le système de soins, il importe de distinguer la gestion de l'ensemble des services administratifs et techniques, où il est possible et souhaitable de standardiser les activités, de la gestion de la clinique qui doit laisser un large espace à la liberté professionnelle et à l'autorégulation par les pairs ⁽⁶⁾.

La fonction normative vise à créer un imaginaire collectif qui favorise la coopération et renforce la légitimité. Pour qu'un système fonctionne, il ne suffit pas de le diriger, de le gérer, de l'évaluer, mais encore faut-il (et peut-être surtout) l'animer. Cette idée s'illustre bien par le concept de *stewardship* proposé par Saltman [17]: « *Stewardship can be viewed as an ethically informed or "good" form of governance* ».

La complexité de la gouvernance réside dans l'articulation de ces trois grandes fonctions qui demeurent chacune soumises à de fortes tensions: la prospective entre la prévision et le développement de nouveaux objets de gouvernement ⁽⁷⁾, le management entre la gestion managériale et la gestion de la clinique; la fonction normative entre l'idéologie et l'utopie, « *l'idéologie tend vers "l'intégration" (car elle préserve un sens d'identité partagée), alors que "l'utopie" agit dans le sens inverse, vers la rupture (car elle introduit une idée de nouveauté, de différence, de discontinuité)* » [14].

La gouvernance : rendre des comptes sur la performance

Le but de la gouvernance est d'améliorer de façon continue la performance du système de santé et des organisations qui le composent et de pouvoir rendre des comptes sur sa réussite. Parler de la gouvernance oblige donc à opérationnaliser le concept de performance d'une façon telle qu'il permette de rendre des comptes sur le système de santé et les organisations qui le composent dans toutes leurs dimensions et en tenant compte de leur complexité. La conception et l'opérationnalisation de la performance doit être en cohérence avec la complexité de la conception et de la mise en œuvre de la gouvernance que nous avons évoquée dans les sections précédentes.

(6) « *Clinical governance is set out to ensure : (1) that systems to monitor the quality of clinical practice are in place and are functioning properly; (2) that clinical practice is reviewed and improved as a result; (3) that clinical practitioners meet standards, such as those issued by national professional regulatory bodies* » [1].

(7) Il faut pouvoir compter, de façon durable, sur l'enrichissement mutuel d'une « gouvernance » stable et prévisible et d'une « prospective » ouverte et dynamique qui soit « dans l'action, créatrice de nouveau et d'inédit » [13].

Or, le concept de performance n'est pas compris de la même manière par tout le monde. Chaque conception reflète une compréhension particulière du fonctionnement des systèmes et des organisations [18]. Une organisation peut être performante selon un modèle, mais non performante selon un autre. Par exemple, selon le modèle rationnel, une organisation est performante lorsqu'elle atteint ses buts [16]. Par contre, selon le modèle d'acquisition des ressources, la performance d'une organisation se manifeste par sa capacité à s'adapter à son environnement et à innover [19]. Pour certains, la performance consiste à produire avec productivité et qualité alors que pour d'autres, il suffit de faire mieux que les concurrents. La performance apparaît ainsi comme étant un concept multidimensionnel, paradoxal et contingent.

Une façon de considérer ces trois caractéristiques est de partir de l'idée que pour être performant un système ou une organisation doit en permanence assumer quatre grandes fonctions : atteindre des buts légitimes, s'adapter à son environnement, produire avec qualité et maintenir et créer des valeurs [18].

L'**atteinte des buts** traduit la capacité de l'organisation à réaliser sa mission. Cette fonction dans le domaine de la santé consiste à mesurer la valeur ajoutée sur la santé des interventions considérées (système de santé, établissements, programmes cliniques).

L'**adaptation** représente la capacité de l'organisation d'acquiescer et de contrôler les ressources dont elle a besoin. Elle réfère à la capacité de l'organisation à acquiescer des ressources financières et humaines, à innover, à se transformer, à s'adapter aux besoins de la population, à attirer les clientèles et à mobiliser la communauté.

La **production** correspond aux processus de production des services individuels et des interventions collectives. On parle ici de volume de soins, de services et d'activités, d'intensité, de qualité et d'optimisation des processus de production (productivité). La production réfère aussi à la coordination et à la continuité des services, à la collaboration entre les milieux cliniques et administratifs et à l'utilisation hiérarchique des niveaux de soins et de services.

