

*Thèse par articles de doctorat  
présentée à l'École nationale d'administration publique  
dans le cadre du programme de doctorat en administration publique  
pour l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph. D.)*

Thèse par articles intitulée  
**La structuration des réseaux hybrides dans les systèmes publics de soins  
de santé : le cas du Réseau de cancérologie du Québec**

Présentée par  
**Jean-Sébastien Marchand**

**Décembre, 2017**

La thèse par articles intitulée  
**La structuration des réseaux hybrides dans les systèmes publics de  
soins de santé : le cas du Réseau de cancérologie du Québec**

Présentée par  
**Jean-Sébastien Marchand**

Est évaluée par les membres du jury de thèse suivants :

Martin Goyette, professeur, *École nationale d'administration publique*, et  
président

Jean-Louis Denis, professeur, *Université de Montréal* et *École nationale  
d'administration publique* et directeur de thèse

Dominique Tremblay, professeure, *Université de Sherbrooke*, et co-  
directrice de thèse

Etienne Charbonneau, professeur, *École nationale d'administration  
publique*, et évaluateur

Gerry McGivern, professor, *Warwick Business School*, et évaluateur externe



JEAN-SÉBASTIEN MARCHAND<sup>1,2,3</sup>

En vue de l'obtention du diplôme Philosophiæ Doctor (Ph.D)

Dépôt final : Jeudi 7 décembre 2017

Le Jury d'examen est constitué de :

Jean-Louis Denis, Ph.D.<sup>1, 2, 3,4</sup>

Dominique Tremblay, Ph.D.<sup>2, 5</sup>

Martin Goyette, Ph.D.<sup>1</sup>

Etienne Charbonneau, Ph.D.<sup>1</sup>

Gerry McGivern, Ph.D.<sup>6</sup>

#### Affiliations

<sup>1</sup>École nationale d'administration publique (Montréal, Canada)

<sup>2</sup>Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne (Longueuil, Canada)

<sup>3</sup>Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé (Montréal, Canada)

<sup>4</sup>Université de Montréal (Montréal, Canada)

<sup>5</sup>Université de Sherbrooke (Sherbrooke, Canada)

<sup>6</sup>Warwick Business School (Warwick, Royaume-Uni)



À mes parents, Hélène et Pierre;

Ils sont venus me porter à mon premier jour d'école, et seront venus me chercher à mon  
dernier.



## REMERCIEMENTS

Je remercie d'abord mes directeurs de thèse, Jean-Louis Denis et Dominique Tremblay, pour avoir assuré, avec tant de compétence et de patience, le soutien que nécessite une telle démarche. Je remercie les organismes et institutions qui m'ont soutenu financièrement, notamment le *Fonds de recherche du Québec – Société et culture* (FRQSC), l'*École nationale d'administration publique* (ENAP), la *Société des relations internationales de Québec* (SORIQ), l'*Association étudiante de l'École nationale d'administration publique* (AEENAP), le *Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne* (CR-HCLM), l'*Université de Sherbrooke*, la *Chaire de recherche sur la gouvernance et la transformation des organisations et systèmes de santé* (GETOSS) et le *Groupe financier Banque TD*. Je remercie le président du jury de thèse et de proposition de thèse, Martin Goyette, ainsi que les membres du jury, Étienne Charbonneau et Gerry McGivern. J'adresse un remerciement particulier à Tatiana Garakani pour le soutien qu'elle m'a offert, principalement au début de ma démarche. Je remercie mes professeurs et mentors, qui ont grandement contribué aux apprentissages théoriques qui soutiennent cette thèse : Louis Demers, Isabelle Fortier, Bachir Mazouz, Stéphane Paquin et Marie-Christine Therrien. Je remercie mes collègues et amis du CR-HCLM et de l'ENAP qui ont contribué à ma démarche : Lucie Beaudreau, Karine Bilodeau, Geneviève Champagne, Élisabeth Côté-Boileau, Lise Lévesque, Mélanie-Ann Smithmann, Marie-Pier Trudelle, Naïma Bentayeb, Nancy Bouchard, Bruno-Pier Cyr, Éric Dion, Philippe Dumas, Karine Prévost-Privat, Pier-Luc Lévesque et Anaïs Valiquette-L'Heureux, pour ne nommer qu'eux. J'adresse un remerciement spécial à Maude Brunet et Mylaine Breton. Je remercie enfin, plus que tout, Maryse et Alice.





## RÉSUMÉ

Cette thèse vise à comprendre la structuration d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé et les facteurs contextuels qui influencent cette structuration. Deux questions de recherche sont posées : *comment se structure un réseau hybride?* et *quels sont les facteurs contextuels qui influencent la structuration d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé?* Le cadre conceptuel de cette thèse est constitué autour de la *théorie axiomatique*, et emprunte à trois courants de la littérature scientifique : la *gouvernementalité* appliquée aux réseaux dans les systèmes de soins de santé, l'*action collective* des organisations et les *réseaux* en administration publique. Le devis méthodologique retenu est une étude de cas imbriqués sur le Réseau de cancérologie du Québec (RCQ), dans deux régions administratives. Empiriquement, la collecte de données repose sur une revue de documents (n=59; environ 4200 pages), des observations non participantes (n=19; environ 41,5 heures) et des entrevues semi-dirigées (n=28). Le développement se découpe en trois articles. Le premier, une étude de portée (*scoping review*) sur la *gouvernementalité* appliquée aux réseaux dans les systèmes de soins de santé, approfondit l'utilisation du cadre conceptuel dans le contexte à l'étude. Le deuxième, sur la structuration des réseaux hybrides, répond à la première question de recherche. Le troisième, sur les facteurs contextuels qui influencent la structuration d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé, répond à la deuxième question de recherche. D'une part, les résultats soutiennent une synchronie entre la turbulence environnementale et (1) la multiplication des structures de coordination, (2) la création de rôles hybrides et (3) l'augmentation du pouvoir formel des autorités du réseau. D'autre part, huit facteurs contextuels semblent influencer la structuration des réseaux hybrides : taille et hétérogénéité, organisation leader légitime, distribution de ressources en vases communicants, munificence, co-gestionnaires nommés et actifs, présence de comités hybrides, présence et participation aux *locus*, résultats de performance visibles pour les autres acteurs. La discussion ouvre notamment sur la relation entre la possibilité de baliser la structuration de ces réseaux et la capacité à les gouverner. Les notions de création d'hybridité et de création de visibilité sont centrales dans cette structuration. Des pistes de recherche futures sont proposées en conclusion.



## TABLE DES MATIÈRES ET ANNEXES

<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</b> .....	xiv
<b>LISTE DES ACRONYMES</b> .....	xv
<b>PARTIE I : INTRODUCTION</b> .....	16
<b>CHAPITRE 1 : INTRODUCTION</b> .....	17
1.1 <b>Sujet de la recherche et questions de recherche</b> .....	17
1.2 <b>Problématique</b> .....	18
1.3 <b>Démarche adoptée</b> .....	22
1.4 <b>Avant-propos sur les auteurs, l’affiliation de la recherche et la certification éthique</b> .....	23
1.5 <b>Structure de la thèse</b> .....	24
<b>PARTIE II : DEMARCHE</b> .....	26
<b>CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRE CONCEPTUEL</b> .....	27
2.1 <b>Définitions</b> .....	27
2.2 <b>Les réseaux en administration publique</b> .....	28
2.3 <b>L’action collective dans les organisations</b> .....	33
2.4 <b>Gouvernance des réseaux dans les systèmes publics de soins de santé</b> .....	42
2.5 <b>Un milieu caractérisé par la complexité et l’incertitude</b> .....	45
2.6 <b>Turbulence</b> .....	48
2.7 <b>Un cadre conceptuel intégré</b> .....	49
2.8 <b>Typologie des facteurs contextuels</b> .....	52
2.9 <b>Le réseau de cancérologie du Québec</b> .....	54
<b>CHAPITRE 3 : DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE</b> .....	56
3.1 <b>Devis de recherche</b> .....	56
3.2 <b>Sélection des cas</b> .....	57
3.3 <b>Collecte de données et participants</b> .....	57
3.4 <b>Analyse des données</b> .....	60
3.5 <b>Codification</b> .....	61
3.6 <b>Validité et limites</b> .....	61
<b>PARTIE III : DÉVELOPPEMENT</b> .....	64
<b>CHAPITRE 4 : LA GOUVERNEMENTALITÉ ET LES RÉSEAUX (ART. 1)</b> ..	65
4.1 <b>Abstract</b> .....	65
4.2 <b>Introduction</b> .....	66
4.3 <b>Background</b> .....	66
4.4 <b>Method</b> .....	68
4.5 <b>Results</b> .....	71
4.6 <b>Discussion</b> .....	82
4.7 <b>Limitations</b> .....	83
4.8 <b>Conclusion</b> .....	84
<b>CHAPITRE 5 : LA STRUCTURATION DES RÉSEAUX HYBRIDES (ART. 2)</b> .....	86
5.1 <b>Abstract</b> .....	86
5.2 <b>Introduction</b> .....	87
5.3 <b>Background</b> .....	88
5.4 <b>Theoretical framework</b> .....	90
5.5 <b>Evidence from the case of the Quebec Cancer Network</b> .....	92

5.6 Discussion: insights from the case study and the emergence of a structuration pattern .....	98
5.7 Conclusions, limitations and future research .....	101
<b>CHAPITRE 6 : LES FACTEURS CONTEXTUELS (ART. 3).....</b>	<b>102</b>
6.1 Abstract .....	102
6.2 Introduction .....	103
6.3 Conceptual background .....	104
6.4 Method .....	109
6.5 The Quebec Cancer Network .....	110
6.6 Results .....	112
6.7 Discussion .....	122
6.8 Conclusion .....	124
<b>CHAPITRE 7 : DISCUSSION .....</b>	<b>126</b>
7.1 Synthèse .....	126
7.2 Observations .....	129
7.3 Discussion générale.....	135
<b>PARTIE IV : CONCLUSION.....</b>	<b>138</b>
<b>CHAPITRE 8 : CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>139</b>
8.1 Rappel du sujet .....	139
8.2 Synthèse du sujet .....	139
8.3 Perspectives du sujet .....	141
<b>ANNEXES .....</b>	<b>143</b>
ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTREVUE.....	144
ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	150
ANNEXE 3 : COLLECTE DE DONNÉES .....	156
ANNEXE 4 : CODES, SOURCES DE DONNÉES ET VERBATIM.....	166
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>173</b>

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<b>Tableau 2.1 : Dimensions contextuelles des réseaux.....</b>	<b>32</b>
<b>Tableau 2.2 : Synthèse des études pertinentes sur l'action collective .....</b>	<b>38</b>
<b>Figure 2.1 : La structuration d'un réseau hybride .....</b>	<b>51</b>
<b>Tableau 2.3 : Typologie de facteurs contextuels .....</b>	<b>53</b>
<b>Table 4.1: Keywords search strategy .....</b>	<b>69</b>
<b>Table 4.2: Databases searched .....</b>	<b>69</b>
<b>Table 4.3: Searches and results.....</b>	<b>70</b>
<b>Table 4.4: Selection criteria .....</b>	<b>70</b>
<b>Figure 4.1: Search strategy and results (Flow diagram).....</b>	<b>72</b>
<b>Table 4.5: Main works related to healthcare and governmentality .....</b>	<b>73</b>
<b>Table 4.6: Various definitions of governmentality.....</b>	<b>79</b>
<b>Figure 5.1: Environmental turbulence and governmentality in hybrid networks....</b>	<b>92</b>
<b>Figure 5.2 Evolution of the cancer network structure: national level) .....</b>	<b>97</b>
<b>Table 6.1: Contextual factors from literature .....</b>	<b>107</b>
<b>Table 6.2: Typology of contextual factors.....</b>	<b>108</b>
<b>Table 6.3: Key examples, quality of data and observations.....</b>	<b>119</b>
<b>Table 6.4: Contextual factors and network structure at T1 (before 2015 Reform) and T2 (after 2015 Reform) .....</b>	<b>121</b>
<b>Figure 6.1: Contextual factors and the structuration of hybrid networks .....</b>	<b>123</b>
<b>Tableau 7.1 : Structure des articles de la thèse .....</b>	<b>127</b>
<b>Figure 7.1 : La théorie axiomatique comme élément intégrateur .....</b>	<b>132</b>
<b>Tableau 7.2 : Écarts de connaissances et principales contributions .....</b>	<b>134</b>
<b>Tableau A3.1 : Liste de documents au niveau national.....</b>	<b>157</b>
<b>Tableau A3.2 : Liste de documents au niveau régional.....</b>	<b>160</b>
<b>Tableau A3.3 : Listes des observations non participantes .....</b>	<b>162</b>
<b>Tableau A3.4 : Études antérieures liées au Réseau de cancérologie du Québec.....</b>	<b>163</b>
<b>Tableau A4.1 :Codes, sources de données et verbatim.....</b>	<b>167</b>

## LISTE DES ACRONYMES

<b>ADRLSSSS</b>	Agence de développement réseaux locaux de services de santé (2003-2005)
<b>ARSSS</b>	Agence régionale de santé et de services sociaux (2005-2015)
<b>ASSS</b>	Agence de santé et de services sociaux (2005-2015)
<b>CEPIO</b>	Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie
<b>CIC</b>	Centres intégrés de cancérologie
<b>CISSS</b>	Centres intégrés de santé et de services sociaux (2015-)
<b>CIUSSS</b>	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (2015-)
<b>CQLC</b>	Conseil québécois de lutte contre le cancer (1998-2004)
<b>DLCC</b>	Direction de la lutte contre le cancer (2004-2011)
<b>DGC</b>	Direction générale de cancérologie (2015-)
<b>DQC</b>	Direction québécoise du cancer (2011-2015)
<b>DSP</b>	Direction de la santé publique
<b>ENAP</b>	École nationale d'administration publique
<b>LSSSS</b>	Loi sur les services de santé et services sociaux, RLRQ c S-4.2
<b>MSSS</b>	Ministère de la santé et des services sociaux
<b>NHS</b>	National Health Service (Royaume-Uni)
<b>PQLC</b>	Programme québécois de lutte contre le cancer
<b>Q1</b>	Question de recherche 1 (p. 17)
<b>Q2</b>	Question de recherche 2 (p. 17)
<b>RCQ</b>	Réseau de cancérologie du Québec
<b>RLS</b>	Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
<b>RQC</b>	Registre québécois du cancer
<b>REPOP</b>	Comité des représentants de la population atteinte de cancer et des proches au Québec
<b>UK</b>	United Kingdom

## **PARTIE I : INTRODUCTION**



## CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

---

La présente thèse porte sur la structuration des réseaux hybrides dans les systèmes publics de soins de santé et le cas du Réseau de cancérologie du Québec. Elle constitue une thèse *par articles* pour l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph. D.). Elle est présentée selon le *Guide de présentation des mémoires par article et des thèses par articles pour les étudiants chercheurs de l'ENAP* (« le Guide ») en vigueur en 2017 (ENAP, 2017). Les trois premiers chapitres sont adaptés de la proposition de thèse de Marchand (2015) intitulée *La structuration d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé : le cas du Réseau de cancérologie du Québec*. Cette introduction comporte cinq parties : (1.1) le sujet de la recherche et les questions de recherche, (1.2) la problématique, (1.3) la démarche adoptée, (1.4) un avant-propos sur la contribution des auteurs et l'affiliation de la recherche et (1.5) la structure de la thèse.

### 1.1 Sujet de la recherche et questions de recherche

Cette recherche vise à comprendre la structuration d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé et les facteurs contextuels qui influencent cette structuration. Pour y parvenir, nous proposons une étude de cas imbriqués entre deux régions administratives (« Région 1 » et « Région 2 ») où se déploie le *Réseau de cancérologie du Québec* (RCQ). L'analyse des résultats repose principalement sur l'apport théorique de la *gouvernementalité* à l'étude des réseaux hybrides dans les systèmes publics de soins de santé. Deux questions de recherches sont avancées :

Q1. Comment se structure un réseau hybride?

Q2. Quels sont les facteurs contextuels qui influencent la structuration d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé?

Ces questions de recherche placent le *réseau hybride* comme unité d'analyse et le RCQ est présenté comme un cas type permettant son étude.

## 1.2 Problématique

La problématique de cette thèse est double. D'une part, elle est issue des enjeux théoriques liés aux réseaux hybrides en administration publique. D'autre part, elle est issue des enjeux pratiques liés au cas empirique du *Réseau de cancérologie du Québec* (RCQ). Ces enjeux mettent en lumière un écart de connaissances (*knowledge gap*) que cette thèse vise à combler partiellement.

### 1.2.1 Enjeux théoriques

En administration publique, l'implantation des réseaux dirigés vers un but est de plus en plus fréquente (Mandell, 2014, p. 3). Les systèmes publics de soins de santé ont souvent recours à cette approche pour organiser les services (Addicott, McGivern, & Ferlie, 2006, p. 93; Ferlie, McGivern, & FitzGerald, 2012, p. 341). L'implantation *top-down* de réseaux mandatés, et un peu plus tard l'implantation *bottom-up* de réseaux organiques, ont initialement été les approches les plus utilisées (Keast, 2014, p. 21). L'approche mixte est une tendance plus récente (Keast, 2014, p. 21). Ces réseaux *hybrides* intriguent les chercheurs sur au moins deux aspects : leur structuration et les facteurs contextuels qui l'influencent.

Premièrement, la combinaison de dynamiques *top-down* et *bottom-up*, et les interrelations multiples entre les différents acteurs du réseau, rend cette forme organisationnelle très complexe (MacLeod, 2015, p. 242; Noseworthy, Wasylak, & O'Neill, 2015, p. 262). Ces modèles récursifs (*patterns*) d'interactions entre les multiples acteurs complexifient hautement la structuration (c'est-à-dire les multiples activités, processus et institutions qui contribuent à la structure) des réseaux hybrides (O'Toole, 2015, p. 366). À la problématique de la structuration est associée la problématique du lien entre la turbulence environnementale et les réseaux hybrides. La structuration des réseaux est associée à l'environnement du réseau (Benson, 1975, p. 229; O'Toole & Meier, 2004, p. 469; Provan & Milward, 1995, p. 2). Plus particulièrement, des recherches récentes montrent que l'hybridité dans les réseaux peut être associée à la turbulence environnementale, en raison des logiques institutionnelles complexes qui les caractérisent (Skelcher & Smith, 2015, p. 13). Ces constats forment le premier enjeu théorique. Alors que les réseaux hybrides constituent une tendance récente et de plus en plus utilisée en administration publique et dans l'organisation des systèmes publics de soins de santé, nous possédons peu de

connaissances sur (1) la structuration de ces réseaux et (2) le lien entre la structuration et la turbulence, caractéristique de l'environnement de ces réseaux.

Deuxièmement, alors que ces réseaux sont sensibles à leur environnement, des études récentes montrent que peu de choses sont connues sur les facteurs contextuels qui influencent la structuration des réseaux hybrides (Dagnino, Levanti, & Li Destri, 2016, p. 369; Qvist, 2017, p. 12). En effet, les acteurs en position d'autorité dans ces réseaux ne disposent que de peu d'information sur les facteurs contextuels qui influencent l'implantation d'un réseau. À cela s'ajoute la problématique de la gouvernance des réseaux hybrides : les réseaux hybrides sont complexes à gouverner (O'Toole, 2015, p. 366), ce qui est particulièrement évident pour les réseaux hybrides de soins de santé (Popp & Casebeer, 2015, p. 233). Certains facteurs contextuels sont sensibles aux interventions des autorités publiques (Dal Molin & Masella, 2016, pp. 499, 505). Ce deuxième enjeu théorique suggère un manque de connaissance sur (1) les facteurs contextuels qui influencent la structuration des réseaux hybrides et (2) la gouvernance de ces réseaux, tout particulièrement dans un contexte de soins de santé.

### **1.2.2 Enjeux pratiques**

L'expérience internationale suggère une approche collective et interdisciplinaire pour le traitement des patients atteints du cancer (UICC, 2013, p. 3; WHO, 2002, p. 76). La mise en place de réseaux de collaboration entre les professionnels et les organisations de santé est reconnue comme une pratique exemplaire et une solution souhaitable pour atteindre cet objectif. Ce mode d'organisation en réseau est valorisé, par exemple, par l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 2002, p. 128), le Gouvernement du Canada (Canadian Strategy for Cancer Control, 2006, p. 4) et plusieurs expériences nationales – notamment l'Australie (Cancer Council SA, 2011, p. 24), la France (Institut National du Cancer, 2014, pp. 28, 117) et le Royaume-Uni (Department of Health, 2011, p. 55). Au Québec, une transformation progressive vers un mode d'organisation en réseau en matière de cancérologie a débuté dans les années 1990 avec l'adoption du *Programme québécois de lutte contre le cancer* (PQLC) (MSSS, 1997). L'organisation en réseau était l'un des éléments clés du PQLC, et se retrouve explicitement dans l'implantation actuelle du *Réseau de cancérologie du Québec* (RCQ) (MSSS, 2013a, 2013b). Le RCQ est une des solutions envisagées pour répondre

aux problèmes de fragmentation des services de santé et de dédoublement de certaines activités cliniques – notamment concernant la circulation de l’information, l’échange d’expertise, la diffusion des pratiques exemplaires – par le biais de la création de structures formelles de coordination et de concertation (MSSS, 2013a, p. 2; 2013b, p. 33). Le RCQ a pour but d’organiser la lutte contre le cancer. Il vise ainsi à créer et à animer les liens entre les équipes, les régions et le ministère pour améliorer la coordination et la concertation.

Le cas de l’implantation du RCQ présente ses particularités. Globalement, la solution retenue dans le *Plan directeur en oncologie* du Ministère (2013b, p. 16) est de créer un réseau composé de quatre types de comités consultatifs sur deux paliers. Les trois premiers, le « comité national de coordination », le « comité national de concertation » et les « comités nationaux thématiques portant sur une discipline, un siège tumoral ou un thème clinique » sont créés au « palier national » de la province du Québec. Les « Centres intégrés de cancérologie » (CIC), au palier régional, sont créés dans toutes les régions du Québec. La création de ces centres vise à *structurer* un réseau parfois déjà présent dans quelques régions, où certaines organisations se regroupaient et collaboraient ensemble pour les soins oncologiques de manières plus ou moins formelles. Ultimement, l’implantation du RCQ vise l’émergence ou la consolidation de « communautés de pratiques cliniques et administratives fonctionnelles, de moyens de communication adaptés au transfert des connaissances et d’activités [diverses] (formation continue, accompagnement, soutien et évaluation de la pratique clinique) menées par les intervenants régionaux » (MSSS, 2013b, p. 55). L’implantation du RCQ est en quelque sorte une solution imposée par le gouvernement du Québec pour organiser formellement les acteurs autour d’un but commun de lutte contre le cancer. Par conséquent, on observe des écarts verticaux, c’est-à-dire entre ce qui est promu au palier politique et ce qui se traduit sur le terrain, et horizontaux, c’est-à-dire des variations de mise en œuvre du fonctionnement en réseau entre les différentes régions.

Le RCQ est un réseau hybride dans un système public de soins de santé. Il est à la fois mandaté et organique. Mandaté, puisque les objectifs et les organisations sont prescrits par le gouvernement via la *Direction générale de cancérologie* (DGC), et organique, puisqu’une partie du réseau émerge d’une collaboration interorganisationnelle durable liée à l’interdépendance des organisations impliquées dans l’offre de services et que l’action collective y est le plus souvent volontariste. Par

exemple, le gouvernement établit clairement le rôle des CIC, mais il y a aussi une mobilisation régionale depuis plusieurs années qui a encouragé l'émergence de nouveaux mécanismes de coordination comme les réunions pluridisciplinaires ou les réseaux de connaissances clinico-administratifs (Roy, 2008, p. 229). Le Plan directeur en oncologie (MSSS, 2013b) vise à répondre aux lacunes observées dans l'organisation de la oncologie au Québec depuis 1998 (Tremblay et al., 2014). Par exemple, le Plan directeur évoque que (1) la circulation de l'information et l'échange d'expertise est encore à établir, (2) ces informations ne sont pas nécessairement uniformisées, (3) les meilleures pratiques ne sont pas nécessairement diffusées, (4) il y a absence de structures formelles de coordination et de concertation, une situation qui n'est pas optimale pour la qualité des soins, d'enseignement et de recherche, et qui tend à provoquer l'isolement et le doublement des efforts (MSSS, 2013b, p. 33). L'objectif visé par le RCQ est « d'accroître, d'une manière plus structurée, la coordination, la concertation, la collaboration et la communication entre tous les intervenants en oncologie au Québec » (MSSS, 2013a, p. 2). Sa mise en place s'effectue au palier national, au palier régional et au palier local (MSSS, 2013a, p. 21).

Le système de santé du Québec est notamment et principalement soumis à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c S-4.2 (LSSSS), qui dicte l'organisation des soins de santé. Or, la 41<sup>e</sup> législature de l'Assemblée nationale du Québec a proposé deux projets de loi, le *Projet de loi n°10* et *Projet de loi n°20*, dont l'adoption, parfois appelée la « Réforme Barrette », a entraîné des modifications importantes à la LSSSS et à l'organisation des soins de santé au Québec. Le premier propose, entre autres, l'abolition des *Agences de la santé et des services sociaux* (ASSS) régionales, tandis que le deuxième propose, entre autres, la mise en place de mesures qui encadrent le travail des médecins. Cette réforme implique nécessairement des modifications dans la division du travail et dans l'organisation du système de soins de santé. Elle implique une transformation des pratiques cliniques et organisationnelles et ce, dans un environnement en turbulence.

En somme, le mode de fonctionnement en réseau est une tendance internationale en matière d'organisation des soins de santé, notamment en oncologie. Ce mode d'organisation est mis de l'avant depuis les années 1990. Toutefois, le RCQ est soumis à des changements importants. Le Plan directeur en oncologie (MSSS, 2013b) et le Plan d'action en oncologie (MSSS, 2013a)

visent les structures du RCQ, et la « Réforme Barrette » entraîne des turbulences importantes dans l'environnement du RCQ. La structuration du RCQ dans ce contexte mérite une attention particulière.

### **1.2.3 Écart de connaissances**

L'implantation de réseaux hybrides est une tendance récente en administration publique (Keast, 2014, p. 21; Mandell, 2014, p. 3), particulièrement pour l'organisation des soins de santé (Addicott et al., 2006, p. 93; Ferlie et al., 2012, p. 341), où cette approche est valorisée notamment pour la cancérologie (UICC, 2013, p. 3; WHO, 2002, p. 76). Malgré cette tendance, peu de connaissances théoriques sont disponibles sur la structuration des réseaux hybrides (MacLeod, 2015, p. 242; Noseworthy et al., 2015, p. 262) et les liens entre la structuration du réseau hybride et l'environnement du réseau (Benson, 1975, p. 229; O'Toole & Meier, 2004, p. 469; Provan & Milward, 1995, p. 2), particulièrement la relation entre les réseaux et la turbulence environnementale (Skelcher & Smith, 2015, p. 13). Plus encore, peu de connaissances sont disponibles concernant les facteurs contextuels qui influencent la structuration des réseaux hybrides (Dagnino et al., 2016, p. 369; Qvist, 2017, p. 12). Enfin, il existe encore un besoin de connaissance sur la gouvernance de ces réseaux (Dal Molin & Masella, 2016, pp. 499, 505; O'Toole, 2015, p. 366), particulièrement dans un contexte de soins de santé (Popp & Casebeer, 2015, p. 233). Cette thèse est consacrée à la fois à contribuer à réduire l'écart des connaissances sur ces enjeux théoriques et sur ces enjeux pratiques.

### **1.3 Démarche adoptée**

Pour satisfaire le but de recherche et répondre aux deux questions de recherches, une étude de cas imbriqués (*embedded case study*) est proposée, avec deux micro-cas (Région 1 et Région 2). Le cadre théorique retenu a pour composante essentielle la notion de *gouvernementalité* appliquée aux réseaux dans les systèmes publics de soins de santé. Aussi cette thèse présente-t-elle trois articles distribués de la façon suivante :

-Le premier article (« Article 1 ») est une revue de littérature systématique de type « étude de portée » (*scoping review*) sur l'idée de *gouvernementalité* appliquée aux réseaux dans les systèmes de soins de santé;

-Le deuxième article (« Article 2 ») répond à la première question de recherche (Q1). Il correspond à l'ébauche d'un cadre conceptuel pour mieux comprendre la structuration des réseaux hybrides dans les systèmes de soins de santé. Cet article, en partie conceptuel et en partie empirique, mobilise des données (documents, ligne du temps et exemple) tirées de l'étude de cas sur le RCQ;

-Le troisième article (« Article 3 ») répond à la deuxième question de recherche (Q2). Il avance huit facteurs contextuels qui influencent la structuration d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé et deux instruments de gouvernance. Cet article empirique mobilise les données (documents, observations et entrevues) de l'étude de cas sur le RCQ.

Le Tableau 7.1 résume le contenu des articles.

#### **1.4 Avant-propos sur les auteurs, l'affiliation de la recherche et la certification éthique**

L'auteur de la thèse, Jean-Sébastien Marchand, est le premier auteur des trois articles et celui qui apporte la plus grande contribution, à toutes les étapes de la recherche. Les deux coauteurs sont Jean-Louis Denis, directeur de thèse, et Dominique Tremblay, directrice de thèse. La démarche vers la réalisation de la recherche scientifique et l'écriture d'une thèse étant un processus complexe, il est souvent impossible de trancher de manière distinctive la contribution précise de chacun. Les deux coauteurs ont eu un apport très significatif à la réalisation des trois articles, principalement (mais non limité à) dans l'élaboration du projet de recherche, l'accès au terrain et dans les commentaires liés à la rédaction.

Cette recherche s'inscrit dans un projet de plus grande envergure, « RCQ – Mieux comprendre les réseaux en oncologie pour les mettre en œuvre plus efficacement » de l'Équipe Dominique Tremblay (2014, p. 1). Plus précisément, il s'inscrit dans la première question de recherche de ce dernier : « Quels sont les facteurs contextuels les plus critiques qui favorisent ou entravent

l'implantation du RCQ dans les réseaux régionaux et les RLS-établissements? ». Ce dernier volet contribue notamment à « mieux comprendre comment les résultats de l'implantation des réseaux ont été produits et quelle a été l'influence du contexte sur ces résultats » et à développer le « corps de connaissances théoriques et empiriques sur la mise en œuvre des formes d'organisation en réseau » (Équipe Dominique Tremblay, 2014, p. 9). Jean-Louis Denis est co-chercheur sur ce projet. Ce projet demeure un projet autonome de chercheur de niveau doctoral et constitue une contribution spécifique à la thèse.

Ce projet de recherche a reçu une approbation éthique positive de la part du *Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-Le Mone/CISSS de la Montérégie-Centre* (CER-HCLM) pour le projet multicentrique CE-HCLM-15-026 (13 novembre 2015). Le projet a également reçu une décision positive du *Comité de convenance institutionnelle de la recherche* (CIR) du CR-HCLM et une notification du *Comité scientifique de la recherche* (CSR) du CISSS de la Montérégie-Centre. Le « Formulaire de consentement éclairé » approuvé par le CER-HCLM est présenté en Annexe 2.

## **1.5 Structure de la thèse**

Cet ouvrage constitue une thèse *par articles* conformément au Guide de l'ENAP. La première partie, *Démarche*, contient les Chapitres 2 et 3. Le Chapitre 2, *Revue de littérature et cadre conceptuel*, contient un état des connaissances, la présentation de l'objet de la thèse, une description de la contribution et une présentation des liens théoriques qui unissent les articles de thèse. Le Chapitre 3, *Démarche méthodologique*, présente la stratégie de recherche, les méthodes et les données utilisées, les critères et les limites. La deuxième partie, *Développement*, contient les chapitres 4 à 7, c'est-à-dire les trois articles transposés sous forme de chapitre et une discussion. Le Chapitre 4 correspond à l'Article 1, le Chapitre 5, à l'Article 2, et le Chapitre 6, à l'Article 3. Le premier article correspond à une revue de littérature sur l'usage de la *gouvernementalité* dans l'étude des réseaux dans les systèmes de santé. Le deuxième article correspond à une analyse de la structuration d'un réseau hybride dans un système de soins de santé dans un environnement turbulent. Le troisième article s'intéresse aux facteurs contextuels qui influencent la structuration d'un réseau hybride. Le Chapitre 7 constitue une discussion synthèse résumant le contenu des



articles et faisant ressortir les observations et conclusions générales. La troisième partie, *Conclusion*, contient le Chapitre 8, *Conclusion générale*, une synthèse du travail et une ouverture sur les perspectives nouvelles.

**PARTIE II : DEMARCHE**

## CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRE CONCEPTUEL

---

Ce chapitre vise à définir les termes à l'étude, mobiliser les écrits scientifiques existants en lien avec les questions de recherche et développer le cadre conceptuel à l'étude. Le cas empirique du Réseau de cancérologie du Québec (RCQ) y est présenté. Il contient neuf sections : (2.1) définitions, (2.2) réseaux en administration publique, (2.3) l'action collective dans les organisations, (2.4) gouvernance des réseaux dans les systèmes publics de soins de santé, (2.5) complexité et incertitude, (2.6) turbulence, (2.7) cadre conceptuel intégré, (2.8) typologie des facteurs contextuels et (2.9) le réseau de cancérologie du Québec.

### 2.1 Définitions

Le réseau hybride, cas particulier du réseau, est à la fois « mandaté » et « organique » (Ferlie, Fitzgerald, McGivern, Dopson, & Exworthy, 2010, pp. 46, 101, 124, 143; Mcdermott, Hamel, Steel, Flood, & McKee, 2015; Provan & Lemaire, 2012, p. 640). La composante mandatée renvoie aux objectifs et aux organisations prescrits ou imposés par le gouvernement et implique une structure de gouvernance formelle du réseau (cf. Isett & Provan, 2005, p. 149; Kenis & Provan, 2009, p. 440; Provan & Kenis, 2008, p. 235; Provan & Lemaire, 2012, p. 641; Provan & Milward, 2001, p. 414). La composante organique dans un réseau dirigé vers un but renvoie à la notion d'*action collective* (Kenis & Provan, 2009, p. 453; O'Toole, 2012, p. 299; Provan & Kenis, 2008, p. 229; Provan & Lemaire, 2012, p. 639). Cette action collective s'appuie sur des réseaux préexistants ou un « leadership distribué » à travers le réseau (cf. Denis, Langley, & Sergi, 2012; Gronn, 2002, 2008). Elle émerge de contacts mutuels et informels, parfois négociés et ajustés à l'intérieur de communauté, de groupes, de clans, de professions ou de cliques qui s'accordent un niveau plus ou moins élevé de confiance (cf. 6, Goodwin, Peck, & Freeman, 2006; Ouchi, 1980). La structuration du réseau est associée à son environnement (Benson, 1975, p. 229; O'Toole & Meier, 2004, p. 469; Provan & Milward, 1995, p. 2). Elle réfère aux multiples activités, processus et institutions qui contribuent à sa structure. La structuration du réseau peut être balisée volontairement, par différentes manifestations de gouvernance, ou involontairement, par les turbulences environnementales. La gouvernance réfère à la coordination de l'action collective par une organisation en position d'autorité dans le réseau (Pomey, Denis, & Contandriopoulos, 2008,

p. 185; G. Thompson, 2003, p. 37). La coordination réfère à l'alignement des éléments d'un système dans un pattern ordonné de manière à permettre leur action (G. Thompson, 2003, p. 37; Van de Ven, Delbecq, & Koenig Jr, 1976, p. 322). La turbulence est un *pattern* de réactions provoquées par les rétroactions (*feedback*) de l'environnement ou un changement dans les conditions du système (cf. Boyne & Meier, 2009, p. 801; Skelcher & Smith, 2015, p. 13).

## **2.2 Les réseaux en administration publique**

Selon Provan, Fish et Sydow (2007, p. 480), qui effectuent une recension des écrits empirique sur les réseaux, les réseaux interorganisationnels sont généralement considérés comme un phénomène de la vie organisationnelle (cf. Benson, 1975, p. 230), mais le terme n'est pas utilisé de façon stable dans les écrits scientifiques. Ils soulignent cependant que la plupart des études réfèrent toutefois au terme « réseau » avec des thèmes tels que les interactions sociales (entre individus), les relations, la connectivité, l'action collective, la confiance et la coopération. Les écrits scientifiques étant vastes et fragmentés, comment retenir les études pertinentes à notre recherche, en administration publique?

La troisième édition de la conférence *Minnowbrook* – célèbre rituel qui réunit tous les vingt ans les académiques éminents en administration publique – a donné lieu à un article de Isett et al. (2011 – *JPART*) sur l'étude des réseaux en administration publique et les perspectives de recherche. Ces auteurs (p. 1161) résument comme suit la définition du réseau pris dans son ensemble (*whole network*) :

Fundamentally, a network can be defined as a group of goal-oriented interdependent but autonomous actors that come together to produce a collective output (tangible or intangible) that no one actor could produce on its own.

Selon cette définition, le réseau est, primo, constitué d'un groupe d'acteurs, individus ou organisations, multiples et changeants. Secundo, ces acteurs sont autonomes, c'est-à-dire qu'ils ont une marge de manœuvre ou des pouvoirs variables quant à la prise de décision. Tertio, ces acteurs sont interdépendants, c'est-à-dire qu'ils tissent des relations, partagent leurs ressources et que les décisions des uns influencent les décisions des autres. Quarto, les acteurs participent à un but commun, d'où émerge un extrant (*output*) collectif supérieur à la somme de ses parties. Isett et al.

(2011) proposent une classification à deux axes : par lignes de recherche et par utilisations du concept.

Selon Isett, Mergel, LeRoux, Mischen, and Rethemeyer (2011, p. i158), il existe trois lignes de recherche sur les réseaux en administration publique : les réseaux politiques (*policy networks*), les réseaux collaboratifs (*collaborative networks*) et les réseaux de gouvernance (*governance networks*). La première, la plus vieille, s'intéresse à aux réseaux composés d'un ensemble d'organisations différentes, mais interdépendantes et aillant des intérêts communs, concernés par la prise de décision sur l'allocation des ressources publiques. La deuxième met plutôt l'accent sur les réseaux composés d'un ensemble d'agences gouvernementales qui travaillent et collaborent ensemble pour permettre la provision et la production de biens et services, qui ne pourraient être dispensés par une agence seule. La dernière comprend les réseaux qui visent à coordonner les organisations vers un but commun qui dépasse les seuls intérêts politiques ou collaboratifs. Notre recherche s'inscrit majoritairement dans cette dernière ligne de recherche. En effet, le RCQ vise, comme but commun, de « lutter contre le cancer », par l'accroissement « d'une manière plus structurée, la coordination, la concertation, la collaboration et la communication entre tous les intervenants en cancérologie au Québec » (MSSS, 2013a, p. 2).

Toujours selon Isett et al. (2011, p. i160), trois utilisations du concept dominant la recherche sur les réseaux en administration publique : l'utilisation métaphorique (*metaphor*), méthodologique (*method*) et utilitariste (*utilitarian*). La première représente l'utilisation du concept de réseau pour comprendre un phénomène social ou organisationnel qui n'est pas forcément défini formellement comme un réseau en soi. La deuxième réfère à l'utilisation et au développement de méthodes de recherche et d'outil de mesure pour l'analyse des réseaux. Enfin, la troisième renvoie à l'utilisation du concept comme une approche ou un outil pour comprendre la prestation de services publics et la coordination des efforts organisationnels. Notre recherche s'inscrit naturellement dans cette troisième perspective.

Par conséquent, les études les plus pertinentes pour circonscrire le concept et les dimensions du réseau de manière cohérente avec notre objet de recherche se rapportent à la ligne de recherche sur les réseaux de gouvernance et l'utilisation du concept de façon utilitariste. Les travaux de Provan

(Isett & Provan, 2005; Provan et al., 2007; Provan & Kenis, 2008; Provan & Milward, 1995, 2001), de Kiljn et Koppenjan (2000; 2004) ou de Turrini et al. (2010) s'inscrivent globalement dans ces courants.

Le réseau est, comme toute structure de l'administration publique, influencé par son contexte. Par exemple, les groupes d'intérêts et les organisations politiques, les pressions idéologiques, économiques ou financières et les pressions institutionnelles des différents paliers administratifs (Rethemeyer & Hatmaker, 2008, p. 633). Certains enjeux présentés dans les écrits scientifiques impactent aussi les réseaux. Nous présentons trois enjeux, ceux de l'asymétrie entre les acteurs, de la dépendance aux ressources et ceux liés au professionnalisme.

Les rapports asymétriques (*asymmetry*) entre les acteurs sont une dimension importante des réseaux (Isett & Provan, 2005, p. 155; Marwell, Oliver, & Prahl, 1988, p. 511). Selon Provan et Kenis (2008, p. 235), dans un réseau avec « organisation leader » (*lead organization*), les activités et les décisions importantes sont coordonnées par un acteur central, ce qui tend à concentrer le pouvoir et à provoquer des relations asymétriques. Cet aspect peut parfois faciliter la gouvernance par l'acteur central, mais aussi compliquer les relations entre les organisations du réseau. Le pouvoir dans les réseaux est donc plus ou moins symétrique en fonction des différences au niveau de la taille des organisations, des ressources et de la performance. Dans un réseau de soins de santé, elles peuvent résulter par une asymétrie sur le plan de l'information, du statut, des ressources, de la centralité ou de la nature des rapports sociaux (Goodwin, 6, Peck, Freeman, & Posaner, 2004, pp. 69, 101, 193).

La théorie de la dépendance aux ressources (*resource dependency theory*), avancée par Pfeffer et Salancik en 1978, caractérise l'organisation comme un système ouvert, dépendant des contingences et de l'environnement externe : « to understand the behavior of an organization you must understand the context of that behavior—that is, the ecology of the organization » (Hillman, Withers, & Collins, 2009, p. 1404). Selon cette théorie, les organisations en situation d'interdépendance cherchent à réduire l'incertitude et leur dépendance vis-à-vis les autres organisations. La notion de pouvoir, parfois assimilée au contrôle des ressources, est centrale. Les organisations cherchent à augmenter leur pouvoir et réduire la croissance du pouvoir des autres

organisations (Hillman et al., 2009, p. 1404). Cette théorie a été de nombreuses fois appliquée à l'étude des réseaux en administration publique (e.g. Agranoff & McGuire, 2001; O'Toole, 1997). Pour Rethemeyer & Hatmaker (2008, p. 634), qui mènent une étude longitudinale sur un réseau éducation pour adulte, tous les réseaux sont caractérisés par deux types de ressources, qui peuvent être converties en « influence » :

*Material-institutional resources* : The set of financial, political, human, informational, and institutional things and conditions that organizations can deploy in support of their preferred operational, political, or policy options. [It] include[s] money, employees, technical and experiential knowledge in the substantive area, state-sanctioned authority, political constituencies, and sources of funding. [...] [It is] inherent in the institutional arrangements (i.e., the governing constitutional and statutory structure) in which an interorganizational network is embedded.

*Social structural resources* : Social structure refers to a persistent pattern of communication and resource exchange between three or more actors—in this case, organizations. This perspective assumes that patterns of communication and resource exchange are nonrandom, resistant to change, and persistent, in part because they are useful to some set of actors.

Ces ressources « matérielles-institutionnelles » sont possédées de façon asymétrique par les acteurs, et les ressources « sociales-structurelles » sont distribuées de façon inégale sur la base de liens sociaux complexes. Les acteurs d'un réseau dépendent des ressources, mais aussi les utilisent pour accroître leur influence. Par exemple, un acteur peut utiliser son pouvoir financier ou son expertise technique pour influencer les autres acteurs (matériel-institutionnel), ou encore utiliser la connaissance ou le lien de communication privilégié qu'il possède avec un autre acteur pour exercer de l'influence ou du contrôle dans un groupe.

Les professionnels sont des acteurs clés dans les organisations où le savoir est une composante centrale (*knowledge-intensive organizations*) (Adler, Kwon, & Heckscher, 2008, p. 359; Powell & Snellman, 2004, p. 211). Les enjeux professionnels (*professionalism*) sont particulièrement importants dans les réseaux de soins de santé mandatés où les différents groupes professionnels ont parfois beaucoup de pouvoir (Rodríguez, Langley, Béland, & Denis, 2007, p. 165). Selon Adler et Kwon (2013), les professionnels se distinguent par leur autonomie, leur expertise, leur identité, leurs valeurs et liens qu'ils entretiennent avec différents acteurs. Les professionnels jouent un rôle central dans le changement ou la diffusion des innovations dans les organisations (Adler et al., 2008, p. 359). Ils peuvent être catalyseurs ou inhibiteurs.

Plusieurs facteurs influencent la diffusion des innovations dans les organisations professionnelles : la stratégie (ou l'engagement stratégique des professionnels), la structure (ou le support organisationnel des flux communicationnels verticaux et horizontaux), la culture (ou l'importance de la confiance à intra-organisationnelle), les compétences (ou l'éducation des professionnels en gestion) et le soutien des systèmes d'information. L'organisation des savoirs est donc centrale aux enjeux professionnels. Comme le soulignent Cant et Sharma (1996, p. 586) :

The theory of professionalization has to do, in one way or another, with how knowledge is presented. A claim for expertise is pivotal in the acquisition of trust, legitimacy, autonomy and a monopoly.

Touati et Denis (2012) suggèrent que la complexité du processus d'apprentissage et de l'organisation de ces savoirs devrait créer le besoin de multiples acteurs qui combinent différentes sources d'influence et d'expertise. La coordination de ses acteurs présente un défi majeur, qui fait appel à la valorisation de l'apprentissage collectif. Les relations entre les acteurs d'un système de santé sont potentiellement malléables par le développement de nouvelles connaissances de l'action, de nouveaux apprentissages collectifs. La gouvernance clinique, si elle comprend la mobilisation conjointe des savoirs et des relations entre les acteurs, présente une forme intéressante pour surmonter les enjeux professionnels qui peuvent inhiber le changement et la diffusion des innovations dans les systèmes de santé publique.

En somme, les écrits scientifiques pertinents divergent sur le plan de la définition des réseaux et des dimensions retenues. La notion de réseau hybride, avec une composante organique, fait appel à la notion d'action collective et, avec une composante mandatée, fait appel à la notion de gouvernance. Trois enjeux – asymétrie entre les acteurs, dépendance aux ressources et professionnalisme – notés dans les écrits sont présumés avoir une influence certaine sur la dynamique de ces réseaux.

**Tableau 2.1 : Dimensions contextuelles des réseaux**

<b>Auteurs</b>	<b>Définition</b>	<b>n</b>	<b>Dimensions contextuelles</b>
Provan et al. (2007)	<i>Group of three or more organizations connected in ways that facilitate the achievement of a common goal.</i>	5	1) Density; 2) Fragmentation and structural holes; 3) Gouvernance; 4) Centralization; 5) Cliques
Provan & Kenis (2008)	<i>Three or more legally autonomous organizations that work together to</i>	4	1) Trust; 2) Size (number of participants); 3) Goal consensus



	<i>achieve not only their own goals but also a collective goal.</i>		(nature of the task); 4) Network-level competencies
Turrini et al. (2010)	<i>Multiple organizations which are tied by some form of structural interdependence in which one unit is not the subordinate of others [...] that coordinate their joint activities through different types of peer-to-peer relations.</i>	5	1) External control; 2) Integration mechanisms and tools; 3) Size and composition; 4) Formalization and accountability; 5) Network inner stability
Ferlie et al. (2013; 2010)	Les auteurs reprennent le cadre conceptuel de Turrini et al. (2010)	6	1) Complexity of Context; 2) Network form; 3) Resource base; 4) Formalisation of roles, structure and governance; 5) Stakeholders (numbers and diversity) and power balance, 6) Processes and Skills
Dal Molin & Masella (2016)	Les auteurs s'appuient sur les définitions de Provan et al. (2007), Turrini et al. (2010) et Isett et al. (2011)	6	1) Trust; 2) Size; 3) Goal consensus; 4) Leadership and commitment; 5) Embeddedness; 6) Diversity

### 2.3 L'action collective dans les organisations

Les écrits scientifiques soulignent que les enjeux hautement complexes inhérents à l'administration publique nécessitent l'action collective (Kenis & Provan, 2009, p. 453; O'Toole, 1997, p. 46; Provan & Kenis, 2008, p. 229). En même temps, ces écrits suggèrent un lien conceptuel fort entre la notion de « réseaux dirigés vers un but » et la notion d'« action collective » (Isett et al., 2011, p. 1162; Provan & Kenis, 2008, pp. 230-232; Provan & Lemaire, 2012, p. 639). Enfin, les écrits sur l'organisation des systèmes de santé publique suggèrent que la notion de santé publique implique la notion d'action collective pour l'amélioration de la santé populationnelle (Beaglehole, Bonita, Horton, Adams, & McKee, 2004, p. 2084; Jamison, Frenk, & Knaul, 1998, p. 515). Par conséquent, la notion d'action collective se retrouve au cœur de la compréhension du sujet de l'implantation d'un réseau hybride.

La notion d'action collective est toutefois éclatée en plusieurs définitions dans les écrits scientifiques. Comme le soulignent Poteete et Ostrom (2004b, p. 216), cette « inconsistance » amène des problèmes sur le plan conceptuel (définition du concept, des facteurs et de leurs effets, de l'unité d'analyse) et empirique (instrument de mesure, importance relative des facteurs, interaction entre les facteurs, comparabilité entre les études). Les facteurs d'influence de l'action collective divergent d'une étude à l'autre, ainsi que le sens et la grandeur de leur influence. Par

exemple, les facteurs comme la taille du groupe ou l'hétérogénéité sont parfois considérés facilitant, parfois entravant. L'action collective peut prendre plusieurs formes, incluant le développement des institutions, la mobilisation des ressources, la coordination des activités et le partage de l'information (Poteete & Ostrom, 2004b, p. 224). Dès lors, un effort de synthèse – pour intégrer les facteurs d'influence de l'action collective dans les différentes études – fait face au défi de la comparabilité entre les différentes définitions du concept d'action collective, entre les unités d'analyses (et ses propriétés) et entre le type de facteurs d'influence (définition, sens et grandeur de l'effet). Pour cette raison, le Tableau 3.2, qui résume les travaux abordés, spécifie l'unité d'analyse (ou l'objet d'étude, pour les travaux conceptuels) utilisée par les recherches empiriques sur le sujet.

L'action collective est une notion développée par deux grandes lignes de recherches : l'école de l'économie politique (*political economy*) et l'école de la sociologie des organisations (*sociology of organizations*) (cf. Astley & Van de Ven, 1983; Hatchuel, 2000; Heckathorn, 1993, 1996). Ce double apport théorique est approfondi.

### **2.3.1 Apport théorique de l'économie politique**

John R. Commons (1950; Van de Ven, 1993) a d'abord défini les « règles de fonctionnement de l'action collective » comme permettant au réseau d'agir en tant qu'unité et prendre des décisions pour atteindre les intérêts collectifs et individuels de ses organisations membres. Mancur Olson (2002 [1965], p. 6) a ensuite défini l'action collective comme une situation où les organisations mettent en commun des ressources pour agir ensemble et satisfaire les intérêts qu'elles partagent. Elinor Ostrom (1990, pp. 5, 33), quant à elle, retiendra la définition de la coopération entre les individus, vers un but commun, dans un environnement complexe et incertain.

Plusieurs études empiriques et conceptuelles s'attardent aux facteurs contextuels qui influencent l'action collective. Ostrom (1990, p. 38) effectue une étude de cas multiples sur différents dilemmes de gestion des ressources communes dans diverses communautés à travers le monde. L'auteure arrive à la conclusion que l'action collective est influencée de façon consistante par (1) le nombre total de décideurs, (2) le nombre de participants minimalement nécessaire pour atteindre un bénéfice collectif, (3) la valeur accordée au futur (« discount rate »), (4) la similarité des intérêts

et (5) la présence de participants avec du leadership (Ostrom, 1990, p. 187-188). Elle ajoute à ces facteurs l'influence de, notamment, l'hétérogénéité, la présence d'évaluation, de sanctions échelonnées et de mécanismes de résolution de conflits (Ostrom, 1990, p. 199). Dans la même ligne de recherche, Ostrom et al. (1999, p. 281), à l'aide d'une démarche conceptuelle et d'une recension des écrits sur les formes réussies d'action collective, suggère qu'une forme supérieure de communication, d'information et de confiance entre les groupes et les individus est nécessaire pour atteindre des niveaux plus élevés de coopération.

Le nombre de facteurs critiques influençant la gestion des ressources communes relevés dans les différentes études a été synthétisé par Agrawal (2001). À partir d'une considérable recension des écrits et d'une démarche de classification et de regroupement, il dénombre une trentaine de facteurs<sup>1</sup> qu'il classe en quatre catégories : les caractéristiques du système de ressources (e.g. définition des frontières, prédictibilité), les caractéristiques du groupe (e.g. taille, interdépendance, partage des normes, leadership, hétérogénéité), les arrangements institutionnels (e.g. règles, sanctions, reddition des comptes) et l'environnement externe (e.g. technologie, marché, gouvernement). L'auteur conclut sur les difficultés liées à la comparabilité des différentes études, et propose ainsi un réaligement des recherches vers les études comparatives plutôt que les études de cas simples.

L'hétérogénéité se présente dans ces écrits comme un concept central. Poteete et Ostrom (2004a, p. 441), à partir d'une recension des études en foresterie, définissent l'hétérogénéité comme les variations des caractéristiques sociales, culturelles ou économiques, ainsi que les variations entre les relations de confiance et le partage des intérêts communs entre les organisations. Des aspects d'homogénéité tels que les complémentarités, la prédictibilité des actions et des intérêts partagés sont notés comme généralement liés positivement à l'action collective (Poteete & Ostrom, 2004a, pp. 453-454).

Poteete et al. (2010, pp. 223-226) mentionnent qu'au niveau individuel, les acteurs possèdent de l'information imparfaite (i.e. imprécise, contradictoire, volume trop grand, limites cognitives, etc.),

---

<sup>1</sup> Environ 33. Les différents arrangements possibles à partir du classement d'Agrawal (2001) peuvent faire varier la quantité de facteurs.

ont des préférences individuelles (e.g. identité, normes, croyances, expérience, etc.) et utilisent une variété d'heuristiques pour répondre aux situations (e.g. routines, habitudes, théories, etc.). La prise de décision individuelle nécessite une adaptation de ces facteurs pour favoriser l'action collective (Poteete, et al., 2010, p. 223). L'acte d'adaptation exige que le participant ait *confiance* envers les autres individus, les autres organisations et le système. Poteete et al. (2010, p. 229) en recensent dix aspects de cette confiance : coopération; sécurité; réputation ou prédictibilité des acteurs; horizon temporel; liberté de collaborer; communication; nombre d'acteurs; transparence; capacité de sanction et hétérogénéité. La prise de décision individuelle nécessite donc une adaptation de ces facteurs pour favoriser l'action collective (Poteete, et al., 2010, p. 223). L'acte d'adaptation implique la *confiance* entre les individus ou les organisations. Plusieurs variables sont reconnues empiriquement pour influencer la confiance. Poteete et al. (2010, p. 229) en recensent dix : coopération; sécurité; réputation ou prédictibilité des acteurs; horizon temporel; liberté de collaborer; communication; nombre d'acteurs; transparence; capacité de sanction et hétérogénéité.

### **2.3.2 Apport théorique de la sociologie des organisations**

Van de Ven, Delbecq et Koenig (1976) sont parmi les pionniers de l'étude empirique des déterminants des modes de coordination des organisations. En se basant sur les travaux de Thompson (1967) sur la coordination et l'incertitude pour formuler des hypothèses, puis à partir des réponses à un questionnaire des employés (n=1077) de 197 unités de travail différentes aux niveaux local et administratif dans une agence de sécurité américaine, leurs résultats montrent que l'incertitude liée à la tâche, l'interdépendance des tâches et la taille de l'unité de travail sont trois facteurs qui influencent significativement la coordination et les différents mécanismes de coordination mobilisés.

Oliver et Marwell ont publié une série de trois articles dans les années 1980 sur les facteurs d'influence de l'action collective. Plutôt que de s'attarder à la taille du groupe et du problème du *free rider*, ils s'intéressent à la nécessité d'un petit groupe de participants fortement intéressés (*interested*) et à fort potentiel (*resourceful*) pour permettre l'action collective. Une fois ce petit groupe ayant atteint une « masse critique » de participants, l'action collective deviendrait un problème d'efficacité, c'est-à-dire de capacité à mobiliser les participants vers un but, plutôt que

de *free rider*. Essentiellement à l'aide de développement de modèle mathématique et de simulation par ordinateurs, les auteurs suggèrent que la forme de la fonction de production de l'action collective, ainsi que la distribution des intérêts et des ressources dans le groupe influence significativement l'action collective (Oliver, Marwell, & Teixeira, 1985). Une démarche similaire permet d'affirmer que la taille du groupe, le coût des biens collectifs, l'hétérogénéité et les liens sociaux dans le groupe s'ajoutent à ces facteurs d'influence (Oliver & Marwell, 1988). La densité et la quantité de liens à l'intérieur du groupe, et plus particulièrement la centralisation des réseaux de liens, semblent avoir un impact majeur sur l'action collective. Une variable sous-jacente serait la sélectivité, c'est-à-dire la capacité de l'organisateur à sélectionner de participants à forte contribution potentielle (Marwell et al., 1988).

Dans la lignée des travaux de Oliver et Marwell (1985, 1988), Macy (1991) utilise des simulations par ordinateur pour tester un modèle à trois composantes, la prise de décision, la fonction de production et l'apprentissage individuel. Il conclut que l'interdépendance des actions facilite l'action collective. Concernant spécifiquement l'hétérogénéité, Heckathorn (1993, p. 347), à partir d'une démarche conceptuelle soutenue d'un modèle mathématique, soutient que le lien entre l'hétérogénéité du groupe et l'action collective est complexe. Il arrive à la conclusion que l'hétérogénéité présente un facteur qui facilite l'action collective lorsque celle-ci est problématique (e.g. la tentation de *free ride* est élevée ou les bénéfices liés à la coopération sont incertains) et entrave l'action collective lorsque la coopération est moins problématique.

Hargrave et Van de Ven (2006) ont tenté de synthétiser les perspectives convergentes des écrits scientifiques sur le changement organisationnel à l'aide d'une démarche conceptuelle et d'une recension des écrits. Les auteurs maintiennent que l'adaptation représente une perspective de changement institutionnel au niveau micro (acteur) et serait générée par les croyances environnementales, les pressions et le contexte de régulation. L'action collective représenterait une perspective de changement institutionnel au niveau macro (plusieurs acteurs ou interorganisationnel) et proviendrait de la reconnaissance des problèmes et des frontières parmi les groupes. Selon les auteurs, l'addition de l'action collective et de l'adaptation aurait pour effet l'innovation. Le changement organisationnel émergerait des interactions entre les individus.

Enfin, Simpson et al. (2012) s'intéressent au rôle du statut social des membres du groupe. Ils émettent trois hypothèses portant sur les différences de statut social à l'intérieur du groupe. Au terme d'une recension des écrits empiriques et d'une expérimentation préliminaire (n=154), les auteurs obtiennent pour résultat que le statut social (et ses constituantes corolaires de la hiérarchie et des iniquités) influence l'atteinte d'un but commun dans un groupe. Par exemple, la présence d'un individu avec un statut social significativement supérieur ou significativement inférieur aurait une influence sur l'action collective, comme la présence d'inégalités dans les statuts individuels.

**Tableau 2.2 : Synthèse des études pertinentes sur l'action collective**

Auteur	Objet /Unité d'analyse	Méthode	Réponses/Solutions
<i>Apport théorique de l'économie politique</i>			
Ostrom (1990)	Action collective et « Common pool resources »	Études de cas multiples (14)	Plusieurs facteurs : nombre de décideurs, valeur accordée au futur, similarité des intérêts, hétérogénéité, évaluation, sanctions échelonnées, mécanismes de résolution de conflits
Ostrom & al. (1999)	Action collective et « Common pool resources »	Conceptuel et recension des écrits	Communication, information et confiance
Agrawal (2001)	Institutions et « Common pool resources »	Recension des écrits	Une trentaine de facteurs d'influence, regroupés en quatre catégories : caractéristiques du système de ressources, caractéristiques du groupe, arrangements institutionnels et environnement externe.
Poteete & Ostrom (2004a)	Hétérogénéité et action collective	Recension des écrits	Complémentarité pour améliorer l'action collective. Prédicibilité des interactions et intérêts communs. Contexte. Taille et hétérogénéité du groupe.
Poteete & Ostrom (2004b)	Concept d'action collective	Conceptuel et recension des écrits	Plusieurs facteurs : caractéristiques du problème d'action collective, caractéristiques du groupe, arrangements institutionnels, technologie, action des gouvernements nationaux et autres acteurs externes.
Poteete, Janssen & Ostrom (2010)	Action collective	Études de cas, simulation, expérimentation, recension des écrits, conceptuel.	Plusieurs variables : Réputation des acteurs, communication, hétérogénéité, partage d'information, sanctions.
<i>Apport théorique de la sociologie des organisations</i>			

Van de Ven, Delbecq et Koenig (1976)	Déterminants des modes de coordination des organisations	Quantitatif. Questionnaires pour employés (n=1077) de 197 unités de travail au niveau local et administratif dans une agence de sécurité américaine	Trois facteurs : incertitude liée à la tâche, interdépendance des tâches et taille de l'unité de travail.
Crozier et Friedberg (2014 [1977])	Contraintes de l'action collective	Conceptuel et recension des écrits. Exemples. Étude de cas (n=1).	Action collective comme construit social. Système définit la liberté de l'acteur et la rationalité de son action. Action collective structurée par les relations de pouvoir (contrôle des zones d'incertitude).
Oliver et al. (1985)	Problème de l'action collective	Modélisation mathématique et simulation par ordinateur.	La fonction de production et la distribution de l'intérêt et des ressources parmi le groupe.
Oliver & Marwell (1988)	Action collective	Modélisation mathématique et simulation par ordinateur	Taille du groupe, le coût des biens collectifs, l'hétérogénéité et les liens sociaux
Marwell et al. (1988)	Action collective et réseaux sociaux	Modélisation mathématique et simulation par ordinateur	La densité et la quantité de liens à l'intérieur du groupe, la centralisation des réseaux de liens et la sélectivité.
Macy (1991)	Action collective	Modélisation mathématique et simulation par ordinateur	L'interdépendance des actions facilite l'action collective.
Heckathorn (1993)	Action collective et hétérogénéité	Conceptuel	Le rôle de l'hétérogénéité est complexe avec l'action collective et peut l'influencer de différente façon
Hargrave & Van de Ven (2006)	Littérature sur le changement organisationnel	Conceptuel. Recension des écrits.	Adaptation (niveau individuel) générée par croyances environnementales, pressions et contexte de régulation. Action collective (niveau organisationnel) générée par reconnaissance des problèmes et barrières parmi les groupes.
Simpson et al. (2012)	Action collective et dilemme de biens communs	Recension d'études empiriques, expérimentation avec participants (n=164)	Statut social (inclue hiérarchie et inégalités)

### 2.3.3 Théorie axiomatique de l'action collective : une synthèse possible

L'expression « théorie axiomatique de l'action collective » vient de Armand Hatchuel (2000), tout comme la volonté d'en faire une synthèse des deux courants « économique » et « social » (p. 22) :

La théorie économique, dans sa forme classique, fait de l'action *la conséquence d'une connaissance ou d'une croyance sur notre intérêt* : chaque acteur agit selon ce qu'il croit savoir de son intérêt et des intérêts d'autrui. Elle met hors de son champ théorique la nature des « relations » qui existent entre les personnes [...] Symétriquement, les diverses théories sociologiques ont en commun de concevoir l'action comme une conséquence *des « relations » (pouvoirs, classes, places, rangs, positions, appartenances, statuts...)* que chacun entretient avec les autres et qui pèsent sur lui. Ces relations déterminent donc la conception des intérêts particuliers. Dès lors, le regard sociologique a été moins enclin à s'intéresser *aux énigmes du savoir* qui pèsent sur la conception de l'action : par exemple, l'incertitude ou ce que Michel Foucault appelait « les jeux du vrai et du faux » qui permette de rendre les relations visibles et contrôlables.

La théorie axiomatique vise à pallier à ses exclusions théoriques de l'économie et de la sociologie, en modifiant le regard ontologique porté sur l'action (p. 22) :

Nous avons choisi de ne pas considérer « l'action » comme un phénomène naturellement observable, mais comme une modification du monde que nous devons *concevoir*, qui exige donc de notre part une action. La conception de l'action *peut être entendue de deux manières non exclusives* : soit pour la faire *exister*, l'action est alors notre création ; soit pour la *reconnaître* : l'action n'est pas créée par nous, mais elle existe parce que nous la percevons.

Cette conception de l'action s'inscrit dans la volonté d'Hatchuel d'interroger les conceptions économiques et sociologiques de l'action pour les faire apparaître « comme des cas particuliers de la théorie axiomatique ». Ces cas découlent « d'un traitement spécifique de ces opérateurs » de la théorie de Hatchuel, c'est-à-dire (a) les savoirs et (b) les relations, unis par un *principe d'inséparabilité*. Le savoir, premier opérateur, représente (p. 24) « cette réflexivité, qu'elle précède l'action ou qu'elle la suive, qu'elle s'appuie sur le processus de l'action ou sur ses conséquences suppose un opérateur *qui soit modifié par la réflexion* ». La relation, deuxième opérateur, représente (p. 25) « à la fois un savoir sur ce qui relie des acteurs et une condition pesant sur les savoirs détenus par chacun ». Le *principe d'inséparabilité* sous-tend (p. 26) « qu'il n'y a pas de savoir absolu (indépendant des relations) ou de société absolue (indépendante des savoirs) ». Hatchuel s'inscrit à la suite du courant de Michel Foucault (voir Foucault, 1975) sur le renforcement mutuel de l'exercice du pouvoir et de l'acquisition de savoir. Le concept de pouvoir-savoir implique chez Hatchuel la conception de l'organisation comme, non pas un lieu de savoir et



de pouvoir, mais une action collective qui redistribue les pouvoirs et les savoirs (Hatchuel, 2005a, p. 26). Le savoir étant par nature « limité, incomplet, inachevé », il est « dynamique, fluide, rapidement obsolète ». Les formes de pouvoir sont donc « instables » (Hatchuel, 2005a, p. 28). L'action collective est ainsi, plutôt qu'une logique de « mise en commun », une logique de « coordination des interactions » (Hatchuel, 1996, pp. 179-180), qui implique à la fois les acteurs et les savoirs. L'action collective représente dès lors comme une « connaissance-progrès » (Hatchuel, 1996, p. 193-194), c'est-à-dire une problématique de connaissance (e.g. comment implanter un réseau hybride?) et une transition souhaitable (e.g. le réseau hybride s'implante). L'action collective peut donc être définie comme la *coordination des interactions entre acteurs et entre savoirs*, c'est-à-dire « le processus de construction conjointe des savoirs et des relations par lequel les narrations deviennent possibles et se transforment dans l'action » (Hatchuel, 2000, p. 29). Elle existe dans les apprentissages collectifs (p. 26) :

On doit d'abord remarquer qu'il n'y a que deux mouvements possible pour une action collective : (i) *reconstruire des relations compatibles avec une modification des savoirs* ou (ii) *reconstruire des savoirs compatibles avec une modification des relations*. Toute tentative de faire l'un sans l'autre est vouée à mettre en danger les apprentissages collectifs nécessaires : c'est à dire, susciter l'incompréhension ou la dérive vers des formes extrêmes et autoritaires de l'action.

La théorie axiomatique se distingue alors des écoles de l'économie politique ou de la sociologie des organisations dans l'étude de l'action collective dans les organisations. Plutôt qu'une logique de mise en commun, où l'étude se concentre principalement sur les caractéristiques des acteurs (individus, groupes ou organisations) (e.g. Poteete, Janssen, & Ostrom, 2010) ou encore le comportement de ceux-ci (e.g. Hargrave & Van de Ven, 2006), la théorie axiomatique s'intéresse aux relations et aux savoirs, indissociables opérateurs dont la coordination permet la gouvernance. En somme, l'action collective selon Hatchuel n'est possible que par la définition, la conception et l'articulation, entre les acteurs, des opérateurs « savoir » et « relation ». Cette conception *hatchuellienne* de l'action collective est notamment reprise par Brault et al. (2008, p. 170) pour exprimer la notion de gouvernance :

La gouvernance est donc construite et conçue en impliquant les différents acteurs. Quant à l'autorité, elle est un opérateur de relations et elle s'acquiert par l'articulation des relations selon les positions multiples et variables de légitimité occupées par les acteurs au sein de

l'organisation. Ceci confère un pouvoir et une autorité aux divers acteurs présents dans l'organisation professionnelle : les gestionnaires, les professionnels et autres intervenants du système clinique.

Les notions de gouvernance et de coordination sont discutées dans la prochaine section.

## **2.4 Gouvernance des réseaux dans les systèmes publics de soins de santé**

Les réseaux peuvent être vus comme des organisations dont la forme de gouvernance assure, en administration publique, la coordination entre les organisations qui octroient les services (cf. Isett & Provan, 2005, p. 149; Kenis & Provan, 2009, p. 440; Provan & Lemaire, 2012, p. 641; Provan & Milward, 2001, p. 414). La gouvernance des réseaux a un impact majeur sur les services pris en charge, notamment dans un réseau de soins de santé (cf. Provan & Milward, 1995). Provan, Fish et Sydow (2007, p. 502), puis Provan et Kenis (Provan & Kenis, 2008, p. 233), avancent trois types de gouvernance des réseaux dans leur ensemble (*whole network*) : la gouvernance partagée (*participant-governed*), le mode le plus flexible et le moins hiérarchisé, réfère à un mode où les participants établissent ensemble, par le biais de différentes activités, les règles, les normes et se partagent le pouvoir de façon plus ou moins informelle. La gouvernance par organisation leader (*lead organization*), le mode le plus centralisé, renvoie à un réseau où une organisation participante particulièrement forte est en position hégémonique, et où toutes les activités majeures et les décisions importantes sont coordonnées par elle. Enfin, la gouvernance par une organisation qui administre le réseau (*network administrative organization*) renvoie à la situation où une instance administrative externe au réseau ne participe pas à la production ou à la prestation de service. Le sujet de la gouvernance des réseaux en administration publique appliqué au contexte des systèmes publics de soins de santé est traité spécifiquement par trois notions dans la littérature : la coordination des soins, la gouvernance clinique et la gouvernementalité.

### **2.4.1 Coordination des soins et gouvernance clinique**

Comment les notions de coordination et de la gouvernance se traduisent-elles dans le domaine de la santé publique? Deux concepts développés dans les écrits scientifiques sur les soins de santé publique méritent d'être mobilisés pour établir la terminologie retenue dans cette recherche : celui de la « coordination des soins » et celui de la « gouvernance clinique ». Le concept de coordination

des soins (*care coordination*) a été introduit graduellement, plusieurs travaux ont par la suite tenté d'asseoir cette notion et d'établir des balises claires (e.g. McDonald et al., 2007; E. Schultz, Pineda, Lonhart, Davies, & McDonald, 2013; E. M. Schultz & McDonald, 2014; Walsh et al., 2011). McDonald et al. (2007, p. 39), à partir d'une recension systématique des écrits sur le sujet, ont déterminé cinq composantes clés de cette notion : (1) implication de plusieurs participants, (2) interdépendance entre les participants pour effectuer les tâches de soins, (3) nécessité de l'information adéquate sur les rôles et les ressources de chacun des participants, (4) partage de l'information sur les soins des patients et (5) l'intégration des activités de soins a pour but pour faciliter la prestation appropriée des services de soins de santé. McDonald et al. (2007, p. 41) ont proposé la définition suivante, reprise dans plusieurs ouvrages :

[...] the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved in a patient's care to facilitate the appropriate delivery of health care services. Organizing care involves the marshalling of personnel and other resources needed to carry out all required patient care activities, and is often managed by the exchange of information among participants responsible for different aspects of care.

Le concept de la gouvernance clinique (*clinical governance*) s'est quant à lui développé avec la réforme du *National Health Service* (NHS) en Angleterre dans les années 1990 (Brault et al., 2008, p. 168; Scally & Donaldson, 1998, p. 61) et a été popularisé par plusieurs travaux (e.g. Goodman, 1998; Halligan & Donaldson, 2001). Selon Denis, Contandriopoulos et Pomey (2008, p. 165) :

[l]a gouvernance clinique représente un effort délibéré des organisations pour accroître la capacité des professionnels dans une organisation de santé à coordonner leurs pratiques afin de dispenser des soins de qualité à tous leurs patients et ce, en tenant compte des ressources disponibles.

Six composantes sont généralement retenues (Brault et al., 2008, p. 168): (1) la formation et le développement professionnel, (2) la vérification (audit) clinique, (3) l'efficacité clinique, (4) la recherche et le développement scientifique, (5) la transparence et (6) la gestion des risques. En mobilisant les théories de la gouvernance (particulièrement Hatchuel sur l'action collective), Brault et al. (2008, p. 172) proposent la définition suivante :

[...] un espace situé entre le système de gestion et le système clinique d'une organisation. Cet espace est considéré comme un nouvel objet de gouvernement et un nouveau mode d'action collective. La gouvernance clinique est un lieu où se mobilisent conjointement les

savoirs et les relations émergent des acteurs du système de gestion et du système clinique et ce, de façon égalitaire et enrichissante pour tous les acteurs présents au sein de ces systèmes.

La gouvernance clinique est donc une forme « action collective en position d'autorité » (p. 170). Les notions de coordination des soins et de gouvernance clinique se juxtaposent conceptuellement sur les thèmes de la mobilisation des participants/acteurs et de l'échange d'information/savoir dans l'organisation/gouvernance des soins de santé. La notion de gouvernance se juxtapose à la notion de coordination. Selon Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008, p. 185) :

Le concept de *gouvernance* permet de prendre en considération la complexité de piloter des actions collectives dans un réseau de membres internes et externes à l'organisation, basée sur des relations de confiance négociées. Elle permet aussi de rendre compte de la capacité des personnes ou structures qui ont une légitimité formelle et légale de contrôler et développer les capacités d'adaptation d'une organisation.

Les auteurs (p. 185) proposent un modèle où la qualité et la sécurité des soins et services dans le système de santé sont influencées par les pratiques de gouvernance, c'est-à-dire les moyens et les outils utilisés par les acteurs pour améliorer le fonctionnement de l'organisation. Ils suggèrent deux ordres de pratiques. Les pratiques de gouvernance stratégiques sont définies comme les orientations de l'organisation et son adaptation à l'environnement. Elles renvoient à la capacité d'un établissement de santé à s'adapter aux pratiques cliniques et aux connaissances technologiques, ainsi qu'à renforcer la cohésion autour de sa culture, ses valeurs et ses normes. Les pratiques de gouvernance managériales réfèrent aux principes organisateurs qui traduisent les orientations stratégiques. Elles concernent l'optimisation de l'allocation des ressources, l'amélioration de la production et l'intégration des soins. Ces deux pratiques se déploient en proximité, c'est-à-dire la coordination des pratiques au niveau micro, et pour l'ensemble, c'est-à-dire au niveau moins micro des activités de l'organisation de la qualité et la sécurité de l'organisation.

#### **2.4.2 Gouvernamentalité**

La notion de gouvernamentalité a fait mainte fois l'objet de rapprochement avec la gouvernance clinique (Brownlie & Howson, 2006; Flynn, 2002; Marshall, 2008; Sheaff et al., 2004). Développée par Foucault (Foucault, 2001 [1984], p. 1547), la gouvernamentalité se définit comme suit :

L'ensemble des pratiques par lesquelles on peut constituer, définir, organiser, instrumentaliser les stratégies que les individus, dans leur liberté, peuvent avoir les uns à l'égard des autres.

Cette notion s'intéresse principalement aux techniques de gouvernance et à la surveillance des acteurs dans un système en vue de diriger leur comportement. La gouvernamentalité a été utilisée à quelques reprises pour étudier les réseaux dans les systèmes publics de soins de santé (Ferlie et al., 2013; Ferlie et al., 2012; McGivern, Currie, Ferlie, Fitzgerald, & Waring, 2015; Sheaff et al., 2004). La gouvernamentalité comprend alors les nombreux outils liés aux réformes du *Nouveau management public*, notamment les outils d'évaluation de la performance (Ferlie et al., 2013, p. 5) ou l'informatisation des audits ou des registres pour les patients (G. P. Martin, Leslie, Minion, Willars, & Dixon-Woods, 2013). Globalement, ces techniques permettent à un petit nombre d'acteurs en position d'autorité de gouverner une grande quantité d'acteurs, même avec peu de ressources. La notion de gouvernamentalité est également approfondie dans le Chapitre 4 de cette thèse.

## **2.5 Un milieu caractérisé par la complexité et l'incertitude**

Le système public de soins de santé est caractérisé par un milieu complexe et incertain. Stacey et Griffin (2006, p. 7) définissent la complexité dans les organisations publiques de la façon suivante :

Complexity refers to a particular dynamic or movement in time that is paradoxically stable and unstable, predictable and unpredictable, known and unknown, certain and uncertain, all at the same time.

La complexité se présente alors comme la propriété d'un phénomène imprévisible, mais dont l'imprévisibilité est prévisible. Trois échelons de complexité entourent l'implantation d'un réseau dans un système public de soins de santé : (1) la complexité liée à l'intervention, (2) la complexité en tant que propriété du système d'intervention, c'est-à-dire le réseau, et (3) la complexité liée à l'implantation du réseau. Premièrement, l'intervention auprès des patients est complexe. En effet, le traitement des patients atteints du cancer est une intervention qui, en raison de la nature de la maladie et de son développement, est complexe (Fleissig, Jenkins, Catt, & Fallowfield, 2006, p. 935; Siegel et al., 2012, p. 4; Taylor et al., 2010, p. 743). L'intervention fait appel à plusieurs composantes interdépendantes, à plusieurs acteurs à différents niveaux dans le système de santé et

est susceptible de produire une variété d'effets dont la nature et la portée dépendent du contexte (M. Campbell et al., 2000; N. C. Campbell et al., 2007; Craig et al., 2008, p. 979). Deuxièmement, le système d'intervention clinique présente aussi une forme de complexité. Un système public de soins de santé possède des propriétés complexes qui reflètent les propriétés complexes du système de santé (Plsek & Greenhalgh, 2001, p. 625; Shiell, Hawe, & Gold, 2008, p. 1281) et du management des organisations publiques (Esteve, 2014, p. 281; Stacey & Griffin, 2006, p. 8). Troisièmement, l'implantation d'un réseau dans un système de santé représente un défi complexe. Il fait appel à un changement dans les structures organisationnelles et les stratégies organisationnelles (Denis et al., 2009, p. 232), génératif d'imprévisibilité et d'instabilité.

James D. Thompson (2003 [1967], p. 159) a fameusement présenté l'incertitude comme un problème fondamental et universel inhérent aux organisations complexes :

Uncertainty appears as the fundamental problem for complex organisations, and coping with uncertainty, as the essence of the administrative process. Just as complete uncertainty or randomness is the antithesis of purpose and of organization, complete certainty is a figment of the imagination [...].

Cette inhérence fait référence à trois sources d'incertitudes propres aux organisations complexes (p. 159) :

Uncertainties are presented to complex organizations from three sources, two external to the organization and the third internal [...] : (1) *generalized uncertainty*, or lack of cause/effect understanding [...] (2) *contingency*, in which the outcomes of organizational action are in part determined by the actions of elements of the environment [...] (3) *interdependence of components*.

Autrement dit, l'incertitude serait générée par l'impossibilité de saisir toute l'expérience passée et présente, la difficile prédictibilité de l'environnement et de l'expérience future, ainsi que le problème de l'émergence d'effets organisationnels imprévisibles et incontrôlables liée à l'interdépendance de la somme des parties de l'organisation. Du point de vue organisationnel, cette conception de la prévalence de l'incertitude génère des irrégularités et des complications pour la planification, la standardisation, la précision, la consistance et la compréhension (Shenhav, 2003, p. 201). Thompson (2003 [1967], p. 159) suggère que l'incertitude peut être solutionnée (i.e. partiellement réduite) par la coordination des actions selon la compréhension de patterns

contextuels. Par exemple, les organisations du réseau pourraient se coordonner pour l'embauche d'une quantité de personnel supérieure à la quantité nécessaire pour la prestation des soins en prévision de l'imposition possible de coupures gouvernementales (e.g. Kamps & Polos, 1999, p. 1776).

Koppenjan et Klijn (2004, pp. 6-7) évoquent quant à eux trois types d'incertitude propre aux réseaux : (1) *substantive*, c'est-à-dire la disponibilité, l'interprétation et la quantité d'information, (2) *stratégique*, c'est-à-dire liée au problème d'anticipation des décisions des acteurs (*wicked problems*) », ou à l'indétermination des interactions entre les acteurs, et (3) *institutionnelle*, c'est-à-dire la nature des interactions caractérisées par les divergences de régimes institutionnels des acteurs (e.g. culture, processus, opinions, règles, langage). Les auteurs (p. 8) soulignent que la négation du problème, les délais d'indécisions ou la collection d'information sont trois réponses inadéquates devant l'incertitude. L'imposition de mesures autoritaires (*top-down*) peut aussi se heurter à une forte résistance de la part des acteurs. À l'instar de Thompson (2003 [1967]), Koppenjan et Klijn (2004) ne déterminent pas de solutions totale ou universelle à l'incertitude. Ils avancent toutefois que la formation des réseaux, c'est-à-dire le processus de construction et de solidification, conditionne les interactions entre les acteurs. En fonction des perceptions que les acteurs ont des autres acteurs et des différents problèmes, des jeux politiques (*policy games*) ont lieu où tous tentent d'influencer à leur manière la formulation et la priorisation des problèmes, ainsi que les actions à entreprendre pour le réseau. Les auteurs suggèrent que l'action conjointe (*joint action*) est une clé pour faire face à l'incertitude dans les réseaux. Les stratégies de management du réseau devraient viser à initier et supporter les interactions et les processus d'apprentissages entre les différents acteurs. Par exemple, les auteurs suggèrent le développement durable et conjoint d'idées (*insights*), de méthodes de travail et d'institution. Ils soutiennent que les incertitudes substantives, stratégiques et institutionnelles peuvent être réduites par des processus d'apprentissage cognitifs, stratégiques et institutionnels.

En somme, ces deux notions – complexité et incertitude – caractérisent le contexte de l'implantation d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé. Ils impliquent la présence de rétroactions (*feedback*) du contexte caractérisées par l'instabilité, l'imprévisibilité, et l'ambiguïté. La gouvernance et l'action collective du réseau, dans un tel milieu, doivent permettre

de favoriser la compréhension des patterns contextuels, notamment par des mécanismes qui favorisent les processus d'apprentissages collectifs entre acteurs, le développement conjoint d'idées (*insights*) et de méthodes de travail.

## 2.6 Turbulence

La turbulence est un facteur qui impacte l'administration publique dans son ensemble (O'Toole & Meier, 2015). Selon Koppenjan et Klijn (2004, p. 4), les réseaux sont souvent caractérisés par un environnement turbulent qui déstabilise les organisations. Par exemple, la pression sociale, les médias ou les poursuites judiciaires peuvent être vus comme des facteurs de turbulence pour une organisation. Les auteurs (p. 167) ajoutent que le réseau est une forme plus adaptée que les autres formes organisationnelles pour détecter et répondre de façon appropriée à la turbulence environnementale, en raison de sa capacité à collecter l'information et d'identifier et mobiliser des ressources. Cette capacité à réagir découle en partie de l'habileté des réseaux à capitaliser sur les diverses sources d'informations et de bassins de ressources. Comment définir la turbulence? Gerhard Ertl (2008, p. 3533), lors de son allocution pour la réception du Prix Nobel de Chimie, en 2007, pour ses travaux sur les réactions chimiques sur les surfaces solides, propose une définition intéressante :

We have now reached a state in which a system that in principle is very simple—a chemical reaction between two diatomic molecules on a well-defined single-crystal surface with fixed external parameters and for which all individual reaction steps are known—nevertheless exhibits rather complex behavior. Such effects are generally expected for open systems far from equilibrium and are hence believed to govern also processes in nature. Our system can be considered to be a rather simple model for studying these types of phenomena. One might for example be interested to modify pattern formation from outside by affecting one of the control parameters. This can be done either locally by heating a small spot on the surface by laser light or globally by a feedback mechanism in which the actual reaction rate (or integral coverage of one of the surface species) is used to regulate the flow of one of the reacting gases. A series of patterns created in this way from a turbulent initial state by different strength and delay of the feedback. [...] These patterns are reminiscent of similar phenomena found in nature, but also of Vincent van Gogh's vision of our world in his painting *The Starry Night*.

Les turbulences sont alors des *patterns* de réactions provoquées par les rétroactions (*feedback*) du contexte ou un changement dans les conditions du réseau. Il est possible de percevoir les interactions complexes entre acteurs dans un réseau hybride comme générant des turbulences dans



le réseau, turbulences influencées par les perturbations dans les caractéristiques des acteurs et des interactions, ainsi que les modifications des conditions du contexte. La turbulence n'est ni crise, ni adaptation. Elle forme un état intermédiaire et latent, qui n'empêche pas l'action.

Quelques auteurs ont abordé la notion de turbulence. Skelcher et Smith (2015, p. 13), dans un effort récent de théorisation de l'hybridité dans les organisations publiques, suggèrent que l'hybridité pourrait être associée avec la turbulence environnementale, puisque celle-ci présente des conditions où les réponses organisationnelles doivent souvent reposer sur des logiques institutionnelles multiples, ainsi que des réponses créatives et innovantes. Pour Maitlis et Sonenshein (2010, p. 552), qui s'intéressent à la construction de sens partagé dans une organisation dans une situation de crise ou de changement, un contexte de turbulence est moins susceptible de déstabiliser les individus ou les organisations, c'est-à-dire de devenir une situation de crise, lorsque ceux-ci sont en mesure de construire un sens partagé, un but commun. Enfin, pour Kapucu (2005, p. 35; 2006, p. 208), les organisations dans les environnements turbulents développent fréquemment des relations de façon à continuer à travailler ensemble vers le but commun. La turbulence représente ainsi une énergie non canalisée, latente, et porte un potentiel de crise ou d'adaptation. Par exemple, pour un réseau hybride dans un système public de soins de santé, il est possible de s'imaginer que l'imposition, par le gouvernement, d'un nouveau dirigeant dans un établissement où les turbulences sont relativement équilibrées peut être suffisante pour déséquilibrer le système et générer une crise interne. Selon Moynihan (2009), une gouvernance centralisée dans un réseau favoriserait la coordination de la réponse à une crise. La présence de relations de travail positives et de confiance entre les acteurs serait un facteur critique pour améliorer la coordination.

Bref, l'implantation d'un réseau hybride, qui passe par l'imposition d'une composante mandatée, implique nécessairement des changements organisationnels qui provoquent de la turbulence. Cette turbulence peut mener à un état d'adaptation du réseau à son contexte ou un état de crise pour les acteurs impliqués.

## **2.7 Un cadre conceptuel intégré**

En somme, l'étude de la structuration des réseaux hybrides implique les notions d'action collective, de gouvernance et de turbulence. Trois courants de littérature sont mobilisés pour permettre la

conceptualisation de cette structuration : (a) les réseaux en administration publique, (b) l'action collective des organisations et (c) la gouvernamentalité appliquée aux réseaux dans les systèmes de soins de santé. La théorie axiomatique s'inspire directement de la notion de *gouvernamentalité* chez Foucault. La *théorie axiomatique*, telle que développée par Hatchuel, sert d'élément intégrateur : elle partage avec le premier les principaux concepts (e.g. acteurs, relations, pouvoir), elle partage avec le deuxième l'objet d'étude (action collective), et elle partage avec le troisième les fondements théoriques foucauldien. Avec les années, la gouvernamentalité est devenue un ensemble théorique différencié et parfois appliqué aux organisations de santé. Partageant les mêmes racines théoriques, elle permet un focus théorique cohérent avec la théorie axiomatique. Aussi permet-elle d'appliquer les concepts de la théorie axiomatique à l'étude des réseaux hybrides dans les systèmes publics de soins de santé. L'approche *hatchuellienn*e permet donc l'intégration cohérente de ces courants incontournables. La Figure 7.1, présentée dans la section « Discussion », illustre les liens entre ces courants de la littérature. Ainsi, à partir de la *théorie axiomatique* il est possible de résumer la structuration d'un réseau à trois aspects indissociables :

- Les acteurs du réseau;
- Les savoirs;
- Les interactions (i.e. les relations) entre acteurs et savoirs.

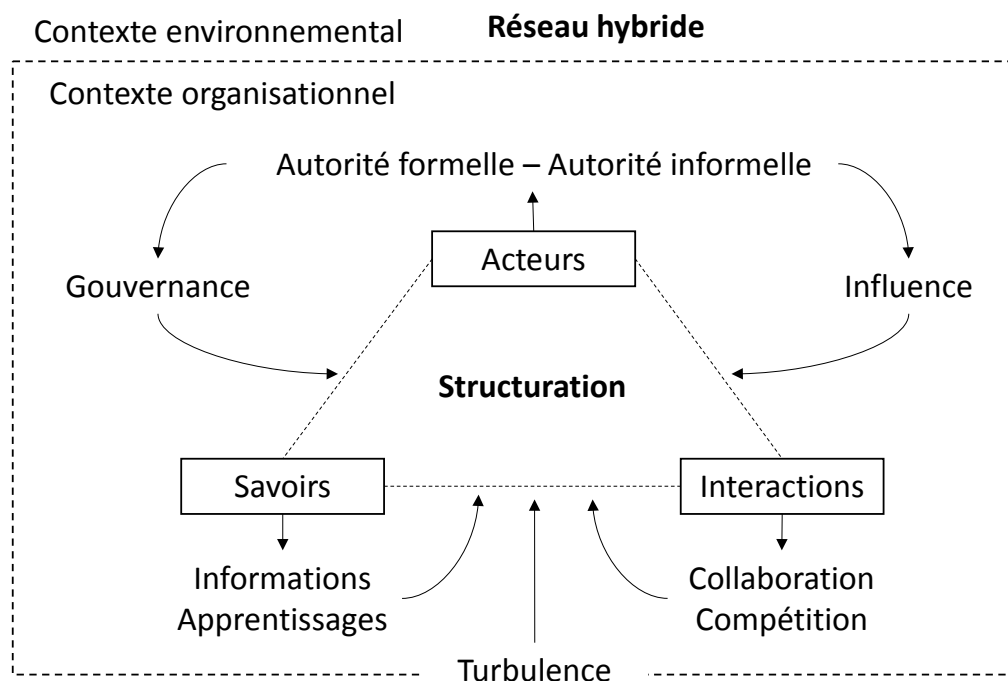
La structuration d'un réseau hybride peut s'opérer s'il y a modification des *acteurs*, modification des *savoirs* ou modification des *interactions* (Hatchuel, 2000, pp. 26, 29). Une modification des savoirs se traduit par des apprentissages (individuels ou collectifs) ou une modification des informations disponibles (sur les acteurs ou sur le travail) (Hatchuel, 2000, p. 29). Une modification des interactions peut signifier, simplement, des changements dans les relations de collaboration ou de compétition (cf. 6 et al., 2006; Kilduff & Brass, 2010; Siciliano, 2015; Spekkink & Boons, 2015). Cette structuration du réseau est associée à son environnement (Benson, 1975, p. 229; O'Toole & Meier, 2004, p. 469; Provan & Milward, 1995, p. 2). Ces modifications peuvent être *volontaires*, c'est-à-dire liées à une manifestation de gouvernance d'un acteur en position d'autorité formelle (*top-down*) (Dal Molin & Masella, 2016, pp. 499, 505; Pomey et al., 2008, p. 185; G. Thompson, 2003, p. 37) ou d'une manifestation d'influence d'un acteur avec autorité informelle (*bottom-up*) (2008, p. 631; Touati & Denis, 2012). Ces modifications peuvent aussi être

*involontaires*, c'est-à-dire liées à des turbulences environnementales (cf. Boyne & Meier, 2009, p. 801; Skelcher & Smith, 2015, p. 13). L'étude de la structuration des réseaux hybrides et des facteurs contextuels qui influencent cette structuration passe donc par trois aspects distincts :

- La gouvernance par des acteurs en position d'autorité formelle (*top-down*);
- L'influence des acteurs avec pouvoir-savoir informel (*bottom-up*);
- La turbulence.

La structuration s'opère dans un *contexte* organisationnel (e.g. buts, professionnalisation, centralisation) et un contexte environnemental (e.g. système politique, munificence, hétérogénéité) (O'Toole & Meier, 2015, p. 253). Les facteurs contextuels qui influencent la structuration du réseau sont développés dans la prochaine section. La Figure 2.1 illustre conceptuellement la structuration d'un réseau hybride.

**Figure 2.1 : La structuration d'un réseau hybride**



Ainsi, l'implantation d'un réseau dans un système de santé fait appel à un changement des structures et des stratégies organisationnelles (Denis et al., 2009). Plus précisément, des lieux

communs (*locus*), constitués d'activités de coordination (e.g. comités, réunions) et de principes partagés (e.g. reddition des comptes, imputabilité, partage de l'information, transparence, pratique basée sur les données probantes), instaurés en partie par les acteurs en position d'autorité, permettent les interactions entre acteurs et savoirs. Les acteurs, peu à peu, participent aux activités et adhèrent aux principes. La participation aux activités de coordination et l'adhésion aux principes exposent les acteurs gouvernés (Sheaff et al., 2004) : elles leur permet de rendre en partie visible leurs actions, leur performance, leur intérêt, ainsi que d'acquérir un savoir de même ordre sur les autres acteurs du réseau. C'est une forme de « panoptique » (Foucault, 1975) où les acteurs sont exposés, mais pas seulement à l'acteur en position d'autorité : aussi aux autres acteurs du réseau. Elle permet de rendre en partie visibles les changements adoptés, les pratiques exemplaires et les points faibles des acteurs aux autres acteurs. Pour conserver leur influence ou leur légitimité, ainsi que les ressources et l'autorité qui peuvent y être liées, les acteurs doivent performer et s'améliorer. Des interactions de collaborations, d'alliances et de compétitions sont attendues d'exister entre différents acteurs, mais aussi des formes hybrides de ces interactions. L'acteur en position d'autorité peut quant à lui émettre des informations (e.g. guides, normes) sur les comportements souhaitables des acteurs, acquérir de l'information sur les acteurs (e.g. monitoring, évaluation de performance) et choisir de rendre cette information visible ou non. C'est cette capacité à influencer les interactions entre acteurs et savoirs qui permet, entre autres, d'augmenter les capacités de gouvernance de l'acteur en position d'autorité dans un réseau hybride.

## **2.8 Typologie des facteurs contextuels**

Des facteurs contextuels sont présumés influencer les réseaux hybrides (Dagnino et al., 2016, p. 369; Dal Molin & Masella, 2016, pp. 499, 505; Qvist, 2017, p. 12). Pour parvenir à créer une typologie initiale pour cette recherche, nous avons d'abord compilé les facteurs contextuels à partir des éléments répertoriés dans (A) la littérature récente sur les réseaux en administration publique (voir Tableau 2.1) et dans (B) la littérature récente sur l'action collective dans les organisations (voir Tableau 2.2). Nous avons ensuite procédé à des regroupements simples entre les facteurs. Par exemple, « hétérogénéité » et « diversité », « contrôle externe » et « monitoring », ou « compétences » et « expertise », ont été regroupés. Pour l'intelligibilité, nous avons enfin

regroupé les facteurs contextuels en quatre catégories : (1) réseau et environnement, (2) gouvernance et monitoring, (3) Savoir et partage de l'information et (4) action collective et valeurs. Ils forment autant de facteurs contextuels qui pourraient influencer la structuration d'un réseau hybride. Le Tableau 2.3 présente la typologie des facteurs contextuels présents dans la littérature concernée. Cette typologie sert d'assise théorique pour répondre à la deuxième question de recherche (Q2).

**Tableau 2.3 : Typologie de facteurs contextuels**

<b>Categories</b>	<b>Contextual factors</b>	<b>Recent references</b>
Network and environment	Centralization and density	Provan et al. (2007)
	Context complexity/stability	Ferlie et al. (2010); Turrini et al. (2010)
	Heterogeneity/Diversity	Turrini et al. (2010); Ferlie et al. (2010); Poteete et al. (2010); Dal Molin & Masella (2016)
	Integration/fragmentation	Turrini et al. (2010); Dal Molin & Masella (2016); Provan et al. (2007)
	Network form	Ferlie et al. (2010); Jang et al. (2016)
	New arenas	Hasselbladh & Bejerot (2007); Martin et al. (2013)
	New expression of professionalism	Martin et al. (2013)
	Size	Provan & Kenis (2008); Turrini et al. (2010); Ferlie et al. (2010); Dal Molin & Masella (2016); Poteete et al. (2010)
Governance and monitoring	External control/ Monitoring	Sheaff et al. (2004); Turrini et al. (2010)
	Formalization and process	Turrini et al. (2010); Ferlie et al. (2010)
	Governance	Provan et al. (2007); Ferlie et al. (2010)
	Legitimacy	Sheaff et al. (2004)
	Management	Ferlie et al. (2013)
	Resources munificence	Ferlie et al. (2010)
	Sanctions	Ferlie et al. (2013); Poteete et al. (2010)
Knowledge and information sharing	Evidence-based guidance	Ferlie et al. (2013)
	Competencies/expertise	Hasselbladh & Bejerot (2007); Provan & Kenis (2008); Ferlie et al. (2010)
	Communication/information sharing	Poteete et al. (2010)
Collective action and values	Clique	Provan et al. (2007)
	Goal consensus/similarities	Ferlie et al. (2013); Hasselbladh & Bejerot (2007); Provan & Kenis (2008); Dal Molin & Masella (2016); Poteete et al. (2010)
	Leadership	Dal Molin & Masella (2016)
	Reputation/status	Poteete et al. (2010); Simpson et al. (2012)
	Time horizon	Poteete et al. (2010)
	Transparency	Ferlie et al. (2013)
	Trust	Provan & Kenis (2008); Dal Molin & Masella (2016)
	Values	Martin et al. (2013)

## 2.9 Le réseau de cancérologie du Québec

Plusieurs défis, documentés dans les écrits scientifiques, attendent le RCQ. Par exemple, Fillion et al. (2010, p. 32), qui s'intéressent à l'implantation du PQLC, identifient des défis liés à l'appartenance et le rôle nouveau, l'intégration au sein de nouvelles équipes de travail, au manque de ressources, au manque d'uniformisation des systèmes de communication, aux mécanismes de transfert des informations et la difficulté à travailler en interdisciplinarité. Cheng et Thompson (2006, p. 335), qui s'intéressent aux leçons apprises avec le programme *Action Cancer Ontario*, un réseau de cancérologie ontarien, notent des problématiques comme l'engagement des différentes organisations et le maintien des relations harmonieuses entre ceux-ci. Roberge et al. (2004, p. 4), qui évaluent l'expérience du réseau intégré de soins et de services en cancérologie de la Région 1, notent la collaboration des gestionnaires locaux, le développement des habiletés, l'intégration des professionnels de la santé, les dynamiques locales de coopération, la composition de la gouvernance et l'implication du palier national.

L'implantation du RCQ dans le système public de soins de santé québécois comporte des enjeux. Certains sont liés à la cancérologie, d'autres à l'administration publique dans le contexte québécois. L'implantation du RCQ est aussi caractérisée par une forte complexité et une forte incertitude. Du côté de la maladie, le cancer représente, dans la province de Québec comme dans tout le Canada, la première cause de mortalité. En 2011, le tiers des décès au Québec était dû au cancer (MSSS, 2013b, p. 20), bien que divers facteurs ont changé avec le temps. D'une part, les facteurs de risques spécifiques à certains cancers varient. Par exemple, le tabagisme, qui serait lié à 85 % des cas de cancer du poumon, est en baisse constante depuis les années 1980, passant de 40 % en 1987 à 23 % en 2009 (MSSS, 2013b, p. 21). D'autre part, les facteurs d'influence généraux au cancer varient aussi. Par exemple, l'avancement en âge, principal facteur de risque du cancer, est à la fois influencé, sur le plan démographique, par le vieillissement de la population, et sur le plan de la santé publique, par l'augmentation de l'espérance de vie (MSSS, 2013b, p. 23). Du côté du traitement, le savoir qui entoure la prise en charge du cancer se complexifie, notamment en raison des avancées de la recherche et de la technologie, souvent plus rapides que leur intégration aux pratiques professionnelles (MSSS, 2013b, p. 24; Tran et al., 2012, p. 657). Du côté du système de santé, la recherche en cancérologie montre que la réduction du délai entre le premier diagnostic et

les premiers traitements augmente significativement les chances de survie (Richards, 2009, p. s1; Weller et al., 2012, p. 1262).

La pression est donc forte pour agir promptement et rapidement. Si les perspectives à long terme sur l'occurrence du cancer dans la population demeurent nécessairement incertaines (Bray & Moller, 2006), les études effectuées aux États-Unis montrent une baisse générale et constante de la mortalité depuis le début des années 1990 en raison de l'amélioration des connaissances et des traitements (Jemal et al., 2008; Siegel et al., 2012; Siegel, Naishadham, & Jemal, 2013). Le vieillissement de la population pourrait toutefois contribuer à augmenter le nombre de cas diagnostiqués (Mistry, Parkin, Ahmad, & Sasieni, 2011). Le système public de santé du Québec, qui octroie les services en oncologie, joue donc un rôle central. Du côté du patient, différents facteurs d'influence entrent en jeu, notamment l'augmentation des connaissances liées à la maladie et l'évolution des habitudes de vie (MSSS, 2013b, p. 28). L'ensemble de ces facteurs relatifs à la cancérologie – spécifiques, généraux, démographiques, santé publique, coûts, savoir – présente un amalgame complexe et incertain qui met sous pression le système public de soins de santé québécois (Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics, 2014, p. 22; MSSS, 2013b, p. 30).

Le cancer n'est donc pas seulement la maladie d'une personne, mais un enjeu important de l'administration publique. D'une part, la plupart des administrations occidentales sont actuellement caractérisées par des enjeux auxquels le contexte québécois n'est pas étranger – par exemple, déficits et contraintes budgétaires, enjeux professionnels et relations de travail, éthique, évolution des courants de pensée (Nabatchi, Goerdel, & Peffer, 2011; Provan & Lemaire, 2012; Shafritz & Hyde, 2012, p. 563). D'autre part, le contexte administratif québécois est particulièrement marqué par les restructurations, les changements de valeurs, la reddition de compte et la transparence, l'amélioration de la qualité des services aux citoyens et la disponibilité des ressources (Bernier & Gagnon, 2010; Fortier, 2010; Mazouz & Tremblay, 2006). Le Tableau A3.4 en Annexe 3 présente une synthèse des études sur le RCQ.

## CHAPITRE 3 : DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

---

Les études de cas sont reconnues comme une méthode appropriée pour étudier les phénomènes d'action collective (Meinzen-Dick, DiGregorio, & McCarthy, 2004, p. 207; Poteete & Ostrom, 2004b, p. 216) et les réseaux (Rodríguez et al., 2007, p. 159), en plus d'être utilisées dans plusieurs recherches précédentes (voir Tableau 2.2). Les études de cas permettent aussi l'intégration de plusieurs sources de données, point important pour capturer un phénomène complexe d'action collective (Ostrom, 2007, p. 15186; Poteete et al., 2010, p. 272). Une étude de cas sur le RCQ est donc proposée pour répondre aux questions de recherche, avec deux micro-cas régionaux : Région 1 et Région 2<sup>2</sup>. Le RCQ est vu comme un cas type permettant d'étudier les réseaux hybrides en administration publique et dans un système public de soins de santé. Cette section aborde le devis de recherche et les stratégies de collecte et d'analyse de données. Elle se divise en six parties : (3.1) devis de recherche, (3.2) sélection des cas, (3.3) collecte de données et participants, (3.4) analyse des données, (3.5) codification et (3.5) validité et limites.

### 3.1 Devis de recherche

Le devis retenu est une étude de cas imbriqués (*embedded case study*) (Yin, 2013). À partir d'un cas unique retenu (le cas du RCQ), découle un choix subséquent de plus petits cas, des « micro-cas » (Fitzgerald & Dopson, 2009, p. 476; Stake, 2000, p. 447). Le choix de ces micro-cas vise à valoriser une variation représentative de la population des cas, pour augmenter la représentativité entre les cas et la population (Gerring, 2007, p. 43). Ce devis permet un examen rapproché et une comparaison des facteurs qui diffèrent entre les différents micro-cas (Fitzgerald & Dopson, 2009, p. 476). L'étude de cas imbriqués est particulièrement appropriée lorsque l'organisation à l'étude est imbriquée dans un contexte complexe et lorsque la perspective historique est pertinente, et peut significativement contribuer aux études sur la formation et l'implantation organisationnelles dans un contexte complexe (Fitzgerald & Dopson, 2009, pp. 468, 481).

---

<sup>2</sup> En raison de l'affiliation de cette recherche, la méthode et les cas étudiés sont arrimés avec « RCQ – Mieux comprendre les réseaux en cancérologie pour les mettre en œuvre plus efficacement » de l'Équipe Dominique Tremblay (2014, p. 1). Voir aussi Tremblay (2010; 2014).



### 3.2 Sélection des cas

L'unité d'analyse de cette étude est le réseau hybride pris dans son ensemble (*whole network*) (Isett et al., 2011). La sélection du cas à l'étude (n=1 ; le cas du RCQ) et des micro-cas (n=2 ; Région 1 et Région 2) prend en considération les cas retenus du projet de recherche d'affiliation. Le choix de deux micro-cas repose un équilibre entre la possibilité d'accès au terrain, l'envergure et la faisabilité de la recherche, l'importance d'avoir une variation suffisante entre les micro-cas et l'importance de faire une étude en profondeur. Les critères de ce projet de recherche devaient comprendre certaines caractéristiques pour permettre la comparaison entre les variations de l'implantation des réseaux dans leur milieu naturel. La sélection est donc orientée sur la richesse de l'information et vise à observer des variations entre les cas (Flyvbjerg, 2006, p. 230). Ces variations sont notamment la présence d'une région avec des RLS-établissement en régions rurales et urbaines, avec et sans offre de services spécialisés en oncologie, ainsi qu'avec ou sans les services en oncologie complets. Les régions retenues sont Région 1 et Région 2<sup>3</sup>. Alors que la composante organique de la première est en émergence, celle de la deuxième se structure depuis 2001. Il est donc possible de comparer deux structures hybrides avec des composantes mandatées très semblables, mais des composantes organiques différentes. Il faut noter que le choix de la Région 1 repose aussi sur la possibilité, en raison des études antérieurement effectuées, d'obtenir une perspective longitudinale de l'implantation d'un réseau en oncologie (e.g. Tremblay et al., 2010). Ces variations entre les deux cas permettent une comparaison intéressante.

### 3.3 Collecte de données et participants

Provan et al. (2007, p. 511) suggèrent le choix méthodologique des entrevues et des observations pour comprendre le fonctionnement des formes de gouvernance des réseaux, leur développement, les relations et le contexte. Aussi les données de cette recherche ont été générées à partir de trois sources : une revue de documents, des observations non participantes et des entrevues semi-dirigées. La collecte sera privilégiée dans ce même ordre, et la triangulation méthodologique

---

<sup>3</sup> Alors que la dénomination des individus participants est nécessaire à la certification éthique de l'étude, la dénomination des régions est seulement utilisée dans le document pour la cohérence avec les articles de thèse.

(Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe, & Neville, 2014) permettra une meilleure compréhension du phénomène à l'étude.

La revue de documents (n=59, environ 4200 pages) relève les documents pertinents à l'étude de cas, par exemple les rapports annuels de gestion des ASSS, les plans d'action régionaux de lutte contre le cancer, les comptes rendus de réunion de coordination ou les évaluations de performance. Les documents ont été sélectionnés à partir de recherches effectuées sur les sites archivés et non archivés du MSSS et du Réseau de cancérologie. Elle permet de décrire le portrait actuel et des dernières années du cas à l'étude au niveau national (n=39; 2000+ pages), pour la Région 1 (n=6, 700+ pages) et pour la Région 2 (n=10, 1400+ pages). Elle constitue une première source de données, dont les résultats (les données trouvées, les données non trouvées et les données à confirmer) permettent d'optimiser la pertinence des questions posées lors de l'entrevue. Les listes de documents sont présentées en Annexe 3.

Les observations non participantes (n=19; environ 41,5 heures) ont été réalisées lors de rencontres, réunions ou comité regroupant certains acteurs clés des micro-cas concernés, au niveau national (n=15), pour la Région 1 (n=2) et pour la Région 2 (n=2). Ces moments d'observations ont été sélectionnés en fonction de leurs occurrences et un équilibre entre les observations est visé entre les micro-cas. Les données collectées sont sous forme de notes (*fieldnotes*) contenant des données d'observation directes et des réflexions, lorsque possibles (J. Mason, 2002, p. 98). Ces observations servent à récolter de l'information sur l'historique, le développement et la structure du réseau (Q1), mais aussi sur les facteurs contextuels et la structuration de celui-ci (Q2). Cependant, ces observations ne permettent pas de s'attarder aux attitudes et comportements des acteurs. Elles portent notamment sur la composition et le fonctionnement des réunions et des comités. Par exemple, des renseignements sont compilés sur les présentations formelles lors de ces réunions, ou encore les tours de table pour parler des bons coups des différents acteurs sur les sujets à l'ordre du jour. Ces données invoquées sont principalement en appui aux données provoquées issues des entrevues semi-dirigées. La liste des observations non participantes est présentée au Tableau A3.3 en Annexe 3.

Les entrevues semi-dirigées (n=28) ont été réalisées auprès d'acteurs clés du milieu et de représentants des différents organismes. Par exemple, des intervenants du RCQ, dans les établissements des trois paliers, tels que les RLS, ont été sollicités pour les deux micro-cas. Les participants ont été sélectionnés de façon non probabiliste, par échantillonnage boule de neige, une méthode particulièrement appropriée pour avoir d'abord accès aux participants préalablement identifiés comme pertinents, puis par références avoir ensuite accès aux participants reconnus pour leur influence ou leur connaissance du milieu (Tansey, 2007, p. 770). Dix entrevues étaient prévues pour chacune des régions de Région 1 et Région 2. Pour le palier national, dix entrevues supplémentaires étaient prévues. Le nombre de dix est un niveau généralement souhaitable pour atteindre un niveau suffisant de développement des thèmes significatifs dans un échantillon composé à partir d'un groupe d'individus relativement homogènes (Guest, Bunce, & Johnson, 2006, p. 78). Le nombre total d'entrevues (n=28) a été ajusté en fonction de la richesse des informations et de la saturation à partir des données préliminaires (Hennink, Kaiser, & Marconi, 2017).<sup>4</sup>

Les participants aux entrevues ont été sélectionnés selon un choix stratégique (ou raisonné) (J. Mason, 2002, p. 123). Les entrevues ont été réalisées à partir d'un questionnaire couvrant la perception des individus de la coordination de l'action collective dans le contexte de l'implantation du RCQ. Ce questionnaire a été construit à partir du cadre conceptuel de cette recherche et de la typologie. Il a été divisé en cinq sections : les quatre premières correspondent aux quatre catégories de la typologie des facteurs contextuels, et une courte cinquième section portant sur la turbulence a été ajoutée pour permettre de saisir les effets de la réforme de 2015 du système de santé sur le RCQ. La grille d'entrevue est présentée en Annexe 1. Les entrevues ont été réalisées après la revue de documents. L'approche privilégiée pour la conduite de l'entrevue est de type *pragmatique réflexive* (Alvesson, 2003, p. 14), c'est-à-dire que l'utilisation du matériel d'entrevue s'est fait sur la base de l'incertitude quant à l'interprétation définitive du matériel. Cette interprétation est enrichie par la revue de documents. Les entrevues permettent ainsi de valider l'interprétation de ces deux premières sources, ainsi que d'être enrichies par les résultats préliminaires qui s'y

---

<sup>4</sup> Sur le plan de l'envergure, ce total se classe sur la médiane de 28 et près de la moyenne de 31, obtenue par Mason (2010, p. 13), qui a répertorié 560 thèses de doctorats réalisées dans les universités du Royaume-Uni et de l'Irlande en utilisant des entrevues comme méthode de collecte de données dans une recherche qualitative.

dégagent. Enfin, ces données ont été classées dans une base de données formelle (Yin, 2009, p. 118) permettant à un chercheur externe d'attester directement de la présence et l'absence des données à l'étude.

Les trois sources de données sont gérées selon une approche de triangulation. La triangulation réfère à l'utilisation de différentes méthodes ou différentes sources de données pour développer une compréhension plus nette d'un phénomène (Patton, 1999, p. 1193). La triangulation *méthodologique* implique l'utilisation de multiples méthodes de collectes de données sur un même phénomène (Carter et al., 2014, p. 545). Les entrevues demeurent la principale source de donnée pour révéler les facteurs contextuels qui influencent la structuration (Q2). Toutefois la triangulation méthodologique avec la revue de documents et les observations non-participantes permet de valider les données des entrevues ainsi que d'enrichir la portée des conclusions par la convergence des différentes sources. Le Tableau 6.3 présente les facteurs contextuels et leur appréciation à partir des trois sources de données de cette recherche.

### **3.4 Analyse des données**

L'analyse des données s'est fait par le biais d'un processus analyse itérative du contenu provenant des sources de données. Ce processus d'analyse se veut systématique, mais aussi flexible, pour permettre l'adéquation entre l'analyse et les données qui ont été collectées (Yanow, 2014, p. 100).

La stratégie d'analyse s'appuie à la fois sur le cadre conceptuel et sur une description du cas (Yin, 2009, p. 130). D'une part, une grille d'analyse a été développée à partir du développement conceptuel de l'étude qui s'appuie sur les facteurs d'influence de l'action collective relevés dans les écrits scientifiques. Cette grille d'analyse s'appuie sur les dimensions et les facteurs d'influence développés dans la section précédente. D'autre part, une description des deux micro-cas sera développée à partir des quatre trois sources de données collectées. La description de ces cas est notamment présentée sous forme de diagramme et de tableaux permettant la comparaison visuelle des différents éléments propres à chaque micro-cas (M. Mason, 2010, p. 168).

La technique d'analyse s'appuie, quant à elle, sur une analyse des similitudes et différences en lien avec les modèles récurrents (*pattern matching*) entre les micro-cas (Yin, 2009, p. 136). D'une part,

une codification thématique a été développée à partir de la grille d'analyse (catégories semi-émergentes) et des entrevues a fait l'objet d'une analyse thématique, pour chacun des micro-cas séparément. Les codes sont principalement de types conceptuels, relationnels et perspectifs (Bradley, Curry, & Devers, 2007, p. 1763). La quantité relativement grande de données qualitative à analyser fait pencher la balance du côté d'une codification électronique plutôt que manuelle (Basit, 2003, p. 152). Le codage est donc effectué à l'aide du logiciel *QDA Miner* (cf. Lewins & Silver, 2007). L'extraction des codes permet d'évaluer la richesse du matériel empirique pour chacun des facteurs contextuels évalués. Cette technique permet de révéler les facteurs contextuels d'influences pour chacun des deux micro-cas. D'autre part, l'analyse inter-cas (*cross-case synthesis*) se fait à partir d'une typologie des facteurs d'influence créée à partir des facteurs révélés pour chaque cas (Yin, 2009, p. 136). Elle prend la forme d'une analyse comparative des facteurs contextuels propre à chaque cas, et est présentée sous forme de tableau intégrateur. Cette technique de comparaison inter-cas sous forme de tableau est commune dans les études sur l'action collective (e.g. Ostrom, 1990, p. 180; Poteete et al., 2010, p. 237).

### **3.5 Codification**

Les questions du questionnaire d'entrevue (n=19) ont d'abord été transformées en thèmes (n=19) avec codes correspondants. Par exemple, la question 2 du questionnaire d'entrevue « Quels moyens ont été entrepris pour faire face à ces enjeux particuliers, dans le cadre de l'implantation? » a été nommée « Moyens » et codée comme tel. Quelques thèmes ont rapidement émergé dès le début de la codification des entrevues : « compétition », « bottom-up », « hybridité », « visibilité acteurs » et « autorité/ajout structure ». L'exercice de codification a par la suite permis la fusion de codes devenus semblables, comme la fusion du code « perception » dans le code « mécanismes de suivi », qui devient « mécanisme de suivi/observations », ou l'intégration de codes sous-utilisés à des codes déjà existants, comme le code « Réforme Couillard » dans le code « Turbulences ». Enfin, le code « Temps/spillover » c'est ajouté dans un deuxième tour de codification. Cette codification, ainsi que la qualité des données associées et des exemples de verbatim clé, est présentée en Annexe 4.

### **3.6 Validité et limites**

La rigueur de cette étude repose sur quatre points : la validité interne, la validité externe, la validité de construit et la fiabilité. La *validité interne* des études de cas est généralement considérée forte (Ferlie, Fitzgerald, Wood, & Hawkins, 2005, p. 119). Nous suivons les critères d'amélioration de la validité dans les études qualitatives des soins de santé exposés par Mays et Pope (2000). Ainsi, les techniques suivantes ont été effectuées :

- la triangulation des données provenant des trois différentes sources (revue de documents, observations et entrevues semi-dirigées);
- la validation des résultats de la revue de documents par les entrevues semi-dirigées;
- l'exposition claire de la méthode de collecte de données et d'analyse, rendue davantage possible par la communication sous forme de *thèse* que prendra cette recherche, assurant qu'il n'y aura pas de manque d'espace;
- la réflexivité (i.e. la sensibilité aux processus de recherche et de collecte de données) de la recherche, augmentée notamment par la position *pragmatique réflexive* privilégiée pour les entrevues;
- l'attention portée aux aspects déviants pour raffiner l'analyse, si ces aspects apparaissent lors de l'analyse des résultats, qui sera améliorée par le recours à une grille d'analyse pour guider la collecte de donnée et la systématisation de l'analyse des données;
- le partage équilibré des perspectives pour éviter la surreprésentation d'un point de vue dominant, qui est augmenté par la sélection des entrevues selon l'information sur la variation représentative de la population.

Barbour (2001, p. 1117) souligne que, dans la recherche qualitative sur les services de santé, l'utilisation de techniques d'analyse, en soi, ne garantit pas la rigueur de la étude. La contribution réelle provient d'une recherche menée systématiquement et consciencieusement. Comme le mentionnent Pope et al. (2000, p. 116), l'analyse de données qualitatives dépend, ultimement, des compétences, de la vision et de l'intégrité du chercheur.

Si la *validité interne* est considérée comme une force des études de cas, leur *validité externe* est parfois considérée faible (Ferlie et al., 2005, p. 119), les résultats du cas à l'étude n'étant pas nécessairement représentatifs des autres cas possibles. Le choix d'un cas typique vise notamment à augmenter cette représentativité et la possibilité de généraliser pour le lecteur ou l'utilisateur des résultats. La validité externe repose principalement sur la phase du design de recherche (Yin, 2009, p. 41). D'emblée, le choix d'un design avec inclusion de cas imbriqués et valorisant une variation

représentative de la population des cas augmente la représentativité entre les cas et la population (Gerring, 2007, p. 43). Si la validité externe demeure un enjeu pour les études de cas, elle n'implique pas nécessairement une diminution de la rigueur de l'étude si l'emphase est mise sur les autres critères de rigueur (Gibbert, Ruigrok, & Wicki, 2008, p. 1472), comme nos critères retenus de validité interne. Deux autres critères de rigueur sont aussi pertinents aux études de cas : la *validité de construit* (i.e. l'indentification adéquate des mesures aux concepts étudiés) et la *fiabilité* (i.e. la démonstration que l'étude peut être répétée avec les mêmes résultats) (Yin, 2009, p. 42). Ces deux critères reposent principalement sur la phase de la collecte de données. La validité de construit est améliorée par la triangulation méthodologique et l'utilisation de sources multiples de collectes de données (revue de documents, observations non participantes et entrevues semi-dirigées), tandis que la fiabilité l'est par l'utilisation d'une base de données et la description de la méthode utilisée. La possibilité à généraliser les constats issus de cette recherche repose moins sur la *représentativité* du cas à l'étude que la possibilité d'enrichir la théorie générale par l'étude d'un cas particulier. Tel que mentionné par Tsoukas (2009, p. 289), l'intérêt des études de cas à « petit n » se trouve dans la contribution de ceux-ci à la définition plus générale du sujet de recherche. Certaines limites spécifiques à cette étude méritent aussi d'être mentionnées. Sur le plan de la réalisation de la recherche, seulement huit entrevues ont été réalisées pour la Région 2, sur les dix prévues initialement. Le contexte de réforme explique la difficulté d'atteindre le nombre prévu. Les acteurs étaient plus difficiles à contacter et plusieurs ont changé de poste pendant le temps de la collecte de données. Sur le plan de l'envergure, deux micro-cas ont été étudiés et comparés. Si la présence d'un troisième micro-cas aurait impacté notre capacité à explorer en profondeur les cas à l'étude, il aurait potentiellement permis d'améliorer la représentativité de notre étude. Ces limites spécifiques sont toutefois diminuées par certaines forces spécifiques de cette étude. Les participants aux entrevues, principalement les acteurs en position d'autorité (e.g. anciens ministres, haut-dirigeants du réseau, haut-dirigeants des organisations de santé), ont grandement enrichi le matériel empirique, surtout quant à la notion de gouvernance. Enfin, la présence d'une perspective longitudinale (1997-2017) dans notre analyse de la structuration du réseau, provenant principalement de la revue de document, permet d'ajouter à la compréhension fine de cette structuration et de l'influence des facteurs contextuels.

## **PARTIE III : DÉVELOPPEMENT**



## CHAPITRE 4 : LA GOUVERNEMENTALITÉ ET LES RÉSEAUX (ART. 1)

---

### **Governmentality as a relevant idea for the study of healthcare networks: A scoping review**

**Keywords:** governmentality; healthcare network; network; scoping review

#### **4.1 Abstract**

The notion of “governmentality” has been increasingly employed in the study of healthcare systems and especially healthcare networks. However, it refers to diverse ideas and its use tends to carry some inconsistencies. In this article, we present a state of the science on the use of governmentality in the study of healthcare networks, aiming to clarify how the notion has been used in existing literature and propose avenues for future research. A scoping review is undertaken to explore studies applying governmentality to healthcare networks. The review covers 17 databases over a 42-year period between 1975 and 2017. We identify 1673 records, of which 98 are fully assessed and 38 meet inclusion criteria. Our review shows three usages of “governmentality” in the domain of healthcare networks: as an epistemology, as a framework, and as a specific form of governance. For each record, we detail the object of study, the network analysed, the country of origin, method and data sources, the definition of governmentality, the main concepts employed, and key findings. The review contributes to clarifying the usage, definitions, and concepts of governmentality in existing literature on healthcare networks. We propose that the idea of governmentality warrants great attention in future research, while cautioning that more careful definition of terms and concepts is needed to improve the coherence of this body of work.

## **4.2 Introduction**

In a recent article, van Rensburg et al. (2016, p. 7) argues the “need to go beyond traditional governance models and their inherent conceptions of power [...] focusing on the study of governmentality”. The notion of “governmentality” has indeed attracted growing attention in the study of healthcare organizations over the past two decades. Its theoretical roots lie primarily in Foucault's work on knowledge (Foucault, 1969) and discipline (Foucault, 1975), but have spread through conferences and courses he designed on the subject of governmentality and the technologies of the self (Foucault, 2001 [1978], 2001 [1988]). Its recent flourishing in the field of healthcare organization can be attributed to the influential work of Miller and Rose (1990; 1992), Dean (1999), and McKinlay and Starkey (1998). As recently pointed out by Waring et al. (2016, p. 123), a growing number of scholars are drawing upon Foucault's ideas to analyse contemporary healthcare issues.

Network forms of healthcare organization have attracted particular attention as fertile ground for governmentality enthusiasts. However, this domain is relatively new, is complexified by multidisciplinary, and displays some inconsistencies in the use of the notion of governmentality. In this article, we examine the state of the science, undertaking a scoping review to shed light on the application of governmentality to the study of healthcare networks. First, we present the conceptual background to governmentality and healthcare networks. Second, we describe the methodology employed in the scoping review. Third, we describe the results and, fourth, we discuss the implications and limitations of the review. Finally, we conclude by proposing future research directions.

## **4.3 Background**

This article draws on two main constructs that need to be defined: governmentality and network.

### **4.3.1 Governmentality**

Governmentality is a precise word referring to an imprecise idea. Coined by Michel Foucault in the 1970s, the idea of governmentality is rich, complex, and evolved from his earlier work on the establishment of new modes of governance and knowledge (Foucault, 1975) to his later seminars,

most of which were published posthumously. In his early work on the subject, Foucault defines governmentality as “the whole constituted by institutions, procedures, analysis and reflections [...] that allows the use of power, that has population as its main target, political economy as its major form of knowledge, and security apparatuses as its essential technical instrument” (Foucault, 2001 [1978], p. 655). He later defines it as “the government of the self, by the self, as articulated in relation to others” (Foucault, 2001 [1981], p. 1032). Later still, he suggests that the term refers to “practices by which it is possible to constitute, organise, instrumentalize individual strategies” and “individuals trying to control, determine, delimit other individuals' liberties” (Foucault, 2001 [1984], p. 1547). Unsurprisingly, these shifting definitions add to the already significant confusion surrounding this term. Clarification is needed.

#### **4.3.2 Healthcare networks**

The application of governmentality to healthcare is relatively new, has not yet entered the mainstream, and displays certain inconsistencies. Early attempts are seen in the work of Johnson (1995), Hughes (1999), Gilbert (2001), and Light (2001), who focus on transformations occurring in healthcare organizations of the National Health Service (NHS) in the UK. Though recently deemed “promising” (Ferlie et al., 2013, p. 246), the approach is not yet widely accepted.. For instance, Rice (2014, p. 113), in a recent theoretical chapter on the different views of network governance in the literature, classifies it as a subset of the institutionalist perspective. Certainly, the two have common interests, like power relationships within organizations, and the institutional apparatus surrounding stakeholders, but governmentality has its own distinct conceptual system. The relative inconsistency seen in early studies may well be ascribed to Foucault’s own ambiguity around the lack of scholarly consensus on how to use the term.

For healthcare networks, governmentality might take the form of the performance assessment tools that are at the heart of New Public Management reforms of healthcare systems (Ferlie et al., 2013, p. 5). The increasing use of computerized audits, or patient reporting systems, is often cited as a similar form of surveillance (G. P. Martin et al., 2013). This enable a small number of rulers with few resources to govern a large number of people in decentralized positions. For the purpose of this study, we use a very broad definition of network. Following Isett et al. (2011, p. i161), we

define a network as a more or less specific group of goal-oriented interdependent but autonomous actors (individual or organizational) that produce a (tangible or intangible) collective output. The application of governmentality to healthcare networks has been studied in many health-related fields, including healthcare studies, nursing, public administration, politics, organization studies, and sociology (see Keast, Mandell, & Agranoff, 2014). To the best of our knowledge, the use of governmentality in research on healthcare networks has never been the subject of a systematic review, nor has it been rigorously assessed. This study aims to fill this gap.

#### **4.4 Method**

We conducted a scoping review. Scoping reviews are useful to “examine the extent, range, and nature of research activity”, “summarize and disseminate research findings”, and “identify research gaps in the existing literature” (Arksey & O'Malley, 2005, p. 21). They are most useful when “a body of literature has not yet been comprehensively reviewed, or exhibits a large, complex, or heterogeneous nature not amenable to a more precise systematic review” (Peters et al., 2015, p. 141). This state of the literature on governmentality and healthcare networks therefore appears well suited to this form of review. We follow the protocol set out by Arksey and O'Malley (2005, p. 22), and made minor adjustments based on Peters et al. (2015), other similar scoping reviews (e.g. Crooks, Kingsbury, Snyder, & Johnston, 2010; Pulver, Ramraj, Ray, O'Campo, & Urquia, 2016; Victoor, Delnoij, Friele, & Rademakers, 2012), and the tools available to us (e.g. the program Endnotes).

##### **4.4.1 Identifying the research question**

We avoided a “highly focused research question” (Arksey & O'Malley, 2005), asking very generally “what is known from the existing literature about the application of governmentality to healthcare networks?” We employed a broad definition of the term “network” in order to generate as comprehensive a body of literature as possible. Our question was then broken down into relevant keywords (see Table 4.1). We agreed that any publication that applied the idea of governmentality to the study of a more or less defined healthcare network should be included in our review.

**Table 4.1: Keywords search strategy**

Focus	Object of study	Settings
Governmentality	Network*	Health
		Healthcare
		Health care
		Public administration

#### 4.4.2 Identifying relevant studies

The different databases shown in Table 4.2 were searched using combinations of keywords. The keyword “governmentality” was very useful to obtain a reasonable number of search results. As it refers to a very narrow idea, it is very rarely used in reference to other subjects or as a synonym for something else. From the 50 databases available to us, we selected all generic databases, along with those conceptually related to health, administration, or social sciences (n=17). This reasoning was supported by discussion with a librarian. We were also less concerned about the need to screen out duplicates and irrelevant studies than we were about missing relevant ones.

**Table 4.2: Databases searched**

Database type	Database name	Period covered
Academic	Abstracts in Social Gerontology Academic Search Complete AgeLine Business Source Complete CINAHL Plus eBook Collection (EBSCOhost) EconLit Entrepreneurial Studies Source International Political Science Abstracts MEDLINE PsycARTICLES PsycCRITIQUES PsycEXTRA Psychology and Behavioral Sciences Collection PsycINFO Social Work Abstracts SocINDEX	From 1975/01/01 to 2017/01/01
	n=17	

We ran four searches with the combinations of keywords shown in Table 4.3. We did not exactly followed the PICO framework (see Schardt, Adams, Owens, Keitz, & Fontelo, 2007) or the alternative SPIDER framework (see Cooke, Smith, & Booth, 2012), since our review question is not clinical and does not exclusively involve qualitative evidence synthesis. However, we draw

from the SPIDER method to organize our keywords, “governmentality” being our *Phenomenon of interest – PI*, and “healthcare”, “network”, or “public administration” our *Sample – S*. Again, the power of discrimination of the keyword “governmentality” gave us the opportunity to search for relatively imprecise second keywords.

**Table 4.3: Searches and results**

<b>Keyword 1 (Phenomenon of interest)</b>	<b>Keyword 2 (Sample)</b>	<b>Operator</b>	<b>Results (n)</b>
governmentality	healthcare	and	219
governmentality	health care	and	388
governmentality	network*	and	528
governmentality	public administration	and	538
<b>Total</b>			<b>1673</b>

We extracted the resulting 1673 records into *Endnotes*, ran the *Endnotes duplicates finder*, then hand-searched for additional duplicates, findings a total of 992. The large number was expected because of the broad nature of the secondary keywords and the many databases searched.

#### 4.4.3 Study selection

For the initial screening, we assessed the potential relevance of studies based on title and abstract, using the inclusion criteria shown in Table 4. Inclusion criteria were strongly related to the review question, but also required that the study be written in English and be a scientific work. We also added the criteria that studies be undertaken in industrialized countries, as the healthcare systems of lower income countries are significantly different (Mills 2014). We then searched the references of selected articles until saturation, adding these records to our database in *Endnotes*, and checking for duplicates. As a final step, we hand searched key journals. We then undertook a second screening based on the full text of the articles, applying the same inclusion criteria, but adding post-hoc exclusion criteria, as shown in Table 4.4. The search and selection process is depicted in the flow diagram in Figure 4.1, using the PRISMA approach (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & Group, 2009).

**Table 4.4: Selection criteria**

Inclusion criteria	-Network related (broadly defined) -Healthcare related
--------------------	---

	-Written in English -Scientific work -Industrialized countries
Post-hoc exclusion criteria	-Editorials, projects or reports -Not healthcare related -Governmentality is marginal

#### 4.4.4 Charting the data

We charted the information from the different articles on a spreadsheet containing independent fields for publication information, study objectives, study location, type of network studied, study design, data sources, and key finding. Discussion among the research team led to the addition of further categories, including study duration, definition of governmentality, and sources used to define governmentality. The final spreadsheet (see Table 5) provided a useful means of comparing studies and organizing results.

#### 4.5 Results

As seen in the flow diagram in Figure 4.1, the search strategy resulted in an initial 1673 results from the databases, of which 992 were duplicates. The first screening by title and abstract excluded 608 records. The most common journals for the 73 remaining records were *Nursing Inquiry* (n=8), *Social Science & Medicine* (n=6), *Sociology of Health & Illness* (n=5), *Journal of Advanced Nursing* (n=5), and *Administrative Theory & Praxis* (n=5). Hand-searching these journals and the references of the articles led to 25 additional records. This relatively small number may be attributable to the initially large number of databases searched and to the broad nature of secondary keywords. A second full text screening was conducted on the 98 retained records, 60 of which were excluded. Table 5 provides an overview of the 38 remaining studies that were used in our analysis.

##### 4.5.1 Study characteristics

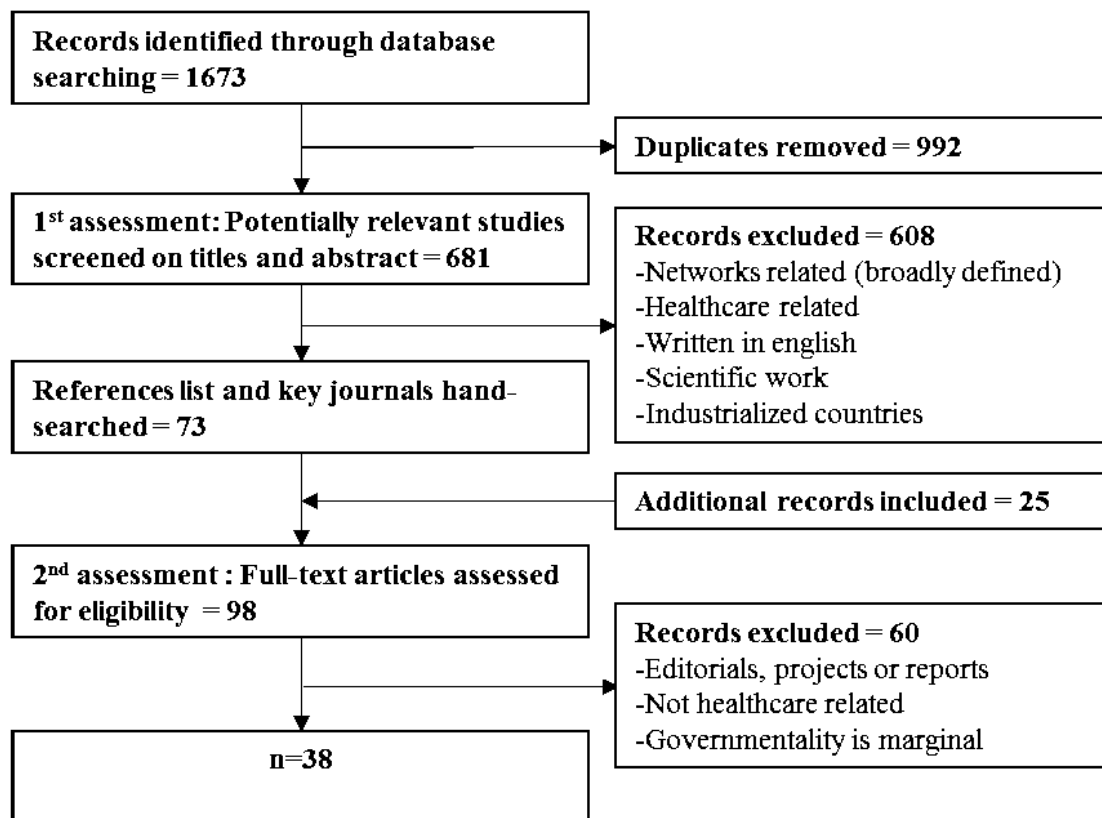
Records were published between 1999 and 2016. If we divide these 18 years into three tiers, there were 10 studies in the first six years, 12 published between 2005 and 2010, and 16 published in the past six years. Of the 38 studies, 29 were empirical and 9 were conceptual. All empirical studies used qualitative methods. Only Lega et al. (2010) used quantitative secondary data (indexes, financial results) as evidence to support their conceptual study. Among empirical studies, the most

common research designs were case studies (15), discourse analysis (4) and qualitative studies (4). Data came mostly from interviews (n=26), observations (n=14), and documents (n=10). With the exception of Moffatt et al. (2014), all studies (n=8) with document data also used interviews and observation as data sources.

#### 4.5.2 Countries

The majority of studies were conducted in Europe. If we include Larsen & Stone's (2015) comparative Denmark/USA study, five studies were from non-European countries: Australia (Winch, Creedy, Chaboyer, & Wendy, 2002), Canada (Holton & Grandy, 2016), New Zealand (Brunton & Pick, 2014) and Singapore (Hau, 2004). More than half the records (n=21) involve studies conducted in the UK/NHS. Denmark (n=4), Sweden (n=4), and Australia (n=2) follow the UK as most studied settings. Other countries have unique occurrences.

**Figure 4.1: Search strategy and results (Flow diagram)**





**Table 4.5: Main works related to healthcare and governmentality**

Author(s) (date)	Object of study	Network	Country, Years <sup>1</sup>	Study design; data sources	Governmentality Defined (D); Foucault cited (F)		Use <sup>2</sup>	Key findings	
<b>n=38</b>					<b>D</b>	<b>F</b>	<b>Definition</b>		
(Hughes & Griffiths, 1999)	The use of penalty clauses to enforce Patient's Charter guarantees for waiting times (p.71)	Managerial and professional networks	UK (Whales), 1993-5	Case study Documents, observations and interviews (31) with contract staff (p.72)	X	X	Action at distance (p.71)	Theory	Success of particular networks in legitimising their translations of scientific knowledge depends on purposive action (p.90)
(Gilbert, 2001)	Surveillance, reflective practice, and clinical supervision	Healthcare practitioners	UK -	Conceptual	X	X	Intersection of practices of government with practices of ethical self-formation (p.201)	Theory	The technologies of reflective practice and clinical supervision are modes of surveillance to discipline professionals' activity (p.204)
(Light, 2001)	Managed competition in the transformation of healthcare organizations	NHS	UK -	Conceptual	X	X	Conduct of conduct (p.1169)	Gov.	The government structured healthcare markets, using managed competition as an instrument of governmentality (p.1167)
(Flynn, 2002)	The underlying assumptions of clinical governance	NHS	UK	Conceptual	X	X	Conduct of conduct (p.163)	Gov.	Medical professional expertise helps to manage health risks. Its regulation requires clinicians' own surveillance and 'self management' (p.169)
(Winch et al., 2002)	The evidence-based movement in nursing	Nurses and the nursing profession	Australia -	Conceptual	X	X	1978; 1984 (p.157)	Theory	Evidence-based nursing is a technology of government to direct practice at political and personal levels (p.156)
(Dent, 2003)	The configuration of professional-management relations (p.108)	Network of doctors and managers in a NHS hospital	UK, 1992-5	Case study (p.107) Interviews, observation, and documents (p.113)	X	X	Johnson, 1995 (p.109)	Theory	Reconfiguration of medical profession with clinical and managerial responsibilities
(Evans, 2003)	The policy and practice of multi-disciplinary public health (p.959)	NHS	UK -	Conceptual	X	X	Johnson, 1995 (p.963)	Gov./theory	Professions are part of the process of governmentality, and their autonomy is always

									contingent upon the wider political context (p.959)
(Hau, 2004)	Nurses' practice of humanistic and holistic care, and professionalizing strategy (p.2)	Local hospital	Singapore, Late 1990s	Qualitative study Observations and interviews (14) (p.3)	X	X	1988 (p.3)	Theory	Healthcare system regulates nurses to prioritize physical care over holistic care in order to achieve the turnover demanded by the hospital
(Lynch, 2004)	The behaviour of a large NHS trust	Individuals in the organization	UK, 2003-4	Conceptual	X	X	The management of a population on an aggregate level (p.131)	Theory	Implementation of national targets is a disciplinary process of governmentality, to maintain the status quo of national governance (p.134)
(Sheaff et al., 2004)	Effects of clinical governance on professional self-regulation	Coronary heart disease and mental health networks	UK, 2000	Multiple case studies Interviews (49) with seniors managers (p.89-93)	X	X	The operation of power through such a discourse (p.91)	Gov.	Medical leaders strengthen discipline and governmentality to forestall managerial encroachment upon medical self-regulation (p.101)
(Gilbert, 2005b)	Relationship between trust and managerialism (p.454)	Organizations (14) of services for people with learning disabilities	UK, 2001	Discourse analysis Interviews (17) with managers (p.456-7)	X	X	Conduct of conduct (p.454)	Epis.	Tensions between trust and managerialism, and struggle for professional autonomy in the face of increasing managerial controls (p.462)
(Gilbert, 2005a)	Relationship between trust, governmentality and professional activity (p.568)	Organizations (14) of services for people with learning disabilities	UK, 2001	Discourse analysis Interviews (17) with managers (p.570)	X	X	How modern states have developed ways of managing populations without relying on coercion (p.568)	Theory	Professional activity is constrained by material circumstances (p.576)
(Heartfield, 2005)	Nursing practice and rationalisation of hospital length of stay	Nurses in hospitals	Australia -	Ethnographic study Observation, interviews, and documents		X	-	Theory	The monitoring and measurement of length of stay is used to govern nursing practice (p.25)
(Newman, 2005)	Cultural processes and identification form network governance (p.717)	NHS	UK, 2002-3	Qualitative study Group discussions, interviews (23) with managers (p.718)	X	X	Governing at a distance (p.717)	Theory	Practitioners use governmental discourses to enhance managerial power, to pursue 'local' goals or expand the social dimensions of public policy (p.729)

(Brownlie & Howson, 2006)	Experiences of health practitioners in child immunization (p.433)	Professionals involved in primary care	UK (Scotland), 1998-2001	Secondary analysis of existing data Interviews and focus group with healthcare practitioners (p.434)	X	X	Processes through which the human body is managed and populations are governed (p.436)	Gov.	(a) Target setting reinforces a hierarchical division of labour, (b) professionals resist, (c) trust as pervasive in the accounts of general practitioners (p.442)
(Dent, 2006)	Patient and public involvement in the governance of healthcare (p.459)	NHS	UK -	Conceptual		X	-	Gov.	Managerial ascendancy is offset by the governmentality role of the medical profession (p.459)
(Hasselbladh & Bejerot, 2007)	Institutional transformation of Swedish healthcare (p.175)	Actors governing the Swedish healthcare system	Sweden -	Qualitative study Documents and interviews (15) with representatives (p.179)		X	-	Theory	Technologies of agency are closely intertwined with appeals to common goods, the formation of new arenas and forms of expertise (p.175)
(Triantafillou, 2007)	Benchmarking in public administration (p.829)	Danish hospital system	Denmark -	Conceptual	X	X	1988 (p.833)	Theory	Through comparison, hospitals act like subjects, initiate action-oriented analyses and launch organizational and procedural changes (p.844)
(Waring, 2007)	'Patient safety' reforms and the regulation of medicine (p.163)	A NHS District general hospital	UK, 2000-3	Case study Observations and interviews (43) with hospital staff (p.167)	X	X	Conduct of conduct (p.176)	Gov.	Doctors resist managerial prerogatives by subverting and 'capturing' components of reform (p.163)
(Fejes, 2008)	Reflection and subjectivity in nursing practice (p.245)	Swedish nursing homes	Sweden, 2006-7	Discourse analysis Interviews (42) with managers, and other actors (p.243)	X	X	Multiple (p.244)	Theory	Reflection is not neutral or apolitical, it is a governing practice (p.249)
(Lega et al., 2010)	The process of federalism (p.172)	Italian National Health System (INHS)	Italy, -	Conceptual, examples and secondary data (indexes, financial results, etc.) (p.172-5)	X	X	1978 (p.173)	Gov.	Decentralization and recentralization is effective for the State to maintain control over healthcare system (p.172)
(McGivern & Dopson, 2010)	Multidisciplinary network established to translate genetics	University Genetics Knowledge Park	UK, 2002-7	Mixed processual qualitative methods Documents,		X	-	Gov.	Objects are transformed through interaction and power of local communities, and

	science into practice (p.1667)	(UGKP) network in the NHS		observations, and interviews (76) with stakeholders (p.1670)					knowledge formation in epistemic and governmental communities (p.1682)
(Kurunmäki & Miller, 2011)	The 'modernising government' reform programme of the Health Act 1999 (p.237)	Actors leading the reform process locally	UK, 2000-2	Case study Observations and interviews with stakeholders (p.225)	X	X	1978 (p.221)	Theory	Hybrid organizational practices that emerge out of regulatory interventions are a distinctive feature of management control (p.237)
(Broer, Nieboer, & Bal, 2012)	How actors are governed (p.812)	Dutch quality improvement collaborative of mental healthcare	Netherlands, 2007-9	Ethnographic study Interviews (7+) with programme leaders and observations (p.804)	X	X	Multiple; techniques and procedures for directing human behaviour (p.801)	Theory	Improvements have to be visible. Three governance techniques: autonomy, panoptic of the projects, and measurement (p.812)
Ferlie et al. (2012)	Organizing in the English cancer services field	NHS networks	UK, 2001-8	Multiple case studies (8) Documents, observation, and interviews (n=228)	X	X	Multiple	Theory	Evidence-based-medicine movement, as a power-knowledge nexus, subjectify clinical managerial hybrids as local governing agents (p.347)
(Hall, 2012)	Organizational power relations in healthcare reforms (p.578)	Professionals in women's health clinic	Sweden, 2007-9	Case study Documents, observations, and interviews (10) (p.580)	X	X	The disciplining techniques of the self; governing at distance (p.582)	Theory	Technology of government is a form of recentralization, organizational steering, and an emancipatory endeavour of subjugated groups in the healthcare hierarchy (p.599)
(Nyberg, 2012)	Political interventions and the local conduct of governing an individual's body (p.1672)	Individuals in Swedish hospitals	Sweden -	Case study Observations and interviews (40) with actors (p.1676)	X	X	1981, 1988 (p.1672)	Theory	Governmental standards are incompatible with each other and this complexity allows for local strategies in managing the sickness absence process (p.1672)
(Ferlie et al., 2013)	Managed networks in healthcare systems	NHS networks	UK	Multiple case studies (8), Documents, observation, and interviews (p.249)	X	X	Multiple (p.35)	Theory	Networks often displayed hybrid forms in practice with a coexistence of different modes (p.240)
(G. P. Martin et al., 2013)	Governance efforts to improve quality and safety (p.80)	Healthcare professionals in hospitals	UK, 2011	Multiple case studies (3), Observations and	X	X	Multiple (p.82)	Theory	The interaction of panopticism and governmentality creates spaces where behaviour

				interviews (44) with senior and middle managers (p.84)					change is achieved through novel forms of intra- and inter-professional interaction (p.85)
(Bludau, 2014)	The role of standardised medical protocols in nurses professional identity (p.875)	Professional environment of hospitals and health-care systems	Czech Republic, 2008-11	Case study, Interviews (55) and observations, nurses narratives (p.878)	X	X	Instilling a set of rules for the conduct of the self (p.878)	Gov.	Protocols are tools instituted by the governing body and internalised by nurses to assess their quality of work (p.892)
(Brunton & Pick, 2014)	Management of contracting for a diagnostic laboratory health service (p.45)	Various actors in the healthcare system	New Zealand, 2006-9	Case study (p.46), Media data (p.49)	X	X	How relationship between individuals and their social institutions and communities is guided (p.46)	Theory	As politicians governed at distance, discourse of cultural 'norms' of enterprise emerged. (p.50)
(Ferlie & McGivern, 2014)	Post hierarchical UK healthcare settings	NHS networks	UK	Multiple case studies (2) Documents, observation, and interviews (n=228)	X	X	Multiple (p.63)	Theory	The State and segments of the medical profession form a loose ensemble, professionals retain scope for colonizing these new arenas (p.59)
(Moffatt et al., 2014)	The construction of productivity in contemporary NHS discourse (p.686)	NHS	UK, 2016-12	Discourse analysis Documents (p.691)	X	X	Conduct at a distance (p.698)	Theory	NHS command/control principles failed to engage professionals, and was obstructed by them (p.686)
(Brottveit, Fransson, & Kroken, 2015)	How the Child Welfare Reform affects the work of professionals (p.1)	New Child Welfare network	Norway, 2011-2	Qualitative Interviews (7) with project members (p.4)		X	How the subjects are formed by power in direct and indirect ways (p.3)	Theory	Professional self-work is crucial as a mechanism for managing government control (p.11)
(Glasdam, Oeye, & Thrysoee, 2015)	Patients' participation in decision-making in meetings (p.228)	Healthcare professionals and clinic patients	Denmark, -	Case studies (2) Interviews (28) with professionals and patients (p.229)	X	X	1984 (p.229)	Theory	Participation of patients can be regarded as a tacit governmentality strategy (p.235)
(Larsen & Stone, 2015)	Ideas and political forces of free choice reforms (p.937)	Danish health care system and US Medicare	USA and Denmark -	Conceptual/comparative case studies Documents (p.961)		X	-	Theory	Policy makers use neoliberal reforms to make a sector more governable (p.959)
(Høgsgaard, 2016)	The Coherent and Holistic Patient	Healthcare professionals in	Denmark -	Action-research project		X	-	Theory	Professionals are exposed to management through different strategies of governing (p.1)

	perspective (CHP) (p.1)	a Danish hospital		Interviews (36) and qualitative data (p.1)					
(Holton & Grandy, 2016)	Voiced inner dialogue of healthcare middle managers (p.369)	Horizon Health Network of New Brunswick	Canada, 2010-1	Interpretivist study Interviews (32) with middle managers (p.375)	X	X	Instilling a set of rules for the conduct of the self (p.372)	Gov.	Governmentality can foster silence and impede reflection. It informs the subjectivity of managers in pursuit of intended outcomes (p.387)
<sup>1</sup> Country of origin and years span of study (if available) <sup>2</sup> Epis. (epistemological approach); Theory (theoretical approach); Gov. (Governmental Approach)									

### 4.5.3 Definitions of governmentality

All the studies in our sample cited Foucault as the father of governmentality. Only six studies (Dent, 2006; Hasselbladh & Bejerot, 2007; Heartfield, 2005; Høgsgaard, 2016; Larsen & Stone, 2015; McGivern & Dopson, 2010) lack an explicit definition of the word. For others, definitions vary (see Table 4.6). Some authors use Foucault’s original work, citing either his initial definition of 1978 (e.g. Kurunmäki & Miller, 2011; Lega et al., 2010), his 1984 definition (e.g. Glasdam et al., 2015), or his 1988 definition (e.g. Hau, 2004; Triantafillou, 2007). Frequently, definitions from the classic works of so-called “anglo-governmentalists” are used. Short definitions are commonly encountered in this literature. “Governing at distance” from Miller and Rose (Miller & Rose, 1990; Rose & Miller, 1992) appears frequently (e.g. Hall, 2012; Hughes & Griffiths, 1999; Newman, 2005), along with some references to McKinlay and Starkey (1998). “Conduct of conducts” (e.g. Flynn, 2002; Gilbert, 2005b; Light, 2001; Waring, 2007), was first used by Foucault in 1982 (Foucault, 1982) to define the “exercise of power”, and was popularized (without the plural form) by Dean (1999) as a legitimate definition for the “government”. Gibbings and Taylor's (2010) recent definition was used by both Bludeau (2014) and Holton and Grandy (2016). Some authors use multiple definitions (e.g. Fejes, 2008; Ferlie et al., 2013; Ferlie & McGivern, 2014; Ferlie et al., 2012; G. P. Martin et al., 2013), and some forge definitions of their own (e.g. Brownlie & Howson, 2006; Lynch, 2004). We found no pattern linking a specific definition to a specific discipline of study. However, the chronological evolution of definitions tends to support Ferlie and McGivern's affirmation that, for anglo-governmentalists, “the tone appears less postmodern, culturally based, or discursive” (Ferlie & McGivern, 2014, p. 7).

**Table 4.6: Various definitions of governmentality**

<b>Authors (year)</b>	<b>Definition</b>
<b><i>Foucault</i></b>	
Foucault (2001 [1978], p. 655)	“The whole constituted by institutions, procedures, analysis and reflections [...] that allows the use of power, that has population as his its main target, political economy as its major form of knowledge, and security apparatuses as its essential technical instrument”
Foucault (2001 [1981], p. 1032)	“The government of the self, by the self, as articulated in relation to others”
Foucault (2001 [1984], p. 1547).	“The whole range of practices that constitute, define, organize, and instrumentalize the strategies that individuals in their freedom can use in dealing with each other. Those who try to control, determine, and limit the

	freedom of others are themselves free individuals who have at their disposal certain instruments they can use to govern others”.
Foucault (2001 [1988], p. 18)	“The meeting between technologies of power and technologies of the self”
<b>Others</b>	
Miller & Rose (1990, pp. 9, 14; 1992, p. 173)	“Governing at a distance”
Johnson (1995, p. 12)	“All those procedures, techniques, mechanisms, institutions and knowledges that, as an ensemble, empower political programmes”
McKinlay & Starkey (1998, p. 5)	“The cluster of apparatuses, practices and knowledge which operates at the macro level”
Dean (1999, p. 17)	“Conduct of conduct”
Gibbings & Taylor (2010, p. 35)	“Instilling a set of rules for the conduct of the self”

#### 4.5.4 Use of governmentality

We found three broad usages of governmentality in our study sample: epistemological, theoretical, and to describe a specific form of governance.

A first set of studies uses the idea of governmentality as an epistemological approach. Examples in management science include Townley (1993) and Hatchuel (2005b). Townley (1993) uses governmentality to understand resource management as a discourse or set of practices. Hatchuel (2005b) draws on Foucault to develop a view of “collective action” constructed through the history of an organization. This way of thinking about organizations is adopted in various healthcare studies, often using the concept of power-knowledge and discourse analysis methods (e.g. Ceci, 2004). Of the 38 records, only Gilbert (2005b) truly falls into this category, using discourse analysis to explore the relationship between trust and managerialism in 14 organizations providing residential services for people with learning disabilities.

A second set of studies incorporates governmentality as a theoretical approach. These are mostly conceptual studies (e.g. Gilbert, 2001; Light, 2001; Winch et al., 2002), with the exception of the pioneering empirical work of Hughes and Griffiths (1999), who study the use of penalty clauses to enforce Patient’s Charter guarantees for waiting times in managerial and professional networks in the NHS Wales. In a case study conducted between 1993 and 1995, they find that the success of particular networks in legitimising their translation of scientific knowledge depends on purposive action. The work of Ferlie et al. (2013; 2014; 2012) may be the best example of this approach to



governmentality, using case study methodology to examine NHS networks through concepts of power-knowledge, subjectification, and technologies of governing.

A third set of studies regards governmentality as a specific form of governance. Flynn (2002) produced one of the first such studies, a conceptual article on the assumptions underlying clinical governance in the NHS. He finds medical professional expertise to be an essential aspect of the management of health risks, but also concludes that regulation requires clinicians to engage in their own surveillance and ‘self-management’. The first empirical work in the 38 records is by Sheaff et al. (2004), who look at the effects of clinical governance on professional self-regulation in England's semi-formal healthcare networks. They use multiple case studies to show how medical leaders have been strengthening professional discipline and *governmentality* in order to forestall further managerial encroachment into medical self-regulation. McGivern and Dopson (2010), in their study of knowledge objects in a biomedical network of the NHS, interestingly interpret efforts by the Department of Health to standardize the network's space of representation as an attempt to make it more governable through a form of governmentality. Waring (2007) explores how ‘patient safety’ reforms impact the regulation of medicine in the UK. The author states that: “regulatory practice doctors are engaging in new forms of self-surveillance that broadly correspond with the ambitions of policy and ultimately serve to negate the need for more or better management”.

#### **4.5.5 Key concepts of governmentality**

Our records show that various concepts of governmentality are used. For example, the concept of *surveillance* is used by Gilbert (2001) to analyse clinical supervision among healthcare professionals. *Power-knowledge* is used by Ferlie et al. (2012) to analyse the evidence-based medicine movement in various NHS networks. Triantafillou (2007) uses *technologies of governing* to explore the effects of benchmarking comparisons between hospitals in the Danish healthcare system. Fejes (2008) uses *technologies of the self* to analyse how reflection, commonly seen as a practice of freedom, can instead be used to govern and shape desirable nursing subjectivity in Swedish nursing homes.

## 4.6 Discussion

This review explores how the notion of governmentality is used in the study of healthcare networks. About one quarter of the 38 records are conceptual articles. The quality of the empirical studies varies, though this was not systematically assessed due to the difficulty of comparing the different records. Governmentality provides fertile ground from which to generate interesting ideas when studying healthcare networks. Records show successful use of governmentality to better understand (1) transformation of or change (and resistance) in networks (e.g. Hasselbladh & Bejerot, 2007; Light, 2001; Waring, 2007); (2) governance of healthcare networks (e.g. Ferlie et al., 2013; G. P. Martin et al., 2013); (3) standardization or performance assessment (e.g. Bludau, 2014; Triantafyllou, 2007); (4) governance of professions and professionals activities (e.g. Gilbert, 2001, 2005a, 2005b; Sheaff et al., 2004), especially nursing (e.g. Fejes, 2008; Hau, 2004; Heartfield, 2005; Winch et al., 2002); and (5) patient or public involvement (e.g. Dent, 2006; Glasdam et al., 2015). Governmentality also proves helpful in exploring the emergence of hybridity: hybrid structures (Kurunmäki & Miller, 2011), and clinical, professional, or managerial hybrid roles (Evans, 2003; Ferlie et al., 2013; Ferlie & McGivern, 2014; Ferlie et al., 2012; Gilbert, 2005b; Hall, 2012).

The review highlights four key knowledge gaps. First, most studies (33 of 38) were undertaken in European countries, with very sparse use of governmentality in work from the USA and Canada. Second, there are very few studies involving non-government-led healthcare networks. Since “governmentality” refers directly to “government”, and since it first flourished in countries like France and UK where healthcare systems are government-led, this is no surprise. However, attempts by Larsen and Stone (2015) in Denmark and the USA, or Brunton and Pick (2014) in New Zealand to apply governmentality in private networks provide additional insights. Third, while many studies focus on the micro-level (e.g. professionals, practitioners) and meso-level (e.g. middle managers), very few involve the macro-level and high-level managers or political actors. Newman (2005), who interviewed senior staff from government offices, reports interesting findings around the use of governmental discourse as a means of enhancing managerial power. Likewise, Kurunmäki and Miller (2011), who interviewed a small number of actors in senior policy roles, found promising insights linking regulatory interventions and organizational hybridity. Fourth, while empirical

records show a rich range of research designs and data sources, we were surprised to find that there had been no attempt to explore governmentality using quantitative research methods and consider that exploratory attempts, while potentially awkward, would be of interest.

This scoping review suggests three improvements to future studies. First, we recommend greater use of governmentality as an epistemology, as a theoretical framework, or as a specific form of governance. Second, we suggest that studies employ an explicit definition of governmentality. Foucault did not bequeath a clear and unique definition of the word. The researcher must instead clearly state what is meant by “governmentality” to avoid increasing confusion in the literature. We do not propose a new definition, but we suggest the use of the 1984 definition, translated by Aranov and McGrawth (Foucault, 1997) (see Table 4.6) which is one of the last definitions provided by Foucault and one of the clearest and most applicable to organizational and healthcare research. Third, key concepts related to governmentality, like “discipline”, “technologies of governing”, “power-knowledge”, or “subjectification”, are words that can carry different meanings; these require careful explanation.

Finally, we highlight two tendencies in this literature. First, we see a shift over time from a more marginal/pejorative use of the word, to a more mainstream/neutral use. Early studies related to healthcare organizations were often very critical or postmodern (e.g. Ceci, 2004; Flynn, 2002; Hughes & Griffiths, 1999; Johnson, 1995; Sheaff et al., 2004). More recent studies tend to be neutral, and seem uncomfortable with the pejorative-sounding words like “docile bodies” or “techniques of discipline”. Second, sub-schools of thought may begin to emerge. For example, some state that “Anglo-governmentality” or “London governmentalist” has become a perspective of its own (Ferlie et al., 2013; Ferlie & McGivern, 2014), since a great deal of work on governmentality has been conducted in the UK, relying greatly on British commentators of Foucault like Dean (1999), Rose and Miller (1992), or McKinlay and Starkey (1998). These two tendencies may indicate a maturation of the governmentality literature.

#### **4.7 Limitations**

This review has strengths and limitations. Its main strength is the broad spectrum of databases searched over a long period of time, and the inclusion of conceptual studies and books, all of which

contribute to a more complete view of the state of the science. Also, as previously discussed, the keyword “governmentality” refers to a very narrow idea, which limits biases related to the use of synonyms. Limitations of the review include the absence of comparative analysis of the studies, an endeavour that proved impossible given the range of subjects, methods and designs. This heterogeneity also makes it very hard to assess the quality of the studies. Finally, restricting the review to English language publications may have limited the number of studies found.

#### **4.8 Conclusion**

Our objective in this article was to describe the state of the science on the use of governmentality in healthcare network studies. We conducted a scoping review to explore how the notion of governmentality has been applied to healthcare networks in the existing literature. The review enabled us to bring clarity to a subject that is multidisciplinary, relatively new, not yet mainstream, and complicated by certain inconsistencies in its use. Results show a very diverse set of studies, in terms of research object, type of network analysed, method and data source, and key findings. Studies from European countries, and especially NHS settings in the UK, dominate this literature. Definitions of “governmentality” are not always explicit, and include many variations. Three broad usages are found, with governmentality serving as an epistemological approach, a theoretical approach, and as a specific form of governance. Study findings reveal that the use of governmentality to study healthcare network is helpful in capturing the complexity of these networks and in addressing questions that emerge within them.

We suggest three promising avenues for future research. First, most studies have been undertaken in public healthcare systems and UK/European settings. There is a need to explore other settings, such as healthcare networks in non-European countries and networks in healthcare systems that are not government-owned. Second, most attention, in terms of study focus or interview subjects, has been on field level professionals or middle managers. It would be interesting to acquire a more detailed picture of macro level actors, such as senior managers or political actors. Third, existing studies show that governmentality is useful to grasp the complexity of themes such as governance, standardization, professions, hybridity, patient or public involvement, and reforms, transformation and change. These appear as fertile ground for future research. We began this article by quoting

Van Rensburg et al. (2016) on the need to find new lenses to look at contemporary healthcare organizations. This scoping review shows that governmentality provides a fruitful and powerful lens through which to study healthcare networks, though it is not without challenges.

## CHAPITRE 5 : LA STRUCTURATION DES RÉSEAUX HYBRIDES (ART. 2)

---

Cet article a été accepté et présenté à la conférence au 32<sup>e</sup> colloque de *European Group for Organizational Studies* (EGOS) sous la forme suivante:

MARCHAND, J.-S., TREMBLAY, D., et DENIS, J.-L. (July 7<sup>th</sup> 2016). *Hybrid networks and environmental turbulence in public healthcare systems: Toward an evidence-based framework*, 32nd Colloquium European Group for Organizational Studies (EGOS), University of Naples Federico II, Naples, Italy.

### **Hybrid networks and environmental turbulence in public healthcare systems: Toward a better understanding of network structuration**

**Keywords:** Hybrid network; public healthcare system; structuration; environmental turbulence; governmentality; cancer

#### **5.1 Abstract**

This article aims to better conceptualize the process of hybrid network structuration in public healthcare systems. It is especially concerned with environmental turbulence. In the literature, hybrid networks are said to espouse managerial “top-down” along with organic “bottom-up” qualities. They also exhibit complex patterns of governance and actor interactions. We shed light on these qualities by inviting Michel Foucault to the table. Drawing on his concept of governmentality, we outline recent developments in the literature on networks and develop a conceptual framework from findings from a Canadian case study: the Quebec Cancer Network. Several insights emerge from our study, notably that the multiplication of coordinating structures, the creation of hybrid roles, and increased formal power of network authorities appear in synchrony with environmental turbulence. We conclude by discussing possible explanations and proposing research avenues to better assess the capacity of hybrid networks to develop and persist in turbulent environments.

## 5.2 Introduction

Networks have become a favoured organizational model in public organizations, particularly in public healthcare systems (Addicott et al., 2006, p. 93; Ferlie et al., 2012, p. 341). They have been adopted, for example, in Canada (Canadian Strategy for Cancer Control, 2006, p. 4), France (Institut National du Cancer, 2014, p. 28) and Great Britain (Department of Health, 2011, p. 55), where the *National Health Service* (NHS) has shown great enthusiasm for network implementation. In the area of cancer care alone, 28 regional networks were formed between 2000 and 2012 (Macmillan Cancer Support, 2012, p. 5) and, in 2013, these networks were incorporated into the *Cancer Strategic Clinical Network*, one of four strategic clinical networks created as a part of the 2013 NHS reorganization (National Audit Office, 2015, p. 14). France likewise placed its bets on regional cancer networks starting in the mid-2000s, with 25 networks now supervised by a national body (Institut National du Cancer, 2016). In Canada, each province manages its own cancer care system, with many organized as regional networks.

These networks are puzzling. Formally mandated by the government, their implementation often relies on front-line practitioners as more or less voluntary collaborators. This combination of top-down and bottom-up dynamics, and the networks' multi-stakeholder structures and processes, make them hard to understand for both providers and researchers (MacLeod, 2015, p. 242; Noseworthy et al., 2015, p. 262). Uncertainty emanating from the environment adds another layer of complexity to network structures and governance (Qvist, 2017, p. 4).

The term “hybrid network” is increasingly used to describe these organizational models. Drawing on Ferlie et al. (2010) and Mcdermott et al. (2015), we define a hybrid network as a type of organization characterized by top-down and bottom-up dynamics. Further, following on Battilana and Lee (2014, p. 398), we define “hybrid organizing” as “the activities, structures, processes and meanings by which organizations make sense of and combine multiple organizational forms.” The structuration of hybrid networks therefore refers to the multiple activities, processes and institutions that contribute to an organization’s form.

This article aims to conceptualize the structuration of hybrid networks in healthcare, while considering the impact of environmental turbulence on their development and evolution. Our

research question is: how does environmental turbulence influence the structuration of hybrid networks in public healthcare systems? We begin by first presenting the conceptual background to this question. We then draw on a selective literature review to propose a conceptual framework that will enable a better understanding of the interaction between hybrid networks and environmental turbulence. Third, we use this framework to explore findings from a case study of the *Quebec Cancer Network* in Canada. Lastly, we discuss insights that emerge from this evidence, and propose research avenues for future studies of hybrid networks.

### **5.3 Background**

Networks can be defined according to the dynamics involved in their creation. For instance, mandated networks are instigated from the top down, often through the adoption of policy. Some authors call these networks “orchestrated” (cf. Dagnino et al., 2016) or “managed” (cf. Ferlie et al., 2013). Organic networks, on the other hand, are created from the bottom up by practitioners or through collaborative organizational initiatives (Kenis & Provan, 2009, p. 449). Some authors refer to these as “voluntary” (cf. Popp & Casebeer, 2015) or “emergent” (cf. Dagnino et al., 2016) networks.

In the public sector, the network phenomenon has grown rapidly in the past 30 years (Mandell, 2014, p. 3). Top-down implementation arrangements were initially very common, but seem to have been replaced first by bottom-up approaches, and subsequently by a mix of both arrangements (Keast, 2014, p. 21). Recent literature refers to “orchestrated emergence” (Clegg, Josserand, Mehra, & Pitsis, 2016, p. 282; Dagnino et al., 2016, p. 350), though the term “hybrid network” more accurately emphasizes the dynamics of, and potential tension between, the network’s mandated and organic structures. Network implementation often reflects government will to increase collaboration or cooperation, reduce regional service disparities, and promote best practices. Mandated networks are usually implemented by a central government or ministry, and are organized around regional boundaries and goals. For instance, the *East Midlands Cancer Strategic Clinical Network* in Great Britain, the *Réseau de Cancérologie d’Aquitaine* in France, and the *Quebec Cancer Network* in Canada are each organized within specific geographic regions.



As Popp and Casebeer (2015, p. 233) put it, managing hybrid networks “is challenging at the best of times” due to the often involuntary nature of participation. Hybrid networks can be seen as dynamic organizations with differing institutional prerogatives related to power and authority (Cepiku, 2014, p. 176). They can exhibit complex patterns of actor interaction and bring together a host of organizations – their modes of governance are therefore highly complex (O’Toole, 2015, p. 366). The literature on hybrid networks explores this complexity in different ways. The roles of decision-making, actor involvement, knowledge and information sharing, and structures are receiving increasing research attention. Koppenjan and Klijn (2004, p. 6) suggest that imposing authoritative top-down decisions can create strong resistance among actors, who may use policy games to try and influence network actions and the formulation and prioritization of problems. Actor interactions are also shaped by the process of constructing and solidifying networks. In their study of two managed cancer networks, Ferlie et al. (2013, p. 94) identify four key elements in the shaping of high performing networks: clear and legitimate evidence-based national guidance (including sanctions and accreditation), development of an agreed-upon local process, transparency with respect to data collection at the local level, and involvement of network management teams. Denis et al. (2015, p. 283), suggest that contrasting theories of hybridity in public administration arise from different beliefs concerning the potential drivers of hybridity. Depending on the theoretical prism used (governance theory, institutional theory, actor network theory or the identity perspective), key drivers may involve changing political values, external pressures or institutional contradictions, networks, managerial ideologies, or structural changes. Elements such as the use of knowledge, the role of actors, and the evolution of structures therefore warrant consideration when looking at the structuration of hybrid networks in healthcare settings. However, research regarding these aspects of governance is limited.

In this paper, we explore the structuration of hybrids networks. Many studies have examined public healthcare networks, especially in the NHS (e.g. Goodwin et al., 2004; G. P. Martin, Currie, & Finn, 2009; Sheaff et al., 2004). Some of the most prolific academics in this field are Ewan B. Ferlie and his colleagues (e.g. Addicott et al., 2006; Ferlie, Fitzgerald, McGivern, Dopson, & Bennett, 2011; Ferlie et al., 2013; Ferlie et al., 2012; Ferlie & Pettigrew, 1996). While Canadian hybrid healthcare networks have also been studied (e.g. Brault, Denis, & Sullivan, 2015; Touati,

Denis, Roberge, & Brabant, 2015; Tremblay et al., 2010; Tremblay et al., 2014), they deserve greater attention, notably as they permit research into network evolution over time.

#### **5.4 Theoretical framework**

In the public administration literature, networks are generally seen as forms of collective action (Kenis & Provan, 2009, p. 453; O'Toole, 1997, p. 46; Provan & Kenis, 2008, p. 229). This is especially true when networks are goal-oriented (Isett et al., 2011, p. 1162; Provan & Lemaire, 2012, p. 639). Organic networks may emerge from pre-existing informal collaborations or from distributed leadership (cf. Denis et al., 2012; Gronn, 2002, 2008). Such bottom-up collective action involves interactions among practitioners, communities, or groups, which exhibit varying levels of mutual trust, collaboration, and competition (cf. 6 et al., 2006; Kilduff & Brass, 2010; Siciliano, 2015; Spekkink & Boons, 2015). In contrast, managed public sector networks employ top-down forms of governance (cf. Isett & Provan, 2005, p. 149; Kenis & Provan, 2009, p. 440; Provan & Lemaire, 2012, p. 641; Provan & Milward, 2001, p. 414). Hybrid networks represent the melding of bottom-up leadership and formal top-down power.

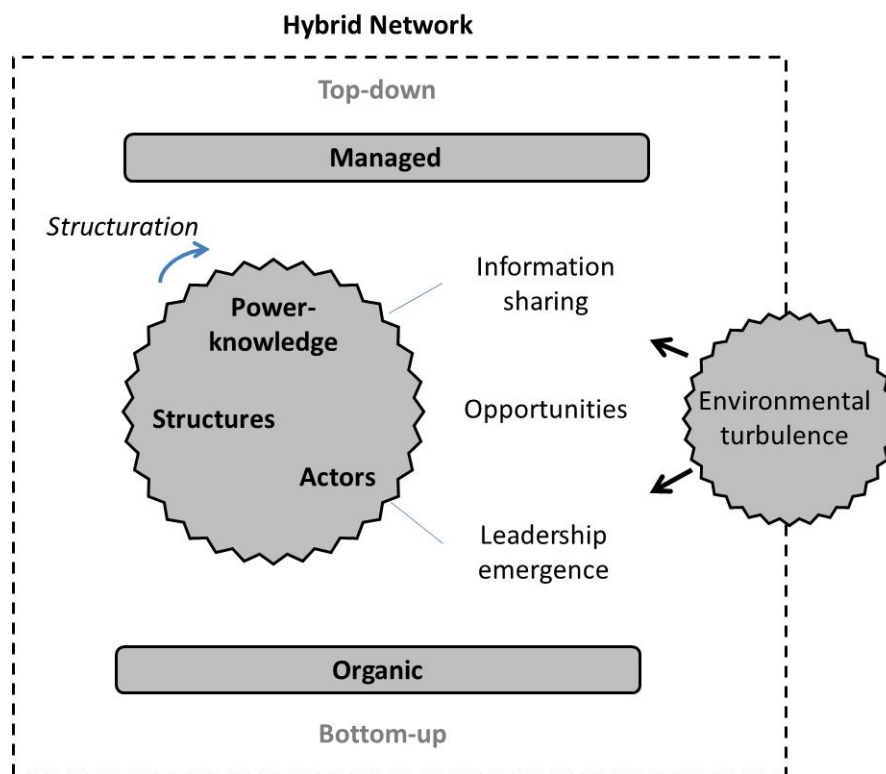
Top-down governance can be defined as collective action resulting from an authoritative position (Hatchuel, 2005b; Hatchuel, Pezet, Starkey, & Lenay, 2005; Pomey et al., 2008). This understanding draws upon the Foucauldian concept of “governmentality”. In one of its last work, Foucault describes governmentality as “the whole range of practices that constitute, define, organize, and instrumentalize the strategies that individuals in their freedom can use in dealing with each other. Those who try to control, determine, and limit the freedom of others are themselves free individuals who have at their disposal certain instruments they can use to govern others” (Foucault, 1997, p. 300). He characterizes governance as the use of power and knowledge in governing actors and their interactions. The notion of governmentality has successfully, but not frequently, been applied to healthcare organizations (e.g. Ceci, 2004; Shaw & Greenhalgh, 2008) and healthcare networks (e.g. Ferlie et al., 2013; Ferlie et al., 2012; Sheaff et al., 2004). From a governmentality perspective, hybrid networks may be seen as a triptych constituted by structures, actors, and power-knowledge interactions (see Hatchuel, 2000).

Recently, Skelcher and Smith (2015, p. 13) stated that hybridity in public organizations may be associated with environmental turbulence, which creates conditions where organizational responses rest on multiple institutional logics, creativity, and innovation. In his 2007 *Chemical Nobel Prize Lecture*, Gerhard Ertl (2008, p. 3533) compares turbulence to Van Gogh's *The Starry Night*, suggesting that the series of patterns created by turbulence represents a phenomenon also believed to govern processes in nature. More concretely, turbulence in hybrid networks can be defined as patterns of reactions generated by changing conditions in the institutional environment. Boyne and Meier (2009, p. 801), following from Dess and Beard (1984), consider that turbulence can be divided into three categories: "munificence", "complexity", and "dynamism". Munificence represents the potential for organizational development and availability of resources. Complexity relates to the external circumstances that confront the organization. Dynamism refers to changing munificence and complexity over time. One would expect numerous environmental factors (e.g. social, technological, and economic) to be translated by governments into dimensions of turbulence, such as budget constraints (munificence), new regulations (complexity), or political transitions (dynamism). These three dimensions offer a promising means of better understanding the influence of environmental turbulence on hybrid organizations. They also represent a rare attempt to categorize turbulence as it relates to public organizations.

Little is known about the effects of environmental turbulence on hybrid networks, and even less on hybrid networks in healthcare systems. Yet, government-initiated goal-oriented hybrid networks such as cancer networks routinely experience externalities like budget cuts, reforms, downsizing, new regulations, political transitions, and demographic changes. Interestingly, organizations made up of individuals sharing a common goal are believed to be less easily destabilized by environmental turbulence (Maitlis & Sonenshein, 2010, p. 552): turbulent environments strengthen organizational relationships and the network's broader vision (Kapucu, 2005, p. 35; 2006, p. 208). Environmental turbulence, and the pressure it puts on networks, could either lead to organizational adaptation (Lewin & Volberda, 2003, p. 579; McGrath, 2006, p. 585), or organizational crisis, followed by collective adaptation (Pearson & Clair, 1998, p. 60). Pursuing this logic, turbulence, or the instability it generates, may create opportunities for the network, making actors more consciously aware of some aspects of the network, providing justification for actions, and liberating time and space for change (cf. Langley, Smallman, Tsoukas, & Van de Ven, 2013).

The governmentality theoretical prism thus meshes well with hybridity and environmental turbulence literatures. As illustrated in Figure 5.1, the hybrid network has a relation with its environment, with fuzzy and permeable boundaries. Its structuration is a process of rich interactions between actors, structures, and power-knowledge. Environmental turbulence (categorized by munificence, complexity, and dynamism) impacts the network by affecting the emergence of leadership, the flow of information, and opportunities for action.

**Figure 5.1: Environmental turbulence and governmentality in hybrid networks**



### 5.5 Evidence from the case of the Quebec Cancer Network

This section is supported by findings from a case study on the *Quebec Cancer Network*. It rests mainly on a review of published documents on the network from 1997 to 2017 (n=59; approx. 4200 pages) and unpublished documents consisting mostly of meetings minutes, briefing notes and briefing presentations.

### 5.5.1 Background of the Quebec Cancer Network

The *Quebec Cancer Network*<sup>5</sup> in the Canadian province of Quebec was mandated by the *Ministry of Health and Social Services* (MSSS) in 1997 to address rising cancer incidence (MSSS, 1997). Following the implementation of the Quebec Cancer Program, the *National Cancer Council*<sup>6</sup> was created as a consultative committee to advise the minister on issues related to cancer services and to promote knowledge transfer and information sharing (MSSS, 2001). The Quebec Cancer Network was mandated to act on the national (macro), regional (meso), and local (micro) levels. Regional structures were created in each of the province's 18 administrative regions. At the local level, interdisciplinary oncology teams were formed, including oncologists, other physicians and specialized nurses. Integrating cancer services was the core objective of network implementation (MSSS, 1997, p. 40). Planning, information sharing, the organization of activities and services, and quality improvement were the four guiding principles of the integration strategy (MSSS, 1997, p. 45).

### 5.5.2 Environmental turbulence

Environmental turbulence appears in the form of budget constraints, pressure from cost increases, political transitions, and new legal obligations. Budget constraints are not exceptional in the public sector. In Quebec, since 2000, public healthcare establishments have been prohibited from incurring deficits<sup>7</sup>. These constraints on spending are coupled with cost pressures, which are especially strong in the area of cancer. The aging population and increase in cancer rates are among the numerous environmental factors that put stress on healthcare establishments (MSSS, 2009). General provincial elections were held in 1998, 2003, 2007, 2008, 2012 and 2014, with minority governments elected in 2007 and 2012, and changes in governing party in 2003, 2012 and 2014. Health care has been a central electoral theme since 2003. The *Law on health and social services*<sup>8</sup>, which dictates the functioning of the public healthcare system, was modified nearly every year

---

<sup>5</sup> Réseau de cancérologie du Québec

<sup>6</sup> Conseil Québécois de la lutte contre le cancer

<sup>7</sup> Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, L.R.Q. c. E-12.00.

<sup>8</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2.

since 1997, implementing monitoring and accountability measures, mandating the production of strategic plans, and modifying access to specialized care (MSSS, 2009).

### **5.5.3 The radiation oncology crisis of spring 1999**

The emerging network faced its first crisis in the spring of 1999. At the time, hospitals offering radiation oncology services were grappling with increasing demand, out-dated technology, increasingly long waiting lists, and a lack of resources and personnel (MSSS, 2000a; Robitaille & Auger, 2004). Following credible threats of strike action and increased media attention, the ministry put in place the *National Coordinating Center for Radiation Oncology* in June 1999. This was followed by the adoption of a *Radiation Oncology Action Plan* (MSSS, 2000b) that aimed to increase the efficiency of existing infrastructure, build new facilities, hire additional personnel, and monitor the impact of the plan over an eight-year period (MSSS, 2000b). A *Support Group for the Implementation of the Quebec Cancer Program* was created. The *Coordinating Center* produced two reports on the situation in spring 2000. Following an announcement by the Minister of Health in November 2000 (Marois, 2000), the *Coordinating Center* and the *Support Group* were merged into the *National Coordinating Center for Cancer Care* in 2001 (MSSS, 2003). This new coordinating body was placed under the authority of the *General Directorate of Medical and University Affairs* (MSSS, 2001). The minister also demanded that the implementation of *Regional Cancer Committees* be sped up and that an action plan be adopted within one year in each region (Marois, 2000). Cancer had become a ministerial “priority”.

### **5.5.4 Evolution of the network structure**

Alongside the evolution of cancer care, the broader organization of healthcare services in Quebec was also affected by institutional changes. *Regional Authorities* responsible for directing strategic actions at the regional level (MSSS, 2009) were given greater autonomy in 2001, conditional on increasing their accountability for and monitoring of operations. In 2003, following the election of a new political party, a major reform seeking to decentralize the healthcare system transformed these Authorities into *Local Network Development Agencies for Healthcare and Social Services*, which had the effect of increasing their local coordination responsibilities, and creating the system's longest acronym. In 2004, a major reform then transformed these agencies into *Regional Agencies*,

which entailed the merger of local organizations. This initial period of turbulence was followed by years of relative stability. In 2011, the Quebec Cancer Network became directly accountable to the Deputy Minister of Health and Social Services, who gained greater decisional authority (Direction de la lutte contre le cancer, 2011). The 2012 election brought a new minority government to power, which introduced further organizational changes in its *2013-2015 National Strategic Plan* (MSSS, 2013a). Elections in 2014 brought another political party to power with majority status and, in April 2015, this government undertook a major reform to abolish the *Regional Agencies*. This was followed by significant layoffs among administrative personnel and managers in the health system. The 2015 reform produced much uncertainty regarding possible structural changes, but the Quebec Cancer Network “restarted” its coordination activities in September 2015 with no clear change in structure. However, in December 2015, the *National Cancer Care Directorate* became the *General Directorate of Cancer Care*, with more power and legitimacy as an official directorate within the *Quebec Ministry of Health and Social Services*. The head of the network was granted the status of deputy minister. A new agreement between healthcare centers and the MSSS was signed to legitimize the roles of regional clinical-administrative managers and regional medical co-managers.

Within this environmental turbulence, the Quebec Cancer Network continued its development. Its national (Quebec-wide) and regional coordination structures evolved (see Figure 5.2). While, initially, each of these structures had just one coordinating committee, the national level now has three oversight committees: the *General Cancer Care Directorate*, the *National Coordinating Committee*, and the *National Consultation Committee*. Thematic expert advisory committees complete this structure (MSSS, 2013b). Further, two new hybrid roles, regional clinical-administrative co-managers and regional medical co-managers – leadership positions responsible for regional coordination and collaboration – were created a year after the 2004 reform (CEILCC, 2005). These hybrid roles still exist and their work is coordinated through the *National Committee of Co-Managers*. The co-manager role was explicitly created to support implementation of the Quebec Cancer Network, concerted action, and information sharing between national and regional levels (MSSS, 2007, p. 19; 2010, p. 13). Four committees are now in place to coordinate the regional level: an *Executive Directorate Committee*, a *Management Committee*, a *Regional*

*Coordinating Committee*, and a *Consultative Committee*. A new Action Plan 2016-7 was published in 2016, without clear change in structure (MSSS, 2016).



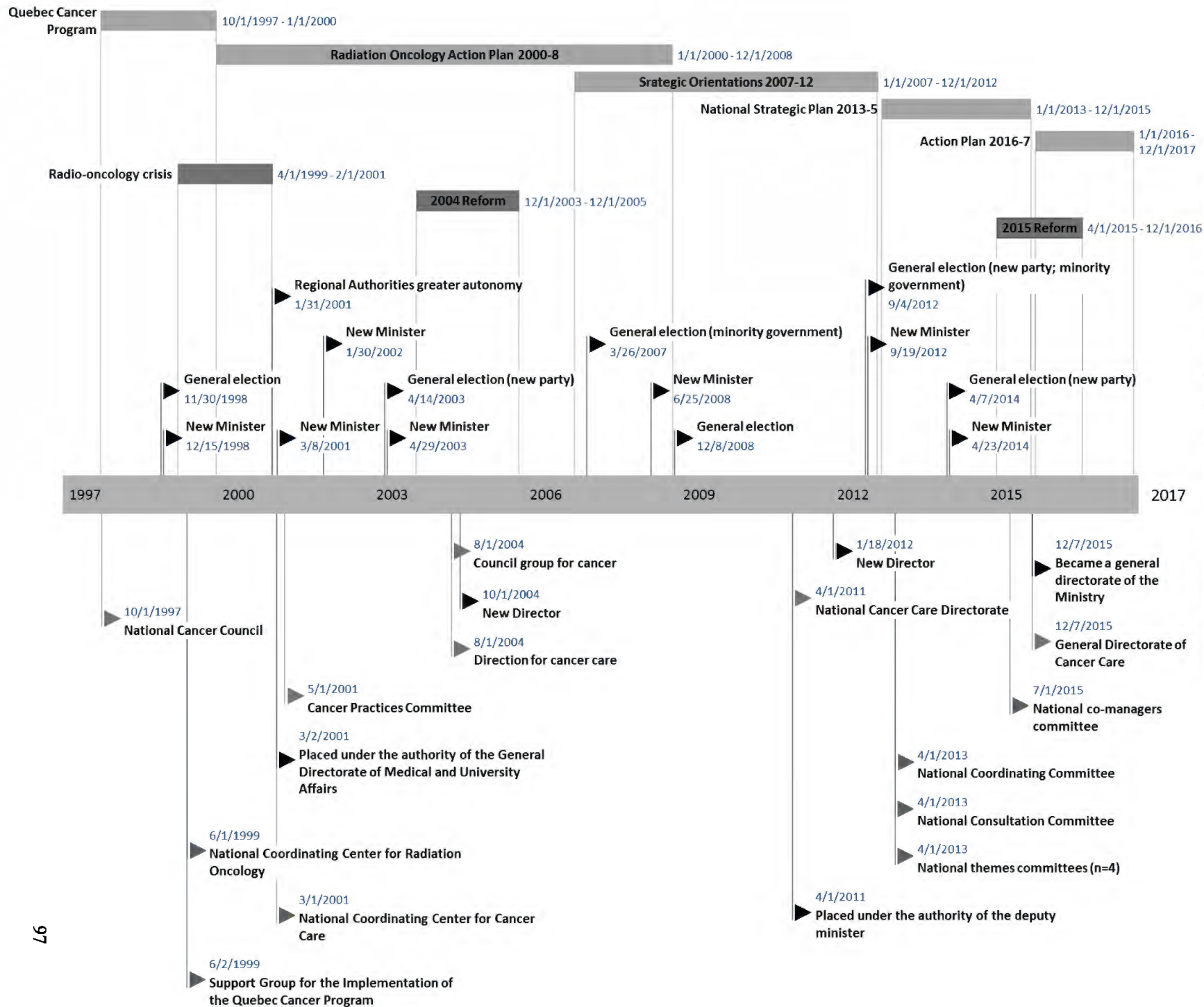


Figure 5.2 Evolution of the cancer network structure: national level)

## **5.6 Discussion: insights from the case study and the emergence of a structuration pattern**

As one period of turbulence followed another, changes occurred in the network in terms of structures, actors, and power-knowledge. Three broad trends are observed following each period of turbulence: the creation of new coordinating structures at national and regional levels (structures), the extension of hybrid roles at the regional level (actors), and the increase of formal authority at the national level (power-knowledge). As the review of documents undertaken in this case study cannot establish a causal link between environmental turbulence and these trends, the examination of four particular events appears relevant to this link. First, the radiation oncology crisis occurred in 1999, at the beginning of the network's structuration. This was followed by the creation of a coordinating committee at the national level, acceleration of the implementation of regional cancer committees, and the formalization of central authority activities in an action plan. Second, the 2004 healthcare reform led to great environmental turbulence for the Quebec Cancer Network, with the creation of important regional entities. Once again, turbulence was followed by the creation of a new committee at the national level: the *Cancer Council*. More interestingly, the creation of this committee was followed by the institution of two new hybrid roles in 2005: administrative co-managers and regional medical co-managers – leadership positions responsible for regional coordination and collaboration. The new committee evolved into the *National Committee of Co-Managers*, which now brings together co-managers from every region.

These new hybrid roles were explicitly created to support implementation of the network, collaboration among actors, and information sharing between the national and regional levels. Third, a minority government was elected in 2012, replacing a government that had been in power for nine years. This was followed by significant efforts to accelerate the implementation process, with the publication of *Strategic Action Plans 2013-2015*. These plans formalized existing structures at the national level, and created a new coordinating structure at the regional level: the *Management Committee*. Fourth, the 2015 reform generated unprecedented turbulence when the main governing body at the regional level was abolished. The regular monthly committee meetings at the national level were interrupted between the abolition of *Regional agencies* in April 2015 and October 2015. After a period of uncertainty, the Ministry of Health and Social Services announced that the main network coordinating body would become a general directorate, with the head of the

network becoming a deputy minister. A new agreement between regional establishments and the Ministry legitimized the hybrid roles of co-managers.

Considering our conceptual framework, this situation may be described as an adaptation of the hybrid network to environmental turbulence. Environmental turbulence seems to create uncertainty within the network and cause periods of relative inertia. As turbulence increases, so does uncertainty. In other words, a lack of information about actors influences the network and, we suggest, creates an opportunity for the actor in a position of authority to reinforce the central network coordination structures and formalize its power. The lack of information sharing during these periods of uncertainty may legitimize increased information gathering or information sharing. Significant layoffs and transfers among administrative personnel, middle managers or local leaders may reduce the usual resistance to organizational change.

In other words, turbulence may create opportunities: pressure for change, legitimacy to change, and the necessary time and space to act. Whether they involve a lack of strategic human resources, as in the radiation oncology crisis of the early 2000s, or the massive job cuts of the 2015 reform, periods of turbulence may distract actors and diminish resistance to top-down decisions. It may provide opportunities for the central organization to create new structures, and justify the need for more control over a now destabilized network. It may also create opportunities to create or legitimize hybrid roles, and to use the ambiguity surrounding the new role to increase potential control over different actors.

Three possible explanations emerge. The first regards knowledge. Turbulence, the creation of hybrid roles, and the multiplication of coordinating structures may be linked by the need for information sharing or, to use governmentality terminology, the need for knowledge. As turbulence increases and tensions between mandated and organic networks emerge, the need to collect and share knowledge increases and is followed by a need for new structures and roles that can facilitate the sharing of knowledge. A second possibility is the *pawl* explanation – a *pawl* is the lever mechanism on a ratchet that engages with the teeth of the cogwheel so that it can only turn forward and is prevented from recoiling. Hybrid roles and coordinating structures are creatures of the hybrid network. They seem to create tailored connections between the mandated and organic parts of the

network. For instance, the *National committee of co-managers* bring together the all the regional co-managers and the national staff each month, creating spaces for knowledge sharing and for leadership emergence, but also formal and informal ties between actors. These connections appear to be very stable over time. They may act like pawls for hybrid network implementation. A final and more general explanation is that turbulence creates opportunities. Periods of environmental turbulence may provide justification for increased control mechanism or increased formal power, as well as diminish resistance by distracting actors. Network leaders may exploit the uncertainty created by turbulence to justify actions or legitimate decisions.

Governmentality is at the core of these trends and explanations. First, the creation of new committees enables actors to gain more knowledge of other actors and their activities in the network. As managers are invited into these new coordination structures, their actions are made visible to other actors in the network. Second, new hybrid roles at the regional level, like co-managers, split power between two individuals, each of whom possesses knowledge about the other's managerial activities. Therefore, the combination of more coordinating structures and more hybrid roles may create an "everybody sees everybody" security apparatus. Third, the increase of formal authority at the national level enables and legitimizes the implementation of these new structures and roles. It also enables national authorities to increase their capabilities to govern the hybrid network. This form of governance is better understood with the Foucauldian concept of governmentality as defined earlier: specific use of power, individuals as its main target, political economy as its major form of knowledge, and security apparatus as its essential instrument.

In recent work, Ansell et al. (2017, p. 33) propose that "hybridity may be associated with the variability that we have associated with turbulence". Our work tends to support this claim. It is possible that hybrid networks represent a "response to turbulence" (Ansell et al., 2017, p. 33). Our work also pushes Ansell et al.'s proposition a bit further, finding that turbulence may be a driver of hybrid network structuration. The triptych of increased coordinating structures, new hybrid roles, and greater power-knowledge interaction, seems to emerge in synchrony with environmental turbulence. This is the partial answer we find to the question of how environmental turbulence influences the structuration of hybrid networks in public healthcare systems.

## **5.7 Conclusions, limitations and future research**

Summing up, hybrid networks within public healthcare systems seem to remain fairly stable in the face of environmental turbulence, such as that produced by frequent top-down structural reforms. Findings from the Quebec Cancer Network case reveal one important insight: the creation of hybrid roles, the multiplication of coordinating structures, and the increase of the formal power of network authorities occur in synchrony with environmental turbulence. These findings are consistent with our framework: national actors may have used the munificence, complexity, and dynamism of environmental turbulence as governance instruments. This, we consider, resulted in increased power and knowledge at the national level, structural changes at the regional level, and new roles to promote collaboration at the regional level. The knowledge explanation, the pawl explanation, and the opportunity explanation warrant further examination. The concept of governmentality is found to enable a better understanding of hybrid networks in healthcare settings.

### **5.7.1 Limitations and future research**

These findings must be interpreted with caution. This article draws on documentary evidence and examples from a single Canadian case. It proposes and illustrates, rather than demonstrating, conceptual links to better understand networks structuration. More research is needed on the patterns of actor interactions in hybrid networks, their modes of governance, and the impact of their reactions to environmental turbulence. For instance, we need to better understand the influence of the different types of environmental turbulence on hybrid networks, relying either on the categorization presented in this paper (munificence, dynamism, complexity) or another. Finally, this study suggests that another promising research avenue would be to look at the techniques of hybrid network implementation. In the long run, a clearer understanding of the three possible explanations we have presented may shed light on the governance and implementation modes these structures exhibit within the public healthcare context.

## CHAPITRE 6 : LES FACTEURS CONTEXTUELS (ART. 3)

---

Cet article est actuellement non-soumis et a pour titre :

### **Governing hybrid networks: Contextual factors that influence the structuration of networks in public healthcare systems**

**Keywords:** Hybrid network; structuration; public healthcare system; governance; cancer

#### **6.1 Abstract**

The implementation of networks is a widespread approach to organizing healthcare in public systems. These networks increasingly appear as “hybrids”, exhibiting both “mandated” top-down and “organic” bottom-up dynamics. However, they are especially difficult to govern and little is known about the contextual factors that influence their structuration. In this article, we aim to better understand these contextual factors through an embedded case study of a public healthcare network, the *Quebec Cancer Network*, in Canada. Exploring data from documents, observation, and interviews, we identify eight contextual factors that influence the structuration of the network. Some of these factors appear sensitive to intervention by public authorities. We argue that nurturing hybridity and creating visibility are two promising governance instruments for this type of network. We conclude by identifying promising research avenues.

## 6.2 Introduction

In 1992, the province of Quebec (Canada) was facing growing problems with cancer. Cancer was responsible for 30% of all deaths, and incidence was rising (MSSS, 1992, p. 76). Preoccupied by this issue, the Minister of Health created, in 1994, a large committee charged with finding ways in which public administration could confront the situation. In 1997, the committee's final report proposed the implementation of an "integrated network", the *Quebec Cancer Network* (MSSS, 1997, p. 40).

Twenty years later, goal-oriented networks have become common in public administration (Mandell, 2014, p. 3), especially in public healthcare systems (Addicott et al., 2006, p. 93; Ferlie et al., 2012, p. 341). Initially, most such networks were implemented in either top-down or bottom-up fashion, however more recently we see the two combined in "hybrid" networks like the *Quebec Cancer Network* (Keast, 2014, p. 21). These network structures evolve over the course of implementation and this network "structuration" has a significant impact on healthcare services and network actors (Denis et al., 2009, p. 245; G. P. Martin et al., 2009, p. 769; McGuire & Agranoff, 2011, p. 276). Hybrid networks confound care providers and academics in two related ways. First, we know little about the contextual factors that influence their structuration (Dagnino et al., 2016, p. 369; Qvist, 2017, p. 12). Second, these networks involve complex patterns of individual and organizational interaction, and are especially difficult to govern (O'Toole, 2015, p. 366; Popp & Casebeer, 2015, p. 233).

In this paper, we aim to better understand the contextual factors that influence the structuration of hybrid networks in public healthcare systems. Drawing on a case study of the *Quebec Cancer Network*, we ask: "What are the contextual factors that influence the structuration of hybrid networks in public healthcare systems?" The paper is divided in five parts. First, we describe the conceptual background and define the main contextual factors that influence network structuration. Second, we present the case study design and methodology. Third, we describe the evolution of the *Quebec Cancer Network*. Fourth, we present our key findings, which point to eight contextual factors of significant influence. Fifth, we discuss these findings, with particular attention to four

contextual factors that, we argue, may provide useful support to hybrid network governance. We conclude on possible research avenues.

### **6.3 Conceptual background**

Public healthcare networks have been studied in various settings, especially the National Health Service (NHS) in United Kingdom (e.g. Goodwin et al., 2004; G. P. Martin et al., 2009; Sheaff et al., 2004), notably by Ferlie and colleagues (e.g. Addicott et al., 2006; Ferlie et al., 2011, 2013; Ferlie et al., 2012; Ferlie & Pettigrew, 1996). Canadian healthcare networks have also attracted some attention (e.g. Brault et al., 2015; Roberge et al., 2004; Touati et al., 2015; Tremblay et al., 2010), however little is known about the influence of contextual factors, both in North American settings and more globally, on the structuration and governance of hybrid networks in public healthcare system.

#### **6.3.1 Definitions**

We follow Isett et al. (Isett et al., 2011, p. 1161) in defining a network as a “group of goal-oriented interdependent but autonomous actors that come together to produce a collective output (tangible or intangible) that no one actor could produce on its own”. Following Ferlie et al. (2010) and Mcdermott et al. (2015), we define a hybrid network as a network organization that displays both “mandated” top-down and “organic” bottom-up dynamics. The term “hybrid network” must be distinguished from the term “hybridity”, which is an imprecise concept that refers to an ill-defined situation of “mixed origin or composition of elements” (Denis, Ferlie, & Van Gestel, 2015). Hybrid networks share features with the concept of “orchestrated emergence” (Clegg et al., 2016, p. 282; Dagnino et al., 2016, p. 350), but the emphasis is on the dynamics and tension between the network’s mandated and organic structures. Mandated (or “managed”) public sector networks are characterized by top-down forms of governance (cf. Isett & Provan, 2005, p. 149; Kenis & Provan, 2009, p. 440; Provan & Lemaire, 2012, p. 641; Provan & Milward, 2001, p. 414). Top-down governance can be defined as collective action from an authoritative position (Hatchuel, 2005b; Pomey et al., 2008). This understanding of governance follows the Foucauldian concept of “governmentality”, repeatedly used to analyse hybrid networks (e.g. Ferlie et al., 2012; McGivern et al., 2015). Organic (or “emergent”) networks, on the other hand, are characterized by pre-



existing informal collaborations and collective leadership (cf. Denis et al., 2012). Networks may be seen as forms of collective action (Kenis & Provan, 2009, p. 453; Provan & Kenis, 2008, p. 229), especially when they are goal oriented (Isett et al., 2011, p. i162; Provan & Lemaire, 2012, p. 639). They imply interaction among actors – practitioners, communities, or groups – and varying levels of mutual trust, collaboration, and competition (cf. 6 et al., 2006; Kilduff & Brass, 2010; Siciliano, 2015). The structuration of hybrid networks is therefore defined as the multiple activities, processes, and institutions that contribute to the network structure. Recent literature points out that (A) contextual factors influence network structuration, (B) contextual factors can be more or less sensitive to manifestations of governance, such as intervention by public authorities, and (C) we need applied research about A and B, and the relationship between A and B (Dagnino et al., 2016, p. 369; Dal Molin & Masella, 2016, pp. 499, 505; Qvist, 2017, p. 12).

### **6.3.2 Theoretical framework: building a typology of contextual factors**

Three streams of literature are helpful in understanding contextual factors that influence the structuration of hybrid networks in public healthcare systems: (1) the literature around goal-oriented healthcare and public administration networks appears a natural choice for the present study; (2) the literature on institutions for collective action is closely linked to the “mandated” dynamic of top-down governance in healthcare networks; and (3) research on *governmentality* applied to healthcare and public administration digs deeper into the definition of hybrid networks.

### **6.3.3 Goal-oriented healthcare and public administration networks**

The “Provan school” (Isett & Provan, 2005; Provan et al., 2007; Provan & Kenis, 2008; Provan & Milward, 2001), and followers Turrini et al. (2010) and Ferlie et al. (2010), have in common a somewhat “utilitarian” approach to networks as a “tool” to study public service provision (Isett et al., 2011, p. i161). Dal Molin and Masella (2016), in a recent literature review on network governance, reframe the discussion to focus on “starting conditions” of a network (see Table 6.1). This literature also frequently draws on two concepts: *organizational asymmetry* and *resource dependence*.

*Organizational asymmetry* is an important dimension of networks (Isett & Provan, 2005, p. 155; Marwell et al., 1988, p. 511). Specifically, in networks with a lead organization, activities and major decisions are coordinated by a central actor, which can concentrate power and contribute to asymmetry. This aspect can either facilitate governance but can also complicate relationships between organizations (McGuire & Agranoff, 2011, p. 267). Many factors can contribute to asymmetry, including the size of the organization, the allocation of resources, and organizational performance. In healthcare networks, asymmetry can pertain to information, status, resources, centrality, or the nature of social relationships (Goodwin et al., 2004, pp. 69, 101, 193).

*Resource dependency* theory (Pfeffer & Salancik, 1978) highlights the central importance of resources when it comes to analyzing interdependent organizations. Organizations use resources as power and try to reduce their dependence on other organizations (Hillman et al., 2009, p. 1404). Resource dependency thus creates a paradox in which interdependent organizations that need to work together are required to compete against one another for resources. Resource dependency is thought to have significant influence over networks structure in public administration (e.g. Agranoff & McGuire, 2001; Rethemeyer & Hatmaker, 2008, p. 634).

### **6.3.4 Institutions for collective action**

Collective action can take many forms, including the development of institutions, mobilisation of resources, coordination of activities, and sharing of information (Poteete & Ostrom, 2004b, p. 224). This “political economy” point of view on collective action draws on John R. Commons’ work (1950) on collective interest and decision making, and on Mancur Olson’s work (2002 [1965]) on resource pooling and shared interest between organizations. They are influenced by Ostrom’s work on institutions for collective action.

Size and heterogeneity are factors of central importance in this research stream. Poteete and Ostrom (2004a, p. 441) define heterogeneity as social, cultural, and economic variations, as well as variations in trust relationships and shared common interest between organizations. Poteete et al. (2010, pp. 223-226) add that the availability of information, transparency, and predictability of actors also have significant influence on the development of institutions for collective action.

### 6.3.5 Governmentality applied to healthcare and public administration

Top-down governance is frequently associated with collective action from an authoritative position (Hatchuel, 2005b; Pomey et al., 2008). This conceptual approach to governance come from Foucauldian work on “governmentality”. Foucault describes it as “the whole range of practices that constitute, define, organize, and instrumentalize the strategies that individuals in their freedom can use in dealing with each other. Those who try to control, determine, and limit the freedom of others are themselves free individuals who have at their disposal certain instruments they can use to govern others” (Foucault, 1997, p. 300). Governmentality supports the “self-regulation” of people within an organization (van Rensburg et al., 2016, p. 7). The notion of governmentality has been applied to healthcare organizations and healthcare networks (e.g. Ferlie et al., 2013; Ferlie et al., 2012; McGivern et al., 2015; Sheaff et al., 2004). Contextual dimensions from selected works in this research stream are summarized in Table 6.1.

Two prominent contributions from this research stream are the concepts of *examen* and *panopticon*. *Examen* refers to the accepted measurements used to evaluate and assess the conformity of network members. *Panopticon* refers to the possibility for a member of the network to be observed without being aware of it. These two observation techniques help to generate desired behaviour in a system, or “docile bodies” (Foucault, 1975). These concepts derived from the study of penitentiaries offer further insight into the capacity, even with limited resources, to govern a large number of people in decentralized positions. These concepts have been applied to healthcare networks in past research (e.g. Ferlie et al., 2013; G. P. Martin et al., 2013).

**Table 6.1: Contextual factors from literature**

Key authors	n	Contextual factors
<i>Public administration network research</i>		
Provan et al. (2007)	5	1) Density; 2) Fragmentation and structural holes; 3) Governance; 4) Centralization; 5) Cliques
Provan & Kenis (2008)	4	1) Trust; 2) Size (number of participants); 3) Goal consensus (nature of the task); 4) Network-level competencies

Turrini et al. (2010)	5	1) External control; 2) Integration mechanisms and tools; 3) Size and composition; 4) Formalization and accountability; 5) Network inner stability
Ferlie et al. (2010)	6	1) Complexity of context; 2) Network form; 3) Resource base; 4) Formalisation of roles, structure and governance; 5) Stakeholders (numbers and diversity) and power balance, 6) Processes and skills
Dal Molin & Masella (2016)	6	1) Trust; 2) Size; 3) Goal consensus; 4) Leadership and commitment; 5) Embeddedness; 6) Diversity
<i>Institutions for collective action</i>		
Ostrom (1990)	6+	Number of actors; future discount; similarities of interest; heterogeneity; evaluation; escalating sanctions; conflict resolution mechanism
Poteete et al. (2010)	5+	Many factors: Reputation, communication, heterogeneity, information sharing, sanctions
<i>Governmentality applied to healthcare networks research</i>		
Sheaff et al. (2004)	2	1) Medical self-surveillance; 2) Legitimacy of clinical governance
Hasselbladh & Bejerot (2007)	3	1) Appeals to common goods; 2) Formation of new arenas; 3) Forms of expertise
Ferlie et al. (2013)	4	1) Clear and legitimate evidence-based national guidance (with sanctions and conformity accreditation); 2) Development of an agreed upon local process; 3) Transparency with respect to data collection at the local level; 4) Involvement of the network management teams
Martin et al. (2013)	3	1) Professional values; 2) Calls for new expressions of professionalism; 3) Work to reframe intra- and inter-professional relationships.

### 6.3.6 A typology of factors

The contextual factors from the literature detailed in Table 6.1 are found to influence networks in public administration or public healthcare settings. To build a typology for hybrid network analysis, we first decided to compile them with matching references. Second, we grouped similar factors together. For instance, “heterogeneity” and “diversity”, or “competencies” and “expertise”, were merged. Third, we assigned these contextual factors to one of four categories: (1) network and environment, (2) governance and monitoring, (3) knowledge and information sharing and (4) collective action and values. This typology becomes the initial theoretical lens for our research (see Table 6.2).

**Table 6.2: Typology of contextual factors**

Categories	Contextual factors	Related work
<b>Network and environment</b>	Centralization and density	Provan et al. (2007)
	Context complexity/stability	Ferlie et al. (2010); Turrini et al. (2010)
	Heterogeneity/diversity	Ostrom (1990); Poteete et al. (2010); Turrini et al. (2010); Ferlie et al. (2010); Dal Molin & Masella (2016)

	Integration/fragmentation	Turrini et al. (2010); Dal Molin & Masella (2016); Provan et al. (2007)
	Network form	Ferlie et al. (2010); Jang et al. (2016)
	New arenas	Hasselbladh & Bejerot (2007); Martin et al. (2013)
	New expression of professionalism	Martin et al. (2013)
	Size	Ostrom (1990); Poteete et al. (2010); Provan & Kenis (2008); Turrini et al. (2010); Ferlie et al. (2010); Dal Molin & Masella (2016)
<b>Governance and monitoring</b>	External control/ monitoring	Ostrom (1990); Poteete et al. (2010); Sheaff et al. (2004); Turrini et al. (2010)
	Formalization and process	Turrini et al. (2010); Ferlie et al. (2010)
	Governance	Provan et al. (2007); Ferlie et al. (2010)
	Legitimacy	Sheaff et al. (2004)
	Management	Ferlie et al. (2013)
	Resources/munificence	Ostrom (1990); Poteete et al. (2010); Ferlie et al. (2010)
	Sanctions	Ostrom (1990); Poteete et al. (2010); Ferlie et al. (2013)
<b>Knowledge and information sharing</b>	Information sharing/communication	Ostrom (1990); Poteete et al. (2010)
	Evidence-based guidance	Ferlie et al. (2013)
	Competencies/expertise	Hasselbladh & Bejerot (2007); Provan & Kenis (2008); Ferlie et al. (2010)
<b>Collective action and values</b>	Clique	Provan et al. (2007)
	Goal consensus	Ferlie et al. (2013); Hasselbladh & Bejerot (2007); Provan & Kenis (2008); Dal Molin & Masella (2016)
	Leadership	Dal Molin & Masella (2016)
	Transparency	Ferlie et al. (2013)
	Trust	Provan & Kenis (2008); Dal Molin & Masella (2016)
	Values	Martin et al. (2013)

## 6.4 Method

The research design is an embedded case study (Yin, 2013) with the case (n=1) being the Quebec Cancer Network (*Réseau de cancérologie du Québec*, or RCQ) in Canada. Two different subcases (n=2) were selected: *Region 1* and *Region 2*. Case studies are known as appropriate methods to study healthcare networks (Ferlie et al., 2013; Rodríguez et al., 2007, p. 159). The unit of analysis is the “whole network” (Isett et al., 2011, p. 1161). The selection of the two subcases rests upon a balance between the possibility of gaining access to the field, the time span available for research, and inter-case variation (cf. Flyvbjerg, 2006, p. 230). Known variations between Region 1 and Region 2 include population characteristics, regional (urban/rural) structure, the healthcare services covered, and the network’s development over time. We also tried to capture the effect of

the *2015 Reform* by studying the networks' situation before (T1) and after (T2) the reforms of 2015.

We collected data between August 2015 and November 2016. We conducted a review of documents (n=59; approx. 4200 pages), consisting mainly of national and regional reports, plans, or guides released between 1997 and 2017. Unofficial documents were also used, consisting mainly of meeting papers and proceedings. Non participant observation (approx. 41.5 hours) was undertaken in management and coordination committee meetings (n=19). Semi-directed interviews (n=28) were conducted with participants from various hierarchical positions at the national level (n=10), and in Region 1 (n=10) and Region 2 (n=8). Participants were selected through strategic sampling (J. Mason, 2002, p. 121) of key actors. We interviewed former and current key political actors, CEOs of healthcare organizations, general managers, co-managers, and members of coordination committees. Short surveys were completed before the interview to collect socio-demographic data about the interviewees.

Interviews lasting approximately one hour were audiotaped and transcribed verbatim. Interviews were structured around a grid consisting of 19 questions and 19 sub-questions, based on the theoretical framework and typology of contextual factors. Participants were asked to express their thoughts on the four different categories from the typology, namely (1) network and environment, (2) governance and monitoring, (3) knowledge and information sharing, and (4) collective action and values. A fifth category was added, named “turbulence and the 2015 Reform” to help capture the effect of reforms. Questions were designed to prompt open-ended responses, such as: *What is your perception of monitoring/accountability measurement in the network?* or *What are the main issues concerning network implementation in your organization?* Data analysis consisted of thematic coding with semi-emergent categories followed by cross-case synthesis and pattern matching (Yin, 2013). We also analyzed responses regarding the situation before (T1) and after (T2) the reform of 2015 to see if patterns emerged.

## **6.5 The Quebec Cancer Network**

In 1997, the *Ministry of Health and Social Services* (MSSS) of Quebec (Canada) mandated the Quebec Cancer Network (*Réseau de cancérologie du Québec – RCQ*) to address issues around the

rising incidence of cancer (MSSS, 1997). This goal-oriented network was in charge of planning, information sharing, organizing activities and services, and improving the quality of cancer care (MSSS, 1997, p. 45). A national level coordination body was created, as well as coordinating structures in each of the province's 18 administrative regions. These structures and responsibilities evolved significantly over time.

New measures were implemented for the whole healthcare system over the years, such as monitoring, obligatory strategic plans, and modified access to specialized care (MSSS, 2009). Many reforms changed the organizational structure of the system. *Regional Authorities*, in charge of coordinating healthcare services on a geographically defined territory since 2004, were abolished in a major reform in April 2015 that garnered much media attention. They were replaced by one or more *Integrated Health and Social Services Centres*. These reforms resulted in significant layoffs among administrative personnel and managers.

Within the RCQ, the *National Cancer Council*, which was initially the lead organization of the network, evolved significantly over time and was renamed many times. It was created as a consultative committee mandated to advise the Minister on cancer services, promote knowledge transfer and share information with regional entities (MSSS, 2001). Its formal power increased over time. Following the 2015 reform, it became the *General Directorate of Cancer Care*, an official directorate within the MSSS, and the head of the network was granted the status of Deputy Minister. The national coordinating structure is complemented by a number of other coordinating and expert advisory committees (MSSS, 2013b). New hybrid leadership positions were established shortly after the creation of the *Regional Authorities* in 2004: regional clinical-administrative co-managers and regional medical co-managers (CEILCC, 2005). These co-managers are responsible for regional coordination and collaboration, and their mandates consist of supporting the implementation of the RCQ, promoting collaboration among actors, and sharing information between the national and regional levels (MSSS, 2007, p. 19; 2010, p. 13). They are coordinated through the *National Committee of Co-Managers*. Following the adoption of the RCQ 2013-2015 *National Strategic Plan* (MSSS, 2013a), a new agreement further legitimized the formal authority of these hybrid roles.

In Region 1, network implementation started in 2001. Directed for many years by a well-known and recognized leader, it served as an example for the rest of the network. Regional governance was consolidated, service agreements were formalized, Action Plans were designed and data on the network was collected and made available. Region 1 was already highly complex, in terms of size and heterogeneity, before the 2015 Reform. With a population of 1.5M in urban, semi-urban, and rural areas, the region had to deal with over 100 healthcare organizations delivering a wide range of services. The regional network was described as a robust and successful network. The 2015 Reform increased the complexity. The *Regional Authority* was abolished, and three smaller and proportional *Integrated Health and Social Services Centers* each became responsible for different parts of the region. In the aftermath of the 2015 Reform, the regional network appeared weakened and fragile and was described as such by participants. The network's future seemed uncertain for a year, after which it was divided into three different parts.

In Region 2, network implementation started in 2013. Before the 2015 Reform, regional governance was still emerging, service agreements were not yet completely formalized, co-manager positions had not yet been filled, and the frequency of and attendance at committee and coordination meetings was low. There was no regional action plan in place between 2007 and 2013, and data about the network was not collected. The network was complex, but somewhat less so than Region 1 in terms of size and heterogeneity, with a population three times smaller and more homogenous. In interviews, participants described the network as "fragile" or "emergent". The 2015 Reform did not fracture the network. The *Regional Authority* was abolished, but replaced by a single *Integrated Health and Social Services Center*. Moreover, it was awarded an important infrastructure project related to cancer services. The network recovered from the 2015 Reform and pursued its development. By the end of 2016, it appeared as a young but robust network, and was described as such by participants.

## 6.6 Results

Drawing on our case study, we were able to identify eight contextual factors that contributed to the RCQ structuration. Our data enabled us to look at the situation before (T1) and after (T2) the 2015 Reform, for the two cases, Region 1 and Region 2. The eight contextual factors and results are



presented in Table 6.4 for the two regions at each time period. Contextual factors were identified based on relevant and rich data from interviews in the two regions and at the national level. Data from document review and non-participant observations was used to triangulate our results. As the data from these different sources is too vast to be presented, this section presents key examples from interviews that illustrate each contextual factor.

### **6.6.1 Organizational asymmetry: a legitimate lead organization**

Organizational asymmetry between healthcare organizations within the region quickly emerged as a contextual factor. Before the 2015 Reform, the *Regional Authority* in Region 1 acted as a lead organization that strengthened the network structure. A high-level manager explains:

The *Regional Authority* was responsible for the cancer network [in Region 1] [...] Of course we supported operations to keep the network together [...] A network is not a long tranquil river [...] The [Region 1] cancer network, it was indirectly led by the Agence.

The *Regional Authority* had an asymmetrical relationship with other network organisations, having the power and legitimacy to implement and support the cancer network. However, it became clear that after the 2015 Reform, without a hegemonic organization like the *Regional Authority* in Region 1, there was no legitimate organization to take the lead of the whole regional network. An high-level manager explains the aftermath of the 2015 Reform:

I can't proclaim myself [Region 1] Cancer Network if I don't coordinate with my two colleagues and they tell me « we confer this mandate upon you », and I'm not sure they would want to give that to me.

The symmetrical relationships of legitimacy and power between three new organizations meant there was no actor in a position to take the lead of the network. This resulted in the network being divided into three parts. In Region 2, the situation before the 2015 Reform was similar: the *Regional Authority* acted as the lead organization of the network. However, after the 2015 Reform, the *Regional Authority* was replaced by a single organization. The legitimacy this new organization was not questioned and it naturally became the new lead organization. Moreover, Region 2 was granted an important project related to cancer services. This project seemed to increase the

asymmetry between the lead organization and other network organisations, and to reinforce the legitimacy of the lead organization, and its capacity to establish relationships and distribute resources.

### **6.6.2 Communicating vessels of resources distribution**

In accordance to organizational resources dependency, resources distribution in communicating vessels was reported to have an important impact on the relationship between organizations and the competition dynamic. Prior to the 2015 Reform, *Regional Authorities* were responsible for resource distribution between organizations, but within a limited budget. In other words, an organization's budget increase often comes at the expense of another organisation. A national level political actor clearly stated the competition between organizations when it comes to resources distribution in communicating vessels:

Everyone's a bit egotistical. They all want more money for themselves.

The competition arising from this mode of resource allocation was reported as very intense in Region 1, and seemed to affect network governance. As one high level manager explains:

It's always been a competition, from the moment the *Regional Authority* had to decide if it would give to one group or the other [...] For resources therefore, it would always be growth at someone else's expense.

Our data indicate that the 2015 Reform aggravated the situation in Region 1. Indeed, the *Regional Authority* was, as stated in its initial mission, a place where collaboration and coordination was promoted, despite the budgetary issues facing the nine organizations that were previously in charge of cancer services in the Region. However, the new structure allows the three organizations to negotiate directly with the Ministry without need for collaboration. As for Region 2, the data revealed no significant difference before and after the Reform.

### **6.6.3 Munificence: available resources**

Budgetary and human resource constraints are often cited by managers from all levels as an issue in network implementation. For example, a top-level manager from Region 1 explained the importance of resource munificence and flexibility:

If you don't put your finances at risk, you don't put your leadership at risk [...] everything revolves around balanced budgets. You have to think that in an organization like ours, the day your budget doesn't balance, you no longer have control of your organization's development, finances or governance.

This opinion is reflected by a local-level coordinator in Region 2:

Budgets are tight, [it's] always the same in every project : not enough resources, not enough time.

We see here the close ties between an organization's finances and the leadership's ability to request additional resources. A senior manager's ability to balance the budget is linked to their ability to exercise power over resources. Although resource munificence is reported as a problem by different actors, there is no evidence that it was a significant problem in Region 1 or Region 2 prior to the 2015 Reform. As well, the data did not reveal a clear pattern for Region 1 after the 2015 Reform. In Region 2, the important cancer service awarded to the region was described by participants as an important element in allowing regional managers to request additional resources from the national level.

#### **6.6.4 Role hybridity: named and active co-managers**

Hybrid roles seem to help network implementation in at least two ways: they spread leadership and perpetuate the network. In other words, hybridity helps to create and consolidate links between different parts of the network. Our data from the two regions and the national level supported this claim. More precisely, the presence of hybrid *clinical-administrative co-manager* roles and *medical co-manager roles* emerged as an important contextual factor in our data. A top-level manager of the network at national level explained:

The idea is to try and demand it from all the doctors involved [...] Medical culture is one thing and administrative culture is another [...] People have to give themselves time to establish respectful partnerships [...]

This participant pursued the explanation later in the interview, emphasizing the power underlying the exclusivity of information held by medical or administrative professionals. He explained how hybrid roles can create vulnerabilities that penetrate this exclusivity and help information sharing between actors:

We would exchange information each of us was lacking so that we could understand the problem from the other's perspective and find a solution [...] There's still a protected turf mentality, and there's still a relative vulnerability mentality [...] people hide behind the exclusivity of information they hold, and feel like they become vulnerable if they let a piece go.

Named and active co-managers were reported in both regions as a significant contextual factor. Data from the two regions, before and after the 2015 Reform, is presented in Table 3. The creation of hybrid roles also helped to stabilize the network during and after the 2015 Reform: As explained by a co-manager in Region 1, hybrid roles

[...] the co-management partnership model is helpful as it means that the project doesn't collapse with the abolition of the *Regional Authority*, because even if there's no longer representation from the *Regional Authority*, there's still a co-manager who is attached to the establishment, and it is, curiously, this co-manager who then takes up the work. It's a situation we created precisely to ensure the perpetuation of the work we were doing.

The creation of hybrid roles was used as a governance instrument to ensure the stability of the network structure.

#### **6.6.5 Structural hybridity: presence of hybrid committees**

Similar to role hybridity, structural hybridity was presented as a significant contextual factor in network structuration at national and regional level. For example, a former top-level manager at the national level explained that the creation of hybrid committees that included various professions helped to generate relationships of communication and collaboration between higher level actors and medical professionals:

The creation of co-management committees didn't solve all the problems, but it certainly enabled the medical profession to get closer to the Ministry, brought the Minister closer to the medical profession, brought the two closer to the network and to patients; it may to a certain extent, have helped put the focus on services to patients.

Actors in the two regions indicated the relevance of these hybrid committees for information sharing between network levels and different professions. As indicated in Table 3, data showed consistent attendance at meetings of co-manager committees in Region 1, during and after the 2015 Reform. In Region 2, the committee existed prior to the 2015 Reform, but many co-managers had

not yet been named. The co-managers' committee was the first to be put back in place in Region 1 after the 2015 Reform. A former medical co-manager of Region 1 explains:

[co-managers] analyze problems together, pool their knowledge, it's a privileged moment [...] there aren't that many information platforms apart from these meetings of co-managers in the cancer care programs [...] you learn an awful lot [...] I'm a doctor and I'm amazed at the administrative competence of my clinico-administrative counterparts, competencies that I don't have, that I go after because I'm training myself, and it comes in by osmosis.

Structural hybridity seemed to permit information sharing and knowledge sharing between professions. Similarly, a medical co-manager from Region 2 explained the persistence of the co-manager committee after the 2015 Reform:

[since the Reform] the abolition of the *Regional Authorities*, the committee that has started up since February with the announcement of the co-managers is the co-management committee. The network committee where we have contact with people from other sectors and domains other than the medical and administrative.

#### **6.6.6 Locus: presence and participation**

The presence of a common *locus* for actors, such as forums, committees and communities, are privileged spaces to share and disseminate information and knowledge in the network. Interviews reveal that they allow actors to become visible to one another, and stimulate informal collaborative links between actors. As explained by an advisor at national level:

In terms of informal links, can we as an organization stimulate them? Yes [...] just by having access to the same forums, the same forums of knowledge and exchange and that can create informal links, yes

As shown in Table 3, our data indicated solid initial presence and participation in these *locus* in Region 1, followed by a decrease in the aftermath of the 2015 Reform. This situation was inverted in Region 2, where an initial weak presence and participation was gradually increased and became stronger after the 2015 Reform. A clinical-administrative co-manager in Region 2 explained:

In order for it to work, information has to circulate [...] we need to create committees [...] as soon as people are put in place, as discussion proceeds and all this, it's become a bit more of a network with more exchange and more sharing.

This participant emphasized the link between information sharing, network structuration, and the gradually increasing presence and participation of managers in network *locus*. This presence and participation was seen by different actors as a contextual factor for network structuration. The visibility created through *locus* appears as a governance instrument when it comes to presence and participation. A top-level manager at national level explained:

Organizing meetings so that people can participate, and promoting the dissemination of good practices. So, as you've probably seen, we give prizes, recognize excellence, give prizes to recognize people's excellence so that others can try to emulate them.

He showed how prizes are deliberately given to promote positive behaviours, and make them desirable and visible to other actors.

#### **6.6.7 Monitoring: performance results that are visible to others**

Our results indicated that monitoring performance, and making it visible to other actors in the network, appears to act as an incentive to perform better, or at least, not to underperform. As explained by a top-level manager at national level:

It forces people to look at themselves and compare themselves, and enables managers to say « Look, your complication rate is the same, all this is the same, but it costs twice as much. »

Visible monitoring and measurement makes it possible to compare different actors in the network; it also creates capacity to govern the network from the top down. This governing function of monitoring is best explained by a senior political actor:

Information is the crux of it all, so if you don't have information on your performance as a network, you can't make the necessary adjustments [...] the Deputy Minister, the Head of the Cancer Directorate and the Minister need a dashboard with a certain number of indicators to be able to monitor the interventions that are undertaken and monitor priorities that need to be addressed. If you don't have that information, you're navigating through the mist with a foghorn.

The participant explicitly links availability of information and capacity to govern in the network. This link was further explained by an advisor at national level:

One of the virtues of the medical profession is the best-in-class syndrome, meaning that if you are last, you don't like it. And if your colleagues know it, you like it even less. So you have a strong incentive to improve your practice when you're confronted with gaps.

Taking the medical profession as an example, this participant emphasizes the link between an actor's desire to produce good results, and the visibility of performance results to other actors in the network. Our results showed well-implemented monitoring in Region 1, before and after the 2015 Reform. However, post-reform interviewees were unaware of the results of the different network organizations. In Region 2, initially weak monitoring appears to become better in the aftermath of the 2015 Reform. In particular, top-level actors were very aware of each organization's results. Table 6.4 summarizes these findings.

The results in Table 6.3 show key examples alongside with quality of data for documents (D), interviews (I) and observations (O). Observations data is reported for each key example. Criteria to assess quality were the richness, diversity and quantity of data available. Table 6.4 show eight contextual factors, each represented by key examples for the hybrid network. Five of them are contextual factors from the typology established earlier in this paper, which were supported by case study results: complexity, asymmetry, mode of resource distribution, resource munificence and monitoring. Three additional factors emerged from the analysis: role hybridity, structural hybridity, and the presence and participation in *locus*. To simplify, we grouped these factors into four categories, namely: complexity, resources, hybridity, and visibility. Results are shown prior to (T1) and after (T2) the 2015 Reform, for the two regions. The last column shows the corresponding network structure.

**Table 6.3: Key examples, quality of data and observations**

<b>Key examples</b>	<b>D.</b>	<b>I.</b>	<b>O.</b>	<b>Observations</b>
Size and heterogeneity	**	***	**	Number of representatives by region. Justification of actions by the complexity of the region.
Legitimate lead organization	*	***	*	Some comments on legitimacy. Observable asymmetry in regional committees.
Communicating vessels	*	***	*	Some comments on communicating vessels of resources.
Available resources	**	***	**	Justification of actions by the available resources.
Named and active co-managers	**	***	***	Presence and existence of co-managers on committees.
Presence of hybrid committees	**	***	***	Direct observation of co-managers committees.

Presence and participation in locus	**	***	***	Creation of link between actors. Observable participation of actors to committees.
Performance results visible to others	**	***	***	Round tables on results of organizations. Round tables on implemented process and actions and process.



**Table 6.4: Contextual factors and network structure at T1 (before 2015 Reform) and T2 (after 2015 Reform)**

		Complexity		Resources		Hybridity		Visibility		
Contextual factors	T	Complexity	Asymmetry	Distribution	Munificence	Role hybridity	Structural hybridity	Locus	Monitoring	Network structure
<i>Key example</i>		<i>Size and heterogeneity</i>	<i>Legitimate lead organization</i>	<i>Communicating vessels</i>	<i>Available resources</i>	<i>Named and active co-managers</i>	<i>Presence of hybrid committees</i>	<i>Presence and participation in locus</i>	<i>Performance results visible to others</i>	
<b>Region 1</b>	<b>T1</b>	High	Yes	Yes	Average	High	Yes	Yes	Yes	<b>Robust</b>
	<b>T2</b>	Increased	No	Increased	Unclear	Decreased	Weak	Decreased	Decreased	<b>Fragile, Divided</b>
<b>Region 2</b>	<b>T1</b>	Low	Yes	No	Average	Average	Weak	Weak	Weak	<b>Fragile, Emerging</b>
	<b>T2</b>	Low	Increased	No	High	Increased	Yes	Yes	Increased	<b>Robust</b>

## 6.7 Discussion

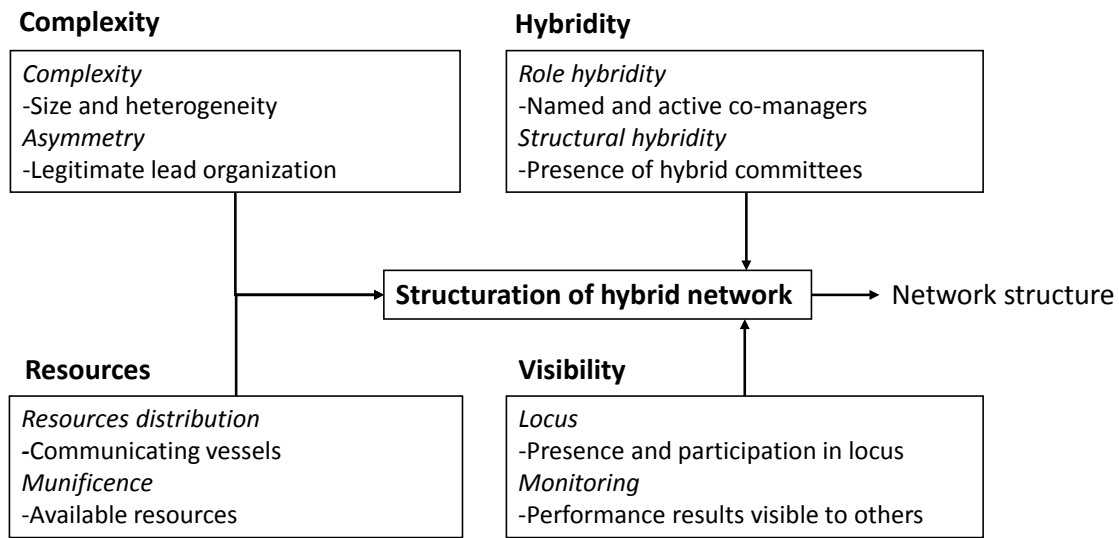
We began this article by stating there was a lack of knowledge about the contextual factors that influence the structuration of hybrid networks (Dagnino et al., 2016, p. 369; Qvist, 2017, p. 12) and the complexity of their governance (O’Toole, 2015, p. 366; Popp & Casebeer, 2015, p. 233). The present discussion examines these two related problems. First, we discuss our empirical findings about contextual factors. Second, we deepen the link between some of these factors and the problem of governance. Finally, we discuss some of the limitations of the study.

Figure 6.1 presents a conceptual illustration of our results. Eight contextual factors, grouped into four categories, were found in the analysis to influence the structuration of the hybrid network. Of all the factors in the initial typology derived from the literature (see Table 6.2), five were supported by our results. For example, *size and heterogeneity* was previously reported in many studies (e.g. Dal Molin & Masella, 2016; Ferlie et al., 2010; Turrini et al., 2010). The asymmetry and the presence of a *legitimate lead organization* we identified is similar to the emphasis in previous research on a *lead organization form* of power distribution (Dal Molin & Masella, 2016). However, three “new” (i.e. not from the typology) factors emerged from the analysis: role hybridity, structural hybridity, and presence and participation in *locus*. For example, *role hybridity* goes somewhat beyond the *new expressions of professionalism* proposed by Martin et al. (2013). *Structural hybridity* extends the influence of the *formation of new arenas* described by Hasselbladh and Bejerot (2007). *Presence and participation to locus* adds precision to factors of *self-surveillance* (Sheaff et al., 2004) and *transparency* (Ferlie et al., 2013).

Contextual factors often have complex relationships with structuration. For instance, the lack of human and financial resources made it problematic to generate actions or sustain projects in the network, but it was also described by high-level managers as a driver of creativity and learning. Another example is the mode of resource distribution with communicating vessels. This was reported to worsen ties between network organizations, and thus have a negative effect on the network structure. It was also reported by policy actors to prompt “positive

competition” that enhanced performance in the network. These paradoxes increase the complexity of the relationship between structuration and contextual factors such as asymmetry, resource munificence and resource distribution.

**Figure 6.1: Contextual factors and the structuration of hybrid networks**



Second, the “complexity” and “resource” categories present contextual factors that may be difficult to act upon in most public administration settings. However, the “hybridity” and “visibility” categories present contextual factors that are more sensitive to intervention by public authorities. For instance, the visibility created by the deliberate implementation of numerous committees and the availability of performance monitoring results acted as incentives to conform to the network’s common goals. Role hybridity and structural hybridity were also seen to stabilize the network structure in times of turbulence such as the 2015 Reform. Interestingly, these two categories of contextual factors also appeared to carry fewer paradoxes and present a clearer relationship with the network structure. Thus, *nurturing hybridity* and *creating visibility* appear as new governance *instruments* for hybrid networks.

Hybridity seems to create bridges between the different actors of the network. As shown in the results, role hybridity helped actors in the RCQ learn from each other and find solutions to collective problems. In other words, hybridity acts as an incentive for learning. Structural

hybridity, on the other hand, seems to fill the gap opened by the many gray zones of a hybrid network. Hybrid networks are described earlier in this article as a combination of mandated and organic networks (Ferlie et al., 2010; Mcdermott et al., 2015). Hybridity seems to create tailored connections that tie together both parts of the hybrid network. These connections appear to be very enduring over time. Nurturing hybridity appears as an *instrument* of governance in the network, pressuring actors to learn and share, and helping to stabilize the network during periods of turbulence.

Visibility seems to transfer responsibility from the overall network to the actors (organizations and individuals) within the network. It enhances the perception that actors' performance results or activities are linked to their status and reputation, and thus to their capacity to request additional resources or collaboration from other actors. As with hybridity, creating visibility appears as an *instrument* of governance, creating incentives for actors to perform, and prompting adherence to common network goals. Our results modestly extend on earlier studies by enabling more specific reflection on hybrid networks, the context surrounding their structuration and their governance. It also advances reflection on network hybridity as an object of study (McGivern et al., 2015) and supports the relevance of visibility and governmentality in public administration and healthcare networks (Ferlie & McGivern, 2014).

Our case study presents certain limitations. This research builds on embedded case study and three types of data to reveal inter- and intra-case patterns. Cases studies do not offer strong external validity (Yin, 2013). As in comparable healthcare network studies (Ferlie & McGivern, 2014), we tried to go beyond purely empirical description and relate findings to strong theoretical bases in order to improve theoretical generalizability (Marinetto, 2012).

## **6.8 Conclusion**

This article aimed to improve understanding of the contextual factors that influence the structuration of hybrid networks in public healthcare systems. Drawing on the case of *Quebec Cancer Network*, our results point to two conclusions. First, our data support the influence of eight contextual factors in the structuration of hybrid networks in public healthcare systems.

We group these into four categories: complexity, resources, hybridity, and visibility. Second, two of these categories emerge as potential governance instruments in hybrid networks: nurturing hybridity and creating visibility. Hybridity appears to create enduring bridges between the different parts of the network. Visibility appears to help generate desired behaviours among actors in the network.

This study contributes to current understanding of hybrid networks, which are an increasingly common form of organization (Keast, 2014, p. 21). It helps to fill three previously identified knowledge gaps: a lack of knowledge on the contextual factors that influence network structuration, the complexity of governing hybrid networks, and knowledge about networks in North-American healthcare settings. More empirical work is needed to further understand the role of these contextual factors and governing instruments in accomplishing network goals, and to understand possible interactions between contextual factors.

## CHAPITRE 7 : DISCUSSION

---

Cette discussion est complémentaire aux discussions des trois articles. Elle se divise en trois parties : la *synthèse*, les *observations* et la *discussion générale*. La première résume substantiellement les résultats et le contenu des articles. La deuxième vise à faire ressortir les observations, c'est-à-dire la portée et les contributions de cette thèse. La troisième partie fait ressortir la discussion générale, c'est-à-dire les constats généraux issus de cette recherche et les points de départ pour les recherches futures.

### 7.1 Synthèse

Le premier article de cette thèse est une revue de littérature systématique de type « étude de portée (*scoping review*) ». Cet article sert de point de départ aux deux autres articles. Il explore la pertinence de la notion de *gouvernementalité* de Michel Foucault pour l'étude des réseaux dans les systèmes publics de soins de santé. Au total, 38 études correspondent aux critères de sélection. Les résultats montrent que la littérature tend vers trois usages de la notion de gouvernementalité : une épistémologie, un cadre conceptuel et une forme spécifique de gouvernance. Cet article contribue à la clarification de l'usage de la notion de gouvernementalité, des définitions, et des concepts reliés dans le domaine des réseaux des systèmes publics de soins de santé. Appliquer la notion de gouvernementalité à ces réseaux laisse apparaître deux avenues de recherches prometteuses : la structuration de ses réseaux et le contexte ou l'environnement de ses réseaux. Les auteurs notent le peu de recherches effectuées en Amérique du Nord.

Le deuxième article porte sur la structuration des réseaux hybrides dans les systèmes publics de soins de santé. Une attention particulière est portée sur la turbulence environnementale. Cet article s'appuie sur la notion de gouvernementalité, ainsi que la littérature sur les réseaux hybrides et la turbulence pour avancer un cadre conceptuel permettant de mieux comprendre la structuration des réseaux hybrides dans les systèmes de soins de santé. Une partie des données (documents, lignes du temps, exemples) de l'étude de cas du RCQ permet d'appuyer le cadre conceptuel. Les résultats montrent une synchronie entre la turbulence

environnementale et (1) la multiplication des structures de coordinations, (2) la création de rôles hybrides et (3) l'augmentation du pouvoir formel des autorités du réseau. Trois explications sont avancées : (a) le besoin d'information ou de *savoir*, (b) la stabilité des liens hybrides et (c) la création d'opportunités par la turbulence. Des avenues de recherches sont avancées : *patterns* d'interactions entre les acteurs du réseau, modes de gouvernance des réseaux hybrides et approfondissement du lien avec la turbulence environnementale.

Le troisième article s'intéresse aux facteurs contextuels qui influencent la structuration des réseaux hybrides dans les systèmes publics de soins de santé. Cet article empirique s'appuie sur trois courants de littérature pour développer une typologie des facteurs contextuels : les réseaux en administration publique, l'action collective des organisations et la gouvernamentalité appliquée aux réseaux dans les systèmes de soins de santé. Les auteurs effectuent une étude de cas du RCQ, et mobilisent trois sources de données : documents, observations non participantes de comités (n=19; environ 41,5h) et des entrevues semi-dirigés avec différents acteurs du RCQ (n=28). Les résultats relèvent huit facteurs contextuels : taille et hétérogénéité, organisation leader légitime, distribution de ressources en vases communicants, munificence, co-gestionnaires nommés et actifs, présence de comités hybrides, présence et participation aux locus, résultats de performance visibles pour les autres acteurs. Deux instruments de gouvernance sont discutés, c'est-à-dire la création d'hybridité et la création de visibilité. Cet article contribue à la compréhension des facteurs contextuels, la complexité de leur gouvernance ainsi que l'exploration de ces enjeux en contexte nord-américain. Les interactions possibles entre les facteurs contextuels semblent une piste de recherche prometteuse. Le sommaire de ces trois articles est présenté dans le Tableau 7.1.

**Tableau 7.1 : Structure des articles de la thèse**

	<b>Article 1</b>	<b>Article 2</b>	<b>Article 3</b>
<b>Title</b>	Governmentality as a relevant idea for the study of healthcare networks: A scoping review	Hybrid networks and environmental turbulence in public healthcare systems: Toward a better understanding of network structuration	Governing hybrid networks: Eight contextual factors that influence the structuration of networks in public healthcare systems

<b>Keywords</b>	Governmentality; healthcare network; scoping review	Hybrid networks; healthcare system; structuration; turbulence; governmentality	Hybrid networks; healthcare system; public administration; governance
<b>Type of paper</b>	Systematic review	Conceptual/empirical	Empirical
<b>Background</b>	“Governmentality” has become a recurrent word in the study of healthcare networks or public healthcare systems, but it refers to diverse ideas and it tends to carry some inconsistencies.	Networks that combine top-down and bottom-up dynamics are increasingly implemented, but hard to understand for both providers and researchers. Environmental turbulence adds another layer of complexity to their structuration.	Hybrid networks are puzzling creatures: they are especially difficult to govern and little is known about the contextual factors that influence their structuration.
<b>Aim</b>	State of science on the use of governmentality in healthcare networks	Better conceptualize the process of hybrid network structuration in public healthcare systems	Better understanding the contextual factors that influence the structuration of hybrid networks in public healthcare systems
<b>Research question</b>	What is known from the existing literature about governmentality applied to healthcare networks?	How does environmental turbulence influence the structuration of hybrid networks in public healthcare systems?	What are the contextual factors that help the structuration of hybrid networks in public healthcare systems?
<b>Conceptual background</b>	Governmentality; healthcare network	Governmentality; public administration network; turbulence	Public and healthcare networks dimensions; collective action dimension; governmentality
<b>Design and method</b>	Scoping review	Embedded case study	Embedded case study
<b>Data</b>	1673 records, from 17 databases from 1975 to 2017	Documents (n=59; approx.. 4200 pages), timelines and examples	Documents, observations (n=19; approx. 41.5 hours) and interviews (n=28)
<b>Main results</b>	38 records, assessed for each records the object of study, the network analysed, the country of origin, the method and data used, the definitions of governmentality, the main concepts used, and the key finding	Evidence supports synchrony between turbulence and (1) the multiplication of coordinating structures, (2) the creation of hybrid roles, and (3) increased formal power of network authorities.	Eight contextual factors: size and heterogeneity, legitimate lead organization, communicating vessels, available resources, named and active co-managers, presence of hybrid committees, presence and participation to locus, performance results visible to others
<b>Main findings</b>	Three usage of “governmentality” in the domain of healthcare networks: as an epistemology, as a framework, an as a specific form of governance	This synchrony may be explained by (1) the need for knowledge, (2) the stability of hybrid connections; or (3) the opportunities created by turbulence.	Two governing instruments of hybrid networks: creating hybridity and creating visibility
<b>Main contributions</b>	Main contributions are clarifications of usage, definitions, and concepts of	Conceptual framework to better understand the structuration of hybrid	Better understanding the contextual factors that influence hybrid networks



	governmentality in the domain of healthcare networks.	networks and the impact of turbulence.	structuration, the complexity of governing them and addressing these issues in North-American settings.
<b>Research avenues</b>	Network's structure or the network's context or environment, North-American settings.	Patterns of actor interactions in hybrid networks, their modes of governance, and the impact of their reactions to environmental turbulence.	More empirical works is needed to support the role of these contextual factors and governing instruments. Further research avenues may focus on the possible interactions between contextual factors.

## 7.2 Observations

Quelle est la portée de cette thèse et quelle est sa contribution à la littérature du domaine? Les résultats s'alignent avec ceux de Dal Molin et Masella (2016), qui propose la participation au réseau en tant que *meta-outil* de gouvernance. La dimension d'hybridité dans les réseaux s'aligne avec la notion de *formation de nouveaux espaces* mixtes de Hasselbladh et Bejerot (2007) ou celle de l'influence des *nouvelles expressions de professionnalisme* de Martin et al. (2013). L'ensemble du travail apporte des réponses empiriques à la problématique des facteurs contextuels qui influencent la structuration des réseaux (Dagnino et al., 2016, p. 369; Qvist, 2017, p. 12) et la gouvernance des réseaux hybrides (O'Toole, 2015, p. 366; Popp & Casebeer, 2015, p. 233). Il poursuit également l'intérêt scientifique annoncé pour la réflexion à propos de l'hybridité des réseaux comme un objet d'étude (McGivern et al., 2015) et la pertinence de la gouvernementalité pour l'étude des réseaux en administration publique et dans les systèmes publics de soins de santé (Ferlie & McGivern, 2014).

L'étude de cas permet une contribution théorique de portée moyenne (*mid-range*) (Eisenhardt, 1989; Eisenhardt & Graebner, 2007; Nowotny, Scott, & Gibbons, 2001; Weick, 1974) sur l'étude des réseaux hybrides, assez contextualisée à un système public de soins de santé. En prenant compte des différentes avenues proposées dans les écrits scientifiques, sur les plans terminologiques (e.g. Hatchuel, 2000; Kilduff & Brass, 2010; Reed, 2003), théoriques (e.g. Isett et al., 2011; Poteete et al., 2010; Poteete & Ostrom, 2004b), conceptuels

(e.g. Ferlie et al., 2013; Ostrom, 2007) et méthodologiques (e.g. Mays & Pope, 2000; Provan et al., 2007), cette contribution se veut en ligne avec le savoir existant pour pouvoir prétendre à un cumul des connaissances.

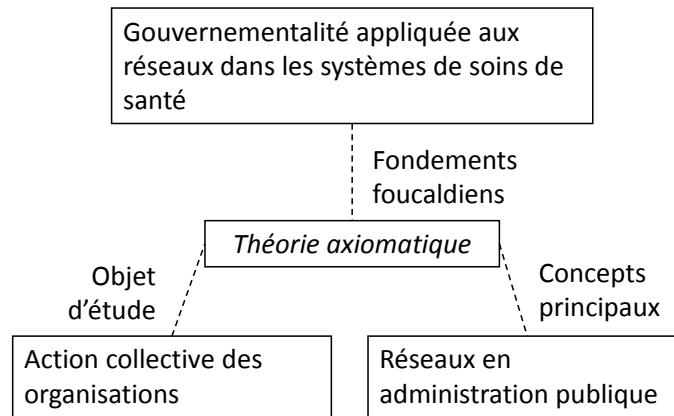
Winter (2012, p. 271), dans un chapitre sur les perspectives de recherche sur l'implantation en administration publique, suggère que les futures études procurent de la diversité théorique, se concentrent sur le particulier plutôt que les théories générales, recherchent la clarification conceptuelle, se focalisent sur les différents facteurs d'influence et utilisent davantage de devis de recherche comparative. Cette recherche tente de s'inscrire dans cette volonté. Elle s'inscrit aussi dans quelques directions pour la recherche future sur les réseaux dans leur ensemble (*whole networks*) proposées par Provan et al. (2007, p. 507) sur la structure, la gouvernance et le développement des réseaux. Cette recherche contribue également à répondre à un appel à plus de recherche empirique sur l'hybridité des organisations publiques (Denis, van Gestel, et al., 2015), sur les facteurs déterminants de l'action collective (Poteete et al., 2010, p. 247), du fonctionnement des réseaux dirigés vers un but (Isett et al., 2011, p. 1162; Kilduff & Brass, 2010, p. 344; Provan & Lemaire, 2012, p. 645; Turrini et al., 2010, p. 547), des facteurs qui déterminent le succès de l'implantation des réseaux (O'Toole, 2010, pp. 6, 11; Rethemeyer & Hatmaker, 2008, p. 641), de la dynamique des réseaux dans les systèmes de santé publique (Robinson, Eller, Gall, & Gerber, 2013) et du développement de théories qui combinent les éléments des réseaux mandatés et organiques (O'Toole, 2015, p. 368).

Quels sont les constats généraux issus de cette recherche et les points de départ pour les recherches futures? Cette thèse s'appuie principalement sur trois courants de recherche, présentés au Chapitre 3 et mobilisés à différents degrés dans les trois articles. Le premier est celui des réseaux en administration publique. Nos travaux s'appuient substantiellement sur les travaux de Provan (2007; 2008; 2012; 1995, 2001) et les travaux similaires (Dal Molin & Masella, 2016; Turrini et al., 2010), principalement pour conceptualiser le réseau hybride et relever ses dimensions. Nos travaux s'inscrivent dans la continuité de ce courant de recherche, et arrivent à des résultats similaires, notamment l'importance des dimensions d'un réseau telles que la taille, l'hétérogénéité, la présence d'une organisation leader, les

ressources disponibles et l'évaluation de la performance. Le deuxième est celui de l'action collective des organisations. Nos travaux s'appuient sur les travaux d'Ostrom et Poteete (Ostrom, 1990; Poteete et al., 2010; Poteete & Ostrom, 2004a, 2004b), principalement pour conceptualiser l'action collective et les facteurs contextuels qui influencent les réseaux hybrides, c'est-à-dire la composante *bottom-up* du réseau hybride. Certains résultats convergent, tels que l'importance des dimensions de la taille, l'hétérogénéité, le partage de l'information, la réputation des acteurs ou l'évaluation de la performance. Le troisième est celui de la gouvernabilité appliquée aux réseaux dans les systèmes de soins de santé. Nos travaux s'appuient sur les travaux de Ferlie (Ferlie et al., 2013; Ferlie & McGivern, 2014; Ferlie et al., 2012; McGivern et al., 2015), ainsi que ceux des travaux similaires (Hasselbladh & Bejerot, 2007; G. P. Martin et al., 2013; Sheaff et al., 2004), principalement pour conceptualiser la gouvernance, c'est-à-dire la composante *top-down* du réseau hybride. Plus précisément, nos résultats s'alignent avec importance accordée à l'expertise, au savoir, à la légitimité, à la transparence ou à l'implication des acteurs.

L'un des apports de cette thèse est l'intégration de ces trois courants de recherche. Cette intégration est principalement effectuée autour de la *théorie axiomatique* de l'action collective (Hatchuel, 1996, 2000, 2005a; Hatchuel et al., 2005). Cette approche *hatchuellienn*e est à la fois cohérente avec les courants (1) des réseaux en administration publique, dont elle s'appuie sur les mêmes concepts principaux (e.g. acteurs, liens entre acteurs, partage de l'information), (2) de l'action collective, avec lequel elle partage le même objet d'étude et (3) de la gouvernabilité appliquée aux réseaux dans les systèmes de soins de santé, avec lequel elle partage les mêmes fondements théoriques foucauldien

**Figure 7.1 : La théorie axiomatique comme élément intégrateur**



Cette intégration permet d’aller plus loin que les travaux précédents sur trois aspects : l’état de la science concernant la gouvernamentalité appliquée aux réseaux dans les systèmes de santé, la structuration des réseaux hybrides et les facteurs contextuels qui influencent cette structuration. À terme, le développement de ces aspects mène à de nouveaux points de départ pour des recherches futures. Ils sont au moins au nombre de trois.

Premier exemple : l’article 2 met en évidence la structure, les acteurs et le pouvoir-savoir comme un triptyque constituant le réseau hybride. Il relève une synchronie entre la turbulence et la structuration des réseaux. Des explications nouvelles émergent, comme le besoin d’information ou de savoir, la stabilité des liens hybrides ou l’effet *cliquet*, et la création d’opportunité liée à la turbulence. Dès lors, la turbulence ne constitue plus, *de facto*, un risque ou un élément négatif pour la structuration d’un réseau : elle peut aussi être vue comme un moteur de changement ou de structuration à l’intérieur d’une organisation. Ce résultat correspond à un changement de perspective par rapport à la vision plus traditionnelle de la turbulence : en effet, la turbulence est généralement perçue comme un élément qui affecte négativement les organisations. Les modes d’interactions entre les acteurs dans les réseaux hybrides, en réaction avec la turbulence environnementale, constitue un premier point de départ prometteur pour des recherches futures.

Deuxième exemple : les facteurs contextuels relevés dans l’article 3 sont tirés des résultats empiriques de l’étude de cas du RCQ, en lien avec la typologie issue des trois courants de

recherche. Des idées nouvelles émergent, comme la création d'hybridité et la création de visibilité en tant qu'instruments de gouvernance potentiels des réseaux hybrides. Concernant l'hybridité, la présence de structures hybrides (e.g. comités de co-gestionnaires) ou de rôles hybrides (e.g. gestionnaires clinico-administratifs) contribue à la création de certaines interactions entre acteurs et de certaines identités. Cette possibilité de favoriser certaines interactions, ou certaines identités, fait de l'hybridité un instrument de gouvernance. Concernant la visibilité, pour gouverner un réseau, il faut avoir de l'information sur le réseau. Autrement dit, il est impossible d'améliorer consciemment ce dont on ne connaît pas l'existence. Rendre visible des éléments auparavant invisibles par différents moyens (e.g. résultats de performances visibles, comités permettant de voir et nommer les acteurs responsables) fait de la visibilité un instrument de gouvernance. Les notions de création d'hybridité et de création de visibilité comme des instruments de gouvernance potentiels des réseaux constituent des éléments nouveaux, et un deuxième point de départ prometteur pour de nouvelles recherches.

Troisième exemple : la comparaison entre deux régions du RCQ permet de révéler des facteurs qui influencent son fonctionnement (e.g. présence d'une organisation centrale forte, mode de distribution de ressources en vases communicants). Mieux comprendre les facteurs contextuels d'influence permet de mieux comprendre comment améliorer le réseau et les services de santé. Une plus grande variation apporterait plus de richesse aux données, et révélerait possiblement de nouveaux facteurs contextuels. En ce sens, il serait intéressant de comparer d'autres régions à l'intérieur du Québec, mais aussi de faire des comparaisons interprovinciales ou internationales des réseaux de cancérologie. Il serait intéressant d'exporter ce type d'étude dans les autres pays avec des systèmes publics de soins de santé semblables, comme la France et le Royaume-Uni. De telles comparaisons de plusieurs réseaux issus de différents contextes pourraient permettre, à terme, de mieux les comprendre et ainsi d'améliorer leur fonctionnement. De plus, cette recherche ne tient pas compte des interactions possibles entre les différents facteurs contextuels (S. Martin, Nutley, Downe, & Grace, 2016). Par exemple, un observateur pourrait s'attendre à une interaction entre la présence de ressources (*munificence*), et d'autres facteurs tels que la possibilité d'animer les

comités (*locus*), de faire un suivi (*monitoring*) ou de nommer des co-gestionnaires (role hybridity). Autre exemple, la présence d’une organisation centrale forte et légitime (*legitimate lead organization*) pourrait avoir une influence critique sur la possibilité de mettre en place des comités hybrides et d’en assurer la participation des acteurs. Une meilleure compréhension de ces interactions permettrait possiblement de cerner des facteurs critiques, dont la présence influence aussi les autres facteurs d’influence. À notre connaissance, peu ou pas d’études ont tenté d’observer ce phénomène d’interaction entre les facteurs. Cela constitue un dernier point de départ de recherches futures.

**Tableau 7.2 : Écarts de connaissances et principales contributions**

Écarts des connaissances	Q1 (Article 2)	Q2 (Article 3)
<i>De la revue de littérature</i>	Structuration des réseaux hybrides <sup>1</sup>	Facteurs contextuels qui influencent la structuration <sup>2</sup>
	Lien avec leur environnement <sup>3</sup>	Gouvernance de ces réseaux <sup>4</sup>
<i>De l’Article 1</i>	Focus sur les acteurs de niveau macro (2/38)	
	Dans un contexte nord-américain (2/38)	
<sup>1</sup> MacLeod, 2015, p. 242; Noseworthy et al., 2015, p. 262; <sup>2</sup> Dagnino et al., 2016, p. 369; Qvist, 2017, p. 12; <sup>3</sup> O’Toole & Meier, 2004, p. 469; Skelcher & Smith, 2015, p. 13; <sup>4</sup> Dal Molin & Masella, 2016, pp. 499, 505; O’Toole, 2015, p. 366; Popp & Casebeer, 2015, p. 233;		

Le Tableau 7.2 illustre les écarts de connaissance révélés par la revue de littérature et par l’Article 1, et la contribution respective des questions de recherche (Q1 et Q2) à ces écarts. Par exemple, l’Article 1 révélait que seulement 2 études sur 38 avaient été effectuées avec un focus sur les acteurs du niveau macro, et qu’un nombre aussi peu élevé avaient été effectuées dans un contexte nord-américain. Les Articles 2 et 3 de cette thèse contribuent à combler cet écart de connaissances.

Enfin, outre la contribution à la littérature, cette recherche ouvre sur un programme de recherche plus large sur le fonctionnement des réseaux hybrides en administration publique et leurs instruments de gouvernance. Elle espère aussi permettre d’améliorer les connaissances pratiques sur le RCQ et le système public de soins de santé au Québec. À ce

titre, elle prétend permettre, à terme, une meilleure compréhension de son fonctionnement, qui pourrait éventuellement éclairer la prise de décision. En effet, le développement conceptuel de cette thèse permet au moins deux apprentissages. Premièrement, les réformes et bouleversements successifs du système de santé génèrent des turbulences environnementales qui n'impactent pas forcément négativement le RCQ. La forme « hybride » d'un réseau dans l'administration publique semble être particulièrement adaptée à la turbulence environnementale. Pour l'organisation des soins de santé, les turbulences provoquées par ces réformes semblent générer des occasions d'apprentissages, pour les acteurs, et des occasions de structuration, pour le réseau. Plus encore, l'hybridation des rôles et des structures semblent améliorer la capacité du réseau à résister à ces turbulences et poursuivre ses activités pendant ces périodes mouvementées.

Deuxièmement, si la forme réseau possède certains avantages, le mariage des composantes mandatés et organiques n'est pas forcément à prendre pour acquis. Dans un milieu aussi complexe que celui de la cancérologie, les considérations administratives, comme l'implantation d'un réseau, peuvent parfois apparaître secondaires aux considérations cliniques, comme les soins aux patients. D'un autre côté, l'ajout d'une charge administrative à des cliniciens permet certes des apprentissages, mais diminue possiblement, à la fois, le temps consacré à la clinique et la qualité des actions administratives. Devant la possible secondarité des considérations administratives, il n'est pas certain que ceux-ci gagnent en attrait pour les cliniciens. Le temps révélera ce que cette double hybridité, clinico-administrative et organique-mandatée, aura comme impact réel dans le réseau. Ici, l'ensemble des effets potentiellement négatifs de la mise en place d'hybridités dans le réseau reste à élucider. Une chose est certaine : les décideurs doivent y porter une attention particulière.

### **7.3 Discussion générale**

Notre articulation théorique autour de la théorie axiomatique permet de développer davantage les champs de la gouvernance et de l'action collective. Foucault parvient, avec la notion de gouvernementalité, à faire la démonstration que la gouvernance s'opère dans l'organisation

des stratégies que les individus libres ont les uns à l'égard des autres (Foucault, 2001 [1984]). Cette nécessité de liberté revient à la possibilité d'agir sur seulement deux aspects : les interactions entre les individus et les savoirs collectifs. Hatchuel, depuis le constat gouvernementaliste de Foucault, relève deux classes d'opérateurs interdépendants qui ont un rôle axiomatique dans la formation d'un modèle de l'action collective (Hatchuel, 2005b, p. 43) : les interactions et les savoirs. La gouvernance n'est alors possible que par deux mouvements : (1) agir sur les interactions pour modifier les savoirs et (2) agir sur les savoirs pour modifier les interactions (Hatchuel, 2000, p. 26). C'est sur ce constat épistémologique que s'arrête Hatchuel. La question demeure alors : comment appliquer cette déconstruction « hatchuello-foucauldienne » de l'action collective et de la gouvernance? Autrement dit, comment améliorer les capacités de gouvernance d'une entité organisationnelle composée d'individus libres, non soumis à une hiérarchie clairement établie? Cette question est centrale lorsqu'on s'intéresse à la gouvernance des réseaux avec une composante organique forte, composée de professionnels avec une grande autonomie.

Notre thèse apporte possiblement une réponse. D'un côté, en hybridant les rôles des acteurs ou hybridant les structures organisationnelles, on agit sur les interactions et, par conséquent, on modifie les savoirs. Par exemple, l'hybridation des rôles cliniques et administratifs dans un même rôle hybride provoque la confrontation de ces deux champs de connaissances par les acteurs. Autre exemple, l'hybridation verticale ou horizontale des structures dans un comité hybride force la connaissance mutuelle des deux composantes organique et mandatée. Ces hybridations contrôlées des rôles et des structures provoquent indirectement des changements de comportement chez les acteurs. D'un autre côté, en rendant visible les actions (i.e. monitoring) ou les positions (i.e. locus) des acteurs, on agit sur les savoirs et, par conséquent, on modifie les interactions. Par exemple, en rendant visible les actions ou les performances d'un acteur aux autres acteurs, on agit directement sur la réputation, donc la légitimité, de ceux-ci. Autre exemple, en rendant visibles les positions et actions des acteurs, on rend disponible la connaissance des autres acteurs et de leurs actions. Ces « visibilisations » contrôlés des actions et des positions provoquent, elles aussi, indirectement des changements de comportements chez les acteurs. C'est cet exercice indirect sur le



comportement, à partir de l'hybridation et de la « visibilité », qui augmente les capacités de gouvernance d'individus libres, comme les acteurs hautement autonomes d'un réseau à forte composante organique. Cette théorie de l'« hybridité-visibilité » représente une solution possible au problème posé par le constat épistémologique de Hatchuel. Autrement dit, il y aurait deux seuls mouvements possibles à cette forme de gouvernance : « hybridation » et « visibilité ». La création, la diminution ou l'amplification de ces deux mouvements forment possiblement les moyens par excellence d'exercer cette forme de gouvernance à l'intérieur de cette forme d'organisation.

## **PARTIE IV : CONCLUSION**

## CHAPITRE 8 : CONCLUSION GÉNÉRALE

---

Ce dernier chapitre présente un rappel du sujet, une synthèse du sujet, puis ouvre sur une réflexion concernant les nouvelles perspectives du sujet qui émergent de la thèse.

### 8.1 Rappel du sujet

Cette thèse vise à comprendre la structuration d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé et les facteurs contextuels qui influencent cette structuration. La problématique à la base de cette recherche est double : sur le plan empirique, l'implantation des réseaux dans les systèmes de soins de santé est une tendance internationale ainsi que canadienne, particulièrement en matière de cancer; sur le plan théorique, nous disposons de peu de connaissances sur la structuration de ces réseaux et les facteurs contextuels qui influencent la structuration de ces réseaux. Deux questions de recherche sont avancées : (Q1) comment se structure un réseau hybride?; et (Q2) quels sont les facteurs contextuels qui influencent la structuration d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé? Pour répondre à ces questions, nous proposons une étude de cas imbriqués comparative entre deux régions du *Réseau de cancérologie du Québec* (RCQ). Le terme « réseau hybride » est retenu pour décrire ces réseaux qui sont à la fois mandatés et organiques. La recension des écrits montre qu'il existe plusieurs façons de voir et concevoir les réseaux hybrides. Le cadre conceptuel retient une conception *hatchuellienn*e de la structuration des réseaux hybrides, principalement issue des littératures sur les réseaux en administration publique, l'action collective des organisations et la gouvernamentalité.

### 8.2 Synthèse du sujet

Une recension des écrits est d'abord effectuée sur les sujets des réseaux en administration publique, de l'action collective des organisations, de la gouvernance des réseaux, du contexte des réseaux et de la turbulence dans les réseaux. Plus précisément, à l'aide d'une revue de littérature systématique, nous approfondissons la question de la gouvernamentalité dans les réseaux des systèmes de soins de santé, qui fait l'objet du 1<sup>er</sup> article de thèse. Cet article contribue à clarifier l'usage, les définitions et les concepts de la gouvernamentalité appliquée

au domaine des réseaux de soins de santé. Il ouvre sur la pertinence d'explorer davantage la structuration de ces réseaux, ainsi que leur contexte et leur environnement, en Amérique du Nord.

La collecte de données est ensuite effectuée pour le RCQ et les deux régions à l'étude. La revue de document (n=59; environ 4200 pages) est utilisée pour répondre à la première question de recherche, qui fait l'objet du 2<sup>e</sup> article de thèse. Cet article avance d'abord un cadre conceptuel pour mieux comprendre la structuration des réseaux hybrides et leur relation avec la turbulence environnementale. Ensuite, il expose le cas du RCQ, qui montre une bonne résistance à la turbulence environnementale. Plus encore, les données appuient une synchronie entre la turbulence environnementale et la structuration du réseau, au niveau de la multiplication des structures de coordination, de la création des rôles hybrides et de l'augmentation du pouvoir des autorités formelles du réseau.

Les observations non participantes (n=19; environ 41,5 heures) de comités de direction et de comité de coordination et les entrevues semi-dirigées (n=28) avec des acteurs du RCQ sont utilisées pour répondre à la deuxième question de recherche, qui fait l'objet du 3<sup>e</sup> article de thèse. Huit facteurs contextuels émergent de l'analyse : taille et hétérogénéité, organisation leader légitime, distribution de ressources en vases communicants, munificence, co-gestionnaires nommés et actifs, présence de comités hybrides, présence et participation aux locus, résultats de performance visibles pour les autres acteurs. L'article approfondit la discussion sur deux instruments de gouvernance pour ces réseaux : la création d'hybridité et la création de visibilité.

Plus globalement, cette thèse contribue à mettre en relation trois courants de littérature : celui des réseaux en administration publique, celui de l'action collective des organisations et celui de la gouvernamentalité appliquée aux réseaux dans les systèmes de soins de santé. L'étude de cas du RCQ permet une contribution théorique de portée moyenne (*mid-range*) sur l'étude des réseaux hybrides et contextualisée à un système public de soins de santé. Elle contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement de ces réseaux pour aider à éclairer la prise de décision.

### 8.3 Perspectives du sujet

Cette thèse ouvre sur de nouveaux horizons. Premièrement, l'approche théorique de la gouvernementalité, et la théorie axiomatique, représente une approche intéressante pour l'étude des réseaux de soins de santé. Elle semble particulièrement fertile pour l'étude de la structure du réseau et de l'environnement ou du contexte du réseau. Il apparaît de plus en plus évident que les relations de pouvoir entre les acteurs et les transits de savoir dans ce type d'organisation contribuent grandement à la structuration des réseaux. Aussi nous recommandons l'approfondissement et le développement du corpus théorique de la gouvernementalité et de la théorie axiomatique pour l'étude de ces phénomènes organisationnels.

Deuxièmement, la turbulence environnementale peut contribuer à la structuration des réseaux hybrides. Plus de recherche est nécessaire pour mieux comprendre la nature et le sens de ce lien. La forme réseau semble à la fois sensible et flexible à cette turbulence. Aussi les recherches futures pourraient-elles s'attarder davantage aux patterns d'interactions entre les réseaux et leur environnement, ainsi qu'aux patterns d'interactions entre les acteurs du réseau.

Troisièmement, la possibilité de baliser la structuration des réseaux hybrides, par les autorités formelles, équivaut à une forme de gouvernance. Deux instruments de gouvernance émergent de cette recherche : la création d'hybridité et la création de visibilité. Aussi constituent-ils deux éléments prometteurs pour de nouvelles recherches sur les instruments de gouvernance dans les organisations en réseau.

Quatrièmement, une compréhension approfondie du RCQ passe par une compréhension approfondie de son contexte. Mieux comprendre les facteurs contextuels qui influencent le réseau permet de mieux comprendre comment améliorer son fonctionnement. Une comparaison plus large, sur les plans interprovincial ou international, permettrait d'enrichir la compréhension des facteurs contextuels qui influencent les réseaux dans les systèmes de santé. En regard aux enjeux actuels de ces systèmes, ces études apparaissent de plus en plus

pertinentes. Ultimentement, cette thèse vise à enrichir la réflexion sur l'amélioration des réseaux dans les systèmes publics de soins de santé, notamment le Réseau de cancérologie du Québec.

## ANNEXES

## **ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTREVUE**

---



## **Grille d’entrevue et questionnaire sociodémographique**

*Réseaux hybrides dans un système public de santé : le cas du RCQ*

### Laiïus de présentation

Merci de votre participation à l’entrevue. Mon nom est Jean-Sébastien Marchand, doctorant en administration publique à l’École nationale d’administration publique (ENAP) et affilié au Centre de recherche de l’Hôpital Charles-Le Moyne (CR-HCLM). Cette recherche vise à mieux comprendre la structuration d’un réseau hybride (mandaté par le gouvernement, et émergeant d’une collaboration entre les différents professionnels) dans un système public de soins de santé et les facteurs contextuels qui l’influencent. Nous discuterons de votre perception de la gouvernance et le fonctionnement du Réseau de cancérologie du Québec (RCQ).

## **1. Introduction et contexte**

### Introduction

1. Pouvez-vous raconter brièvement qu’est-ce qui vous a mené à occuper ces fonctions dans votre organisation?
2. (DT) Avez-vous pris connaissance du Plan directeur et du Plan d’action 2013-2015 du RCQ?
  - 2.1. (niv. ind.) Qu’est-ce que vous en pensez?
  - 2.2. (niv. org.) Comment est-ce que c’est vécu, dans votre organisation?
  - 2.3. (niv. rég.) Comment trouvez-vous que c’est perçu, dans votre région?
  - 2.4. (niv. nat.) Comment avez-vous l’impression qu’il est reçu, sur le terrain?

### Contexte

3. (DT) Quels sont les enjeux particuliers à votre organisation sur le plan de l’implantation du RCQ?
  - 3.1. (niv. reg.) De votre territoire?
  - 3.2. (niv. org.) De votre organisation (et son évolution)?
  - 3.3. (niv. nat.) Sur le plan politique (reconnaissance et volonté)?

4. (DT) Quels moyens ont été entrepris pour faire face à ces enjeux particuliers, dans le cadre de l'implantation?

### Historique

5. (DT) Est-ce qu'il y a eu une période charnière dans la prise d'actions pour répondre à ces enjeux?
6. (DT) En dehors des moyens prescrits par le plan directeur pour favoriser le fonctionnement en réseau, y avait-il des formes de collaboration qui existaient déjà avant la promulgation du Plan Directeur 2013-2015?
  - 6.1. Avec quels acteurs?
  - 6.2. Quel était l'objet de ces collaborations?
  - 6.3. Quels sont les facteurs qui ont facilité ou entravé ces collaborations?

## **2. Suivi/monitoring**

### Suivi des résultats

7. (mise en contexte) Vous êtes soumis à une série de mécanismes d'évaluation ou de suivi : gestion par résultats, rapport annuel, évaluation de la performance, atteinte de cibles, indicateurs de performance, programme d'assurance qualité, etc. Ces résultats sont souvent même publiés.

(DT) Quelle est votre perception de l'impact de ces mécanismes de suivi sur le fonctionnement du RCQ? (\*contrôle, ingérence)

8. Quels mécanismes de contrôle/suivi/monitoring fonctionnent le mieux et pourquoi?
  - 8.1.auprès des professionnels?
  - 8.2. auprès des gestionnaires?

## **3. Diffusion et internalisation des normes**

9. Le RCQ est un espace où beaucoup de guides, de normes et de meilleures pratiques sont diffusés. Quelle importance y accordez-vous?
  - 9.1. (niv. org.) Quelle est leur utilité (\*importance) dans votre organisation? Sont-ils mis en pratique? (\*ou manque de ressources, convient moins au schéma organisationnel, etc.)
  - 9.2. Quelle est l'utilité des normes/guides qui sont émis par les comités nationaux et le MSSS?

#### **4. Action collective**

##### Locus

- 10.** (mise en contexte) Le RCQ dispose d'un grand nombre de groupes/canaux d'échange :
- (niv. nat.) Comités nationaux : (comité de coordination nationale, comités nationaux thématiques, comité de concertation nationale);
  - (niv. reg.) Comités régionaux : (comité régional de coordination, comité régional de concertation);
  - (niv. loc.) Comités locaux : (comité de gestion, équipes interdisciplinaires);
  - Communautés de pratiques cliniques et administratives de cancérologie;
  - Comités professionnels nationaux : (comité de l'évolution de la pratique en oncologie (CEPO), comité consultatif en radio-oncologie, comité de la pratique infirmière, comité consultatif en anatomopathologie).

En dehors de leur fonction de coordination et de partage d'information, ces comités :

- 10.1.** Quelles informations vous permettent-ils d'obtenir sur les autres organisations? (arrimage/comparaison)
- 10.2.** Sur votre propre organisation?

##### Partage des connaissances

- 11.** (DT) Existe-t-il d'autres mécanismes utilisés pour partager les connaissances et expertises?
- 12.** (DT) Comment faites-vous pour apprendre de vos initiatives de fonctionnement en réseaux? (ex. innovation, projet de démonstration, évaluation, indicateurs)?
- 13.** (DT) Diriez-vous que les acteurs, dans votre territoire, se préoccupent de la mobilisation des connaissances?
- 14.** (DT) De quelle manière les leçons tirées de ces apprentissages sont-elles partagées avec d'autres territoires locaux ou d'autres niveaux de gouverne?

##### Règles et principes

- 15.** (DT) Quelle importance accordez-vous à l'imputabilité ou la reddition des comptes? Pourquoi?
- 16.** Quelles sont les valeurs partagées dans le RCQ (transparence? Reddition de compte?) ?
- 16.1.** Le partage de l'information?
- 17.** De quels leviers/pouvoirs disposez-vous pour faire appliquer des changements dans le RCQ (statut, notoriété, crédibilité, légitimité, réputation)?

## 5. Turbulence

18. Comment avez-vous vécu les récents changements dans le système de santé (PL10, PL20, restructuration)?

18.1. (niv. org.) Est-ce semblable pour votre entourage?

19. (voir Q.1) Les récents changements dans le système de santé (PL10, PL20, restructuration) ont-ils amené des changements dans votre façon de travailler en réseau (\*collaborer)?

19.1. Collaboration entre organisations? Gestion/Gouvernance?

## 6. Thèmes à aborder selon la situation

### Historique

- État de la collaboration entre les acteurs avant la promulgation du plan directeur (2013-2015).

### Action collective

- But commun (Intérêt ou motivation envers le but, compréhension du mandat, partage du but, influence sur le but)
- Pouvoirs (légitimité, ressources, statut, réputation, dépendance)
- Savoirs (partage de l'information, valeur accordée au futur, expérience, historique, expertise, prédictibilité des interactions, connaissance du groupe, savoir sur les autres acteurs)

### Mécanismes de gouvernance

- Gestion du contexte (sensemaking et interprétation des événements, gestion des facteurs politiques, négociation d'entente pour le groupe, gestion de la pression (sociale, médias, risques))
  - Renforcement des capacités (distribution des ressources, mise en place de structures, arrangements institutionnels, développement d'outils/guides, formations)
  - Amélioration de la cohésion (partage de l'information sur les normes/opportunités liés à la cohésion, coordination des interdépendances, harmonisation des valeurs, intérêts, mécanismes de résolution de conflits, activités de mise en commun)
  - Favorisation de la production (information sur les bénéfices liés à la production/performance, monitoring/suivi/évaluation, incitatifs/sanctions, documentation des processus, meilleures pratiques)
-

## **7. Questions sociodémographiques**

### Informations générales

Masculin           Féminin

Âge : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Organisation : \_\_\_\_\_

Poste occupé : \_\_\_\_\_

Temps du poste occupé : \_\_\_\_\_

Région : \_\_\_\_\_

### Expérience

Quel est votre niveau d'éducation?

Secondaire

Collégial

Universitaire 1<sup>er</sup> cycle

Universitaire 2<sup>e</sup> cycle

Universitaire 3<sup>e</sup> cycle

Quel est votre domaine de formation initiale? \_\_\_\_\_

Combien d'années d'expérience avez-vous comme gestionnaire? \_\_\_\_\_

Combien d'années d'expérience avez-vous dans le milieu de la santé? \_\_\_\_\_

## **8. Liste des acronymes**

<u>Acronyme</u>	<u>Correspondance</u>
DT	Arrimage/adaptation de la recherche RCQ de l'Équipe Dominique Tremblay
Ind.	Individuel
Nat.	National
Niv.	Niveau
Org.	Organisationnel
Q.	Question
RCQ	Réseau de cancérologie du Québec
Rég.	Régional

## **ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

---

Centre de santé et de services sociaux  
Champlain—Charles-Le Moyne



CENTRE DE RECHERCHE - HÔPITAL CHARLES-LE MOYNE

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ – ENTREVUES

**N° DE PROJET :** CE-HCLM-15-026

**TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :** La structuration d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé : le cas du Réseau de cancérologie du Québec (RCQ)

**PROTOCOLE :** N/A

**CHERCHEUR PRINCIPAL :** Dominique Tremblay

**DÉPARTEMENT DU CHERCHEUR PRINCIPAL :** Université de Sherbrooke (Campus Longueuil)  
Faculté de médecine et des sciences de la santé

**ADRESSE :** 150, place Charles-Le Moyne, Bureau 200  
Longueuil (Québec) Canada J4K 0A8  
dominique.tremblay2@usherbrooke.ca

**TÉLÉPHONE :** 450-466-5000, poste 2885

### INTRODUCTION

Vous êtes invité à participer à une étude de recherche, car vous êtes un acteur directement ou indirectement concerné par l'implantation du Réseau de cancérologie du Québec (RCQ). Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les malaises qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

## BUT DE L'ÉTUDE

Cette recherche vise à mieux comprendre la structuration d'un réseau hybride dans un système public de soins de santé et les facteurs contextuels qui l'influencent.

## PROCÉDURES

- Si vous acceptez de participer à l'étude, vous serez invité à prendre part à une entrevue d'environ une (1) heure.
- L'entrevue, effectuée par le co-chercheur de l'étude, portera sur votre perception de la gouvernance et le fonctionnement du Réseau de cancérologie du Québec.
- L'acceptation de l'enregistrement audio est une condition à la participation.
- Un court questionnaire sociodémographique sur des informations générales (ex. années d'expérience en gestion, type d'étude, etc.) sera à compléter avant le début de l'entrevue.
- Une fois l'entrevue terminée, celle-ci sera retranscrite sous forme de verbatim. L'ensemble des verbatim sera par la suite analysé afin de répondre aux objectifs de ce projet. La durée de votre participation à ce projet de recherche correspond au temps consacré pour réaliser l'entrevue. Nous souhaitons recruter environ 36 personnes dans plusieurs régions au Québec.

## RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Un inconvénient relié à la participation à cette étude est que les discussions émergeant des entrevues peuvent vous amener à remettre en questions certaines pratiques que vous utilisez ou observez dans votre milieu. Ce questionnement par rapport aux pratiques de votre milieu pourrait aussi modifier quelque peu votre relation avec votre supérieur. Il faut garder à l'esprit que le projet n'est pas une évaluation des pratiques mais qu'il s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. Vous pouvez contacter l'équipe de recherche en tout temps si vous ressentez le besoin d'en discuter davantage. Un autre inconvénient éventuel est le temps que vous consacrerez à l'entrevue. Il existe un risque théorique de bris de confidentialité. En effet, même si nous ne divulguons pas votre nom, il se peut que certaines personnes reconnaissent vos propos, considérant le nombre d'acteurs clés restreint œuvrant dans le RCQ.

## BÉNÉFICES ET AVANTAGES

Il n'y a pas de bénéfices directs liés à la participation à cette étude. Les résultats pourront cependant bénéficier plus largement au système public de soins de santé et aux réseaux de cancérologie, et pourraient permettre, à terme, de contribuer à l'amélioration des pratiques et à la qualité des services.

## COÛTS/REMBOURSEMENT

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à cette étude. Votre employeur a accepté que cette entrevue se déroule sur vos heures de travail.



## INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs (le cas échéant : les organismes, les entreprises) ou les institutions concernées de leurs responsabilités légales et professionnelles.

## CONFIDENTIALITÉ

Toutes les mesures sont prises pour que votre identité et les informations vous concernant soient tenues confidentielles. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. En aucun temps, votre nom ou vos données personnelles ne seront rapportés dans la transcription de l'enregistrement. Les informations obtenues ne seront rapportés à aucune autre personne ou organisation.

Vous permettez que l'on recueille et conserve des données dans le cadre de cette étude, y compris des renseignements personnels tels votre nom, votre date de naissance, votre sexe, vos initiales et vos coordonnées. Ces informations seront tenues confidentielles dans la mesure du possible. Cependant, étant donné le risque théorique de bris de confidentialité, la confidentialité totale ne peut être garantie. Les données de recherche, les transcriptions des entrevues et les enregistrements audio seront conservés pendant 5 ans par le chercheur responsable. Après cette période, ils seront détruits.

## PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à un membre de l'équipe de recherche. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations de travail ou vos relations avec votre employeur.

Si vous décidez, à n'importe quel moment, de vous retirer de l'étude, l'information recueillie jusqu'à ce point sera tout de même conservée et dénominalisée.

## PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Dominique Tremblay, chercheur principal, au 450 466-5000, poste 2885, la semaine entre 9h et 17h, ou à l'adresse suivante : [dominique.tremblay2@usherbrooke.ca](mailto:dominique.tremblay2@usherbrooke.ca)

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CISSS de la Montérégie-Centre au 450 466-5000, poste 2564.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de la Montérégie-Centre au 450 466-5434.

## ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon employeur et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

\_\_\_\_\_  
Signature du sujet

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj] /  
heure (si requis)

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui a  
présenté le consentement

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj] /  
heure (si requis)

## ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

\_\_\_\_\_  
Nom (caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]



## **ANNEXE 3 : COLLECTE DE DONNÉES<sup>9</sup>**

---

---

<sup>9</sup> Pour des raisons de confidentialité, cette annexe sera retirée de la publication finale de la thèse.

**Tableau A3.1 : Liste de documents au niveau national**

Titre	Année	Mois	Auteur	Type de document	Pages	Références
Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe	1997	Oct.	Comité consultatif sur le cancer (MSSS)	Programme	185	(MSSS, 1997)
Notes pour une allocution de Madame Pauline Marois à l'occasion du Colloque du Conseil Québécois de lutte contre le cancer	2000	Nov.	Pauline Marois	Discours	4	(Marois, 2000)
Plan d'action 2000-2008 : La radio-oncologie au Québec	2000	Fév.	MSSS	Plan d'action	4	(MSSS, 2000b)
Physiciens médicaux en radio-oncologie	2000		MSSS	Rapport	23	(MSSS, 2000a)
Un centre de coordination national de lutte contre le cancer	2001		MSSS	Rapport	29	(MSSS, 2001)
La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : Un premier bilan	2003		Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec (MSSS)	Rapport	392	(MSSS, 2003)
Le continuum de services pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches : paramètres d'organisation	2004	Avril	MSSS			
Unifier notre action contre le cancer. Rapport de la démarche ministérielle visant l'amélioration de la gestion et de l'impact du Programme québécois de lutte contre le cancer	2004		GTMC			
Besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches au Québec Recommandations Avis	2005	Mars	Comité des représentants de la population atteinte de cancer et des proches au Québec (REPOP)	Avis	31	
Les équipes interdisciplinaires en oncologie : Avis	2005	Août	CEILCC	Avis	77	(CEILCC, 2005)
Le soutien, l'adaptation et la réadaptation en oncologie au Québec Recommandations. Avis	2005		Comité de soutien, d'adaptation et de réadaptation (SAR)	Avis	34	
Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer AVIS	2005		Comité de l'évolution de la pratique infirmière en oncologie (CEPIO)	Avis	101	
Rapport d'activité 2005-2006	2006		DLCC (MSSS)	Rapport d'activité	27	

Rapport d'activité 2006-2007	2007		DLCC (MSSS)	Rapport d'activité	51	
Pour un accès approprié et uniformisé aux nouveaux médicaments d'oncologie au Québec	2007	Déc.	DLCC (MSSS) Groupe de travail sur l'accessibilité aux nouveaux médicaments d'oncologie	Rapport	18	
Orientations prioritaires 2007-2012 du PQLC	2007	Sept.	DLCC (MSSS)	Plan stratégique	39	(MSSS, 2007)
Rapport d'activité 2007-2008	2008		DLCC (MSSS)	Rapport d'activité	60	
Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec	2009	Avril	MSSS	Historique	194	(MSSS, 2009)
Rapport d'activité 2008-2009	2009		DLCC (MSSS)	Rapport d'activité	40	
Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer (EQSLCC), 2008	2010	Mars	Institut de la statistique du Québec (ISQ)	Enquête		
Mécanisme central de gestion de l'accès aux services de radio-oncologie. Cadre de référence	2010	Mai	DLCC	Cadre de référence	26	(Direction de la lutte contre le cancer, 2010)
Plan stratégique 2010-2015 du MSSS	2010		MSSS	Plan stratégique		
L'évaluation et la désignation des établissements et des équipes 2005-2009 : bilan	2010	Nov.	GCLC (MSSS)	Rapport	44	(MSSS, 2010)
Rapport d'activité 2009-2010	2010		DLCC (MSSS)	Rapport d'activité	62	
Rapport d'activité 2010-2011	2011		DLCC (MSSS)	Rapport d'activité	43	(Direction de la lutte contre le cancer, 2011)
Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire de huit équipes de lutte contre le cancer : principaux constats	2011	Déc.	MSSS	Rapport d'évaluation	32	
Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer : Bilan des réalisations	2012	Mars	DQC (MSSS)	Rapport	29	(MSSS, 2012)
Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer. Plan directeur en cancérologie	2013	Avril	DQC (MSSS)	Plan directeur	83	(MSSS, 2013b)
Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer. Plan d'action en cancérologie 2013-2015	2013	Avril	DQC (MSSS)	Plan d'action	25	(MSSS, 2013a)
La lutte contre le cancer au Québec et en Ontario : une approche centrée sur le patient	2014	Avril	Institut de la statistique du Québec (ISQ)	Enquête	66	

Enquête québécoise sur la qualité des services de lutte contre le cancer (EQSLCC), 2013	2014	Sept.	Institut de la statistique du Québec (ISQ)	Enquête	118	
Optimisation de l'offre de soins et de services en cancérologie pulmonaire	2014		DQC	Cadre de référence	10	
Orientations ministérielles relatives à l'utilisation des comptes rendus standardisés et structurés pour une pratique médicale de qualité en cancérologie	2014	Mai	DQC	Orientations	8	
La prévalence du cancer au Québec en 2010	2014	Oct.	DQC	Rapport	20	(MSSS, 2014)
Programme d'assurance qualité du Registre québécois du cancer (RQC)	2015	Aout	DQC	Programme	12	
Glossaire: Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux	2015	Juin	MSSS	Glossaire	15	(MSSS, 2015)
Rapport du comité consultatif sur la démarche d'amélioration et de maintien de la performance du Programme national de cancérologie	2016		DGC	Rapport	104	(Direction générale de cancérologie, 2016)
Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer. Plan d'action 2016-2017 de la Direction générale de cancérologie	2016		DGC	Plan d'action	14	(MSSS, 2016)
Les personnes touchées par le cancer : partenaires du réseau de cancérologie. Cadre de référence	2017	Janv.	DGC	Cadre de référence	11	(Direction générale de cancérologie, 2017)
Plan Stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020 (Mise à jour 2016)	2017		MSSS	Plan stratégique	29	(MSSS, 2017)

**Tableau A3.2 : Liste de documents au niveau régional**

Titre	Année	Mois	Auteur	Type de document	Pages	Références
La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : Un premier bilan (Montérégie)	2003		Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec (MSSS)	Rapport	392	
Plan d'action régional 2004-2007	2004		Agence	Plan d'action	-	
Le continuum d'intervention « Lutte contre le cancer »	2005	Juin	Direction de la gestion de l'information et des connaissances (ADRLSSSS Montérégie)	Programme	30	
Plan d'action 2010-2012	2010	Avril	ASSS Montérégie	Plan d'action	80	
Programme régional : Plan d'action 2014-2017	2014		Direction régionale de cancérologie (ASSS Montérégie)	Plan d'action	62	(Roberge et al., 2004)
Incidence du cancer, Montérégie, 1984-2010	2014	Sept.	ASSS Montérégie		23	(ASSS Montérégie, 2014)
Rapport annuel de gestion 2014-2015	2015		CISSS Montérégie Centre	Rapport	101	
La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : Un premier bilan (Chaudière-Appalaches)	2003		Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec (MSSS)	Rapport	392	
Programme régional de lutte contre le cancer – Plan d'action régional 2004-2007	2004		ADRLSSSS Chaudière-Appalaches	Plan d'action	60	
Le portrait de la situation du cancer en Chaudière-Appalaches	2006	Fév.	ASSS Chaudière-Appalaches	Rapport	201	
Le Rapport du DSP de Chaudière-Appalaches sur le Cancer : Prévenir les cancers tous ensemble	2010	Sept.	DSP et ASSS Chaudière-Appalaches	Rapport	280	(Direction de santé publique, 2010)
Le recueil statistique du rapport du directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches sur le cancer : prévenir les cancers tous ensemble	2010	Oct.	ASSS Chaudière-Appalaches	Rapport	297	
État de la situation du cancer en Chaudière-Appalaches	2013	Oct.	ASSS Chaudière-Appalaches	Rapport	8	



Plan d'action régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches 2013-2018	2013		ASSS Chaudière-Appalaches	Plan d'action	56	(ASSS Chaudière-Appalaches, 2013)
Rapport annuel de gestion 2013-2014	2014		ASSS Chaudière-Appalaches	Rapport annuel	106	(ASSS Chaudière-Appalaches, 2014)
Recension des meilleures pratiques en adoption de saines habitudes de vie chez les survivants au cancer	2015	Janv.	ASSS Chaudière-Appalaches	Rapport	23	

**Tableau A3.3 : Listes des observations non participantes**

<b>Code</b>	<b>Niveau</b>	<b>Groupe</b>	<b>Date</b>	<b>Durée</b>	<b>Tel./Pres.</b>
B16-101	Région 1	Co-gestionnaires	13 fev. 2015, 9h00-11h00	3h	Pres.
B16-102	Région 1	Comité reg. coordination	18 fev. 2015, 12h00-14h00	2h	Pres.
B00-201	National	Comité DQC	9 sept. 2015, 15h30-17h00	1,5h	Tel.
B00-202	National	Comité nat. coord. cancéro.	14 oct. 2015, 15h30-17h00	1,5h	Tel.
B00-203	National	Comité nat. co-gest.	21 oct. 2015, 15h30-17h00	1,5h	Tel.
B00-204	National	Comité RCQ	26 oct. 2015, 16h00-17h00	1h	Tel.
B00-205	National	DQC élargie	19 nov. 2015, 13h00-16h30	3,5h	Pres.
B00-206	National	Comité nat. co-gest.	19 nov. 2015, 16h30-18h30	2h	Pres.
B00-207	National	Comité nat. co-gest.	16 déc. 2015, 15h30-17h00	1,5h	Tel.
B00-208	National	Comité nat. coord. cancéro.	9 fév. 2016, 15h30-17h00	1,5h	Tel.
B00-209	National	Comité nat. co-gest.	10 fév. 2016, 15h30-17h00	1,5h	Tel.
B00-210	National	Comité nat. coord. cancéro.	9 mars 2016, 15h30-17h00	1,5h	Tel.
B00-211	National	Comité nat. co-gest.	16 mars 2016, 15h30-17h00	1,5h	Tel.
B00-212	National	Comité nat. co-gest.	22 avr. 2016, 10h00-16h00	5h	Pres.
B00-213	National	Comité nat. co-gest.	11 mai 2016, 15h30-17h00	2	Tel.
B00-214	National	Comité nat. coord. cancéro.	18 mai 2016, 10h00-16h00	5h	Pres.
B12-103	Région 2	Comité RCQ	30 mai 2016; 13h30-16h00	2,5	Pres.
B00-215	National	Comité nat. co-gest.	15 juin 2016, 15h30-17h00	1,5	Tel.
B12-104	Région 2	Comité RCQ	23 novembre 2016; 13h-16h	3h	Tel.
<b>Total</b>			<b>n=19</b>	<b>41,5h</b>	

**Tableau A3.4 : Études antérieures liées au Réseau de cancérologie du Québec**

Objet	Date	Région	Méthode	Facteurs contextuels/constats/principaux résultats	Références
Réseau intégré de soins et de services en oncologie	2004	Montérégie	Étude de cas	1- Vision partagée 2- Engagement des médecins 3- Engagement des professionnels 4-Intérêt pour le travail en équipe 5-Confiance interprofessionnelle 6-Confiance interorganisationnelle (et deux autres séries)	(Roberge et al., 2004)
Corridor de service PQLC	2005	Capitale nationale et Mauricie	Étude de cohorte a été menée auprès de 696 femmes	–	(Bairati et al., 2005)
Développement d'une vignette clinique pour apprécier la qualité des soins en oncologie	2006	Montérégie	–	–	(Cazale et al., 2006)
La gouverne de la lutte contre le cancer au Québec	2006	–	–	–	(Kavanagh & Loutfi, 2006)
La gouvernance et la valeur ajoutée de la régionalisation dans la mise en œuvre du PQLC	2007	Montérégie	Étude de cas	La valeur ajoutée d'une gouvernance clinico-administrative du changement, en vertu de laquelle les régies régionales – en synergie avec des cliniciens leaders – aident à orienter l'action collective. Une analyse des façons d'agir des régies régionales révèle l'utilité d'une combinaison des modèles d'actions technocratiques, démocratiques, politiques et cognitives.	(Touati et al., 2007)
Lutte contre le cancer en Montérégie	2008	Montérégie	Conceptuel	–	(Roy, 2008)
Implantation du PQLC, avec focus sur les infirmières pivots	2009	Montérégie	Étude de cas	L'engagement et l'implication de tous les partenaires, la direction administrative et clinique, de solides gestionnaires cliniques, la collaboration, le travail interdisciplinaire, de la formation et de soutien aux parties prenantes, la définition claire des rôles et de l'intégration de neuf infirmières pivots en oncologie	(Plante & Joannette, 2009a)

				dans les équipes de soins d'oncologie de la Montérégie a facilité les changements et la poursuite des progrès vers l'atteinte des objectifs de la PQLC.	
Implantation du PQLC, avec focus sur les infirmières pivots	2009	Montérégie	Étude de cas	Différentes solutions ont été choisies pour faciliter l'intégration des infirmières pivots : 1) formation des infirmières pivots; 2) soutien des administrateurs; 3) formation des professionnels dans différentes disciplines et différents contextes de travail en oncologie; 4) déploiement d'équipes interdisciplinaires spécialisés en oncologie; 5) interdisciplinarité; 6) réunions et des outils de travail standardisés.	(Plante & Joannette, 2009b)
Processus d'implantation d'infirmières pivots en oncologie	2010	Capitale-nationale	Étude de cas	1) les perceptions des acteurs sur l'origine du rôle et les ressources de départ 2) les activités des infirmières pivots; 3) la participation des différents acteurs pour faciliter l'intégration du rôle et leurs réactions face à la pertinence du rôle; 4) les effets de l'implantation du rôle sur la clientèle et le système de la santé à court et à plus long terme.	(Fillion et al., 2010)
Leadership de Jean Latreille	2010	Province	Récit de vie	-	(Gendreau, Lavoie, Touati, & Rinfret, 2010)
La collaboration interprofessionnelle dans les équipes de cancérologie	2010	Province	Protocole de recherche	-	(Tremblay et al., 2010)
Comment mieux orienter les efforts en matière de lutte contre le cancer	2010	Province	Table ronde d'experts	1) ressources additionnelles importantes (organisationnelles, humaines et financières) nécessaire pour avoir une véritable politique nationale coordonnée de lutte contre le cancer; 2) l'engagement personnel des plus hautes autorités politiques; 3) la planification d'interventions personnalisées, se rattachant à une pratique médicale concertée, de pointe, très humaine et basée sur des données probantes;	(Schneider, Audet-Lapointe, Chambaud, & Loutfi, 2010)

				4) Recherche fondamentale et clinique; 5) Pratique humanisée et basée sur une expertise que concertée, reconnue et partagée; 6) « Une action réussie ne pourra être que concertée et coordonnée. Le MSSS, seul, sera toujours impuissant. La contribution des groupes communautaires, des établissements, de la société civile, est indispensable. »	
Utilisation de données probantes en oncologie	2011	Centres régionaux (n=2) et urbain (n=1)	Étude de cas	Très peu d'infirmières s'y intéressent et que celles qui les utilisent sont celles qui le font dans le cadre de leurs fonctions (cadre conseil, cliniciennes).	(Allard & Jalbert, 2011)
Liens interétablissements du RCQ	2011	Estrie	Étude de cas	L'instauration de comités interétablissements serait l'un des éléments les plus déterminants lors du développement d'un réseau. Elle permet la création de plusieurs lieux de rencontres communs, rendant alors possible le partage d'information. Par ailleurs, la stabilisation des équipes internes aux organisations favorise grandement la création d'un sentiment de confiance inter établissements, facilitant le développement de relations entre les personnes.	(Cyr, 2011)
Les conditions de production d'impact des équipes interdisciplinaire en oncologie	2014	Province	Protocole de recherche	-	(Tremblay et al., 2014)
Évaluation de la fonction d'infirmière pivot en oncologie	2015	Province	Revue systématique	Le cadre conceptuel proposé comprend six dimensions: les objectifs d'évaluation, personnes évaluées, les points de temps d'évaluation, le contenu de l'évaluation, le processus d'évaluation, et l'utilisation des résultats.	(Fournier, Simard, Veillette, & Fillion, 2015)

## **ANNEXE 4 : CODES, SOURCES DE DONNÉES ET VERBATIM<sup>10</sup>**

---

---

<sup>10</sup> Pour des raisons de confidentialité, cette annexe sera retirée de la publication finale de la thèse.

**Tableau A4.1 :Codes, sources de données et verbatim**

	Codes/thèmes	Sources de données <sup>11</sup>			
		Doc	Obs	Ent	Exemples d'extraits d'entrevue très significatifs (***)
Contexte	Enjeux	***	***	***	(R00-205) Bon, on le sait c'est l'appui des hauts dirigeants est toujours une donnée sensible et souvent déterminante. (R12-102) le danger qui nous guettait tout le temps c'était de retourner, retomber dans nos vieilles habitudes
	Moyens	*	**	**	(R16-209) Si tu ne mets pas en péril d'aspects financiers, tu ne mets pas en péril le leadership. Si tu mets en péril la finance, tout part de l'équilibre financier. Il faut le savoir dans les organisations comme la notre, la journée que tu n'es pas en équilibre financier, tu n'es plus en contrôle de ton organisation ni dans son développement, ni dans ses finances, ni dans sa gouvernance.
	Période charnière	*	*	**	(R00-207) Ça là pendant plusieurs mois pour désengorger le réseau ça a été une preuve de collaboration sur le terrain, tu sais. Ça a été extraordinaire. Alors disons les RUIS ça a été une autre création de cette époque là qui a pour faire, c'était un peu la méthode des petits pas. Des petits pas. Faque je ne sais pas moi qu'est-ce que ça a fait c'est qu'il y a plusieurs choses qui se sont passés dans ces années là, c'est les retombées de la création d'une direction des affaires médicales universitaires, ça a rapproché le ministère et la profession médicale.
	Plans 2013-2015	***	***	***	(R12-103) Dans le fond la façon que le plan directeur, la perception que j'avais de la part des gens de l'agence, de mes patrons, c'était une prescription puis c'était un empêchement d'être créatif.
Savoir	Apprentissages	0	*	*	(R00-206) Entre autre à moment donné, on a eu entre les mains des statistiques, le nombre d'intervention avec les délais pour certaines interventions selon le siège tumoral, selon les hôpitaux, selon les spécialités, etc., et là on a vu qu'il y avait des grandes disparités d'un siège tumoral à l'autre et d'un établissement à l'autre, d'une région à l'autre, avec plus de succès ou moins de succès. Et puis

<sup>11</sup> \* : Quelques données pertinentes

\*\* : Plusieurs données pertinentes ou de qualité suffisante

\*\*\* : Données pertinentes nombreuses et d'excellente qualité

					à partir de ça on a commencé à vouloir, on s'est dit « Tiens ça serait peut-être une belle piste pour définir le rôle des patients au sein des comités »
	Diffusion guides/normes	***	***	***	(R00-204) le RCQ, c'est un espace où il y a beaucoup de guide, de norme, de meilleures pratiques qui sont diffusés, c'est quoi l'importance justement que la première ligne accorde à ça? R : Zéro. I : Zéro? R : Zéro, excusez-moi, mais c'est exactement ça. Ils n'ont, c'est incroyable, je peux vous le dire parce que parfois je suis vraiment surprise à quel point ils n'ont pas accès à ces outils-là, ils ne se les approprient pas, mais surtout ils ne les connaissent, mais pas du tout et c'est effrayant. [...] Il y a trop d'information, ils ne savent pas quoi, où aller chercher l'information dans ce qu'ils ont besoin.
	Partage savoir/info	***	***	***	(R12-103) C'est ça que ça prend, tu sais, il faut, pour que ça ça fonctionne il faut que l'information circule. [...] C'était vu comme ça sauf que je pense qu'au fur et à mesure que les gens se sont mis en place, que les discussions avançaient et tout ça, c'est devenu un petit peu plus un réseau de, plus d'échange puis de partage plus, et avec un certain pouvoir décisionnel aussi parce que j'avais des patrons aussi qui laissaient la latitude aux gens de décider c'est quoi « qu'est-ce qu'on fait avec mettons l'argent » ou, « avez-vous des solutions pour le TEP, on peut-tu? ». Ils étaient aussi participatif dans ça parce qu'il aurait pu décider de dire « bon ça suffit moi là l'argent, je la mets là ». Il aurait pu être unilatéral dans ses décisions puis faire du, il s'en servait beaucoup pour aller chercher l'information du terrain.
	Langage codé	*	*	*	(R00-204) pour eux c'est ardu, ils ne comprennent pas ce langage là, ça ne leur dit rien, je vous donne un exemple où je leur ai expliqué tout simplement la gouverne en cancérologie, je ne sais pas si vous l'avez vu avec des comités de coordination, de co-gestionnaire et je regardais le blanc dans leur yeux et la présidente de mon comité qui est revenue elle m'a dit « Tu sais, tu peux bien nous expliquer ça plusieurs fois, on ne comprends rien. »
	Mécanismes de suivi/Observation	*	**	***	(R00-211) Ils les obligent à se regarder puis ils les obligent à se comparer puis là eux autres comme gestionnaires sont capables de dire « Regarde là, votre taux de complication est le même, tout ça c'est le même, mais ça coûte deux fois le prix » (R00-205) Ça, c'est je crois l'un des leviers les plus intéressants qu'on pourrait exploiter [...] c'est-à-dire les gens pourraient dire « Voici les standards qu'on se donne et puis avoir dans, des tableaux de bord qui leur permettent de voir si et dans quelle mesure on rencontre ou pas ses standards là dans leur réalité à eux, dans leur territoire pour leur population avec la possibilité de se comparer à d'autres territoires pour d'autres populations selon des mêmes termes.
Action collective	Bottom-up	*	*	***	(R12-108) «Qu'est-ce qui se passe à la base? Comment je peux faire émerger cette base là? ». Si elle ne fait pas, ça reste juste dans du top down, ça ne marchera pas. Ça va chirrer demain matin. Ça c'est clair, net et précis. (R00-207) C'est des heures de discussions qu'il y a là-dessus là, um, ça a été de dire « Ben peut-être qu'on devrait faire ça par étape dans le fond. C'est de s'assurer d'abord qu'on a des gens sur le terrain qui se regroupent et qui traitent des cancers, le plus, disons, par spécialité, la gynécologie, l'urologie, la pneumologie, le colon, le système digestif, etc. Bon et vu que ses gens là se regroupent en équipe et là on c'était, on a défini ses équipes là, qu'est-ce que c'était contenir une équipe et on a aussi en



				même temps la discussion a porté sur l'organisation du service en dehors de l'oncologie parce qu'à ce moment là il y avait aussi des courants par rapport à l'organisation des services étant donné qu'il y a des hôpitaux dans les milieux non urbains, en campagne.
Collaboration	*	***	***	(R00-214) il y a des endroits où ces liens sont extrêmement importants, extrêmement efficaces. Je pense par exemple dans les régions un peu éloignées où le se disent « Ben quand ils ont un patient qui a une problématique et qui pense que, qu'il a un cancer du foie ou du poumon ou n'importe quoi, ben ils se connaissent tout entre eux. (R16-208) la radio thérapie en cancérologie ben ça fonctionnait avant puis ça fonctionne encore maintenant parce que ben il y a un seul point de service. Il n'y a pas de compétition possible.
Compétition	0	**	**	(R16-212) Oui. Il y a évidemment s'il y a un montant d'argent en cause, c'est clair qu'à ce moment-là il y a une grosse compétition. I : Au niveau de la distribution des ressources? R : Oui. (R16-212) il y a toujours eu une certaine compétition entre les établissements très proches les uns des autres
Hybridité	**	***	***	(R12-104) Dans un rôle de co-gest ce n'est pas qu'on laissait l'autorité à l'établissement avec la mission régionale, ce qu'on disait « vous êtes impliqués dans les discussions comme établissement de deuxième ligne à la hauteur des responsabilités que vous avez en lien avec la mise en place du réseau, mais avec la première ligne » puis l'agence elle va essayer de vraiment mettre en relation tout ça puis de voir comment on peut créer un équilibre et se permettre justement de bien organiser les choses, mais le modèle de partenariat en co gestion est un modèle à aidant pour nous permettre justement de faire en sorte que l'agence en se retirant (puis c'est ce qui est arrivé finalement) ben le projet ne tombe pas à l'eau parce qu'il n'y a plus de représentant agence régional, mais il restera toujours un co gestionnaire qui était lui attaché à l'établissement puis c'est ce co gestionnaire là curieusement qui lui reprend par la suite, qui peut reprendre le travail. C'est une situation qu'on se donnait justement pour s'assurer de la pérennité des travaux qu'on faisait.
Locus/comités	**	***	***	(R00-204) Nous autres les liens informels, est-ce que nous en tant qu'organisation est-ce qu'on peut les stimuler? Oui je pense que par les communautés de pratique à mon sens. Les communautés de pratique peuvent beaucoup aider à former des liens informels. Quand on est tous, oui, moi je pense que ça serait