Le **maintien** et la **création des valeurs et des normes** au sein de l'organisation facilitent ou contraignent la réalisation des trois fonctions précédentes. Les valeurs produisent du sens, de la cohésion ou de la confusion organisationnelle. Les valeurs permettent d'orienter et de justifier les choix, de soutenir les projets de développement, ainsi que les diverses revendications en regard de la prestation des soins et des services. Trois grandes valeurs orientent le système de santé et de services sociaux : l'équité, la liberté et l'efficacité. L'équité combine les notions d'égalité et de solidarité en leur ajoutant une dimension normative, qui tend à assurer une répartition juste d'un droit fondamental (la santé) entre des individus, des collectivités ou des entités géographiques. La liberté renvoie à trois notions : l'autonomie d'action (pouvoir choisir librement sans nuire aux autres) ; l'indépendance d'action (avoir les ressources pour faire ses choix) ; l'intégrité et la dignité de la personne. L'efficacité, qui met en relation les résultats et les moyens mobilisés pour les atteindre, devient une valeur lorsqu'elle s'applique en vue

d'utiliser au mieux les ressources publiques pour maximiser un avantage collectif ou pour rendre des comptes sur les décisions [7].

En somme, selon la perspective globale et intégrée qui vient d'être évoquée, la performance d'un système ou d'une organisation est un construit multidimensionnel qui devrait permettre aux différentes parties prenantes de débattre et d'élaborer un jugement sur les qualités essentielles et spécifiques du système ou de l'organisation en fonction de leurs croyances, de leurs connaissances, de leurs responsabilités, de leurs intérêts et de leurs projets, pour contribuer à sa gouvernance.

La performance d'un système ou d'une organisation se manifeste par sa capacité à réaliser sa mission (*goal achievement*), à s'adapter à son environnement (acquérir et contrôler des ressources, répondre aux attentes de la population), à produire des services de qualité avec productivité et à maintenir ou développer des valeurs communes (culture organisationnelle). Elle se manifeste aussi par sa capacité à établir et à maintenir une tension dynamique entre la réalisation de ces quatre fonctions. L'appréciation de la performance repose ainsi, non seulement, sur la mesure d'indicateurs de réussite dans chacune des quatre fonctions de l'organisation, mais aussi sur le caractère dynamique de la tension qui existe entre les quatre pôles, c'est-à-dire sur la capacité de la gouverne à orchestrer les échanges et les négociations entre les quatre fonctions par les différents acteurs. Enfin, la performance d'une organisation ne peut se concevoir qu'en relation avec la performance de chacune de ses composantes et avec celle du réseau constitué par les autres organisations avec lesquelles elle interagit. C'est seulement dans la mesure où la performance d'une organisation contribue à la performance du réseau auquel elle appartient qu'elle est véritablement performante.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAMM. Clinical Governance in the News NHS. British Association of Medical Managers, 1998. (<http://www.bamm.co.uk/clinical.htm>).
2. Bourdieu P. Le pouvoir symbolique, *Annales Économies Sociétés Civilisations*, 1997;32:405-411.
3. Bourdieu P. Leçon inaugurale. Paris, Chaire de sociologie, Collège de France, 1982.
4. Champagne F, Contandriopoulos AP, Denis JL, Lamothe L. Les centres universitaires de santé. La gouverne d'organisations complexes aux contours flous. Document de travail préparé par le Département d'Administration de la santé et le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, Université de Montréal, 2002.
5. Cicourel A. Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive, Paris, Seuil, 2002: 234 p.
6. Conseil économique et social. L'hôpital public en France : bilan et perspectives, Etude du Conseil économique et social présentée par M. Eric Molinié, Juin 2005: 274 p. (<http://www.ces.fr/rapport/doclon/05062810.pdf>).
7. Contandriopoulos AP. Analyser et comprendre le système de santé (notes de cours), Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 2008.
8. Contandriopoulos AP. Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins, *Éthique publique* 2003;5:42-57.
9. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 2001;8:38-52.
10. Contandriopoulos AP. « La régulation d'un système de soins sans murs », Claveranne JP, Lardy C, de Pourville G, Contandriopoulos AP, Experton B (responsables scientifiques) *La santé demain : vers un système de soins sans murs*, Paris, Economica 1999:87-102.
11. Davis SM. « Le sur mesure en série », Davis SM, *Diriger au futur*, Paris, InterEditions 1998:143-190.

12. Farmer P, Rylko-Bauer B. L'« exceptionnel » système de santé américain. Critique d'une médecine à vocation commerciale, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 2001;139:13-30.
 13. Hatchuel A. « Perspective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective ? », Heurgon E, Landrieu J (sous la direction de). *Perspective pour une gouvernance démocratique*, Paris, Éditions Aube, 2000.
 14. Kearney R. *Poetics of imagining : from Husserl to Lyotard (Problems of modern European thought)*, London, Harper Collins Academic 1991:224 p.
 15. Minvielle E. Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 2000;7:8-22.
 16. Price JL. The study of organizational effectiveness, *Sociological Quarterly* 1972;13: 3-15.
 17. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy, *Bulletin of the World Health Organizations* 2000;78:732-739.
 18. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Béland F, Denis JL, Bilodeau H, Bremond M, Lemieux-Charles L, Barnsley J, Leggat S, Barker R, Members of the HEALNet Health Care Management Group. A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance, *Health Services Management Research* 1998;11:24-48.
 19. Yuchtman E, Seashore SE. A system resource approach to organization effectiveness, *American Sociological Review* 1967;32: 891-903.
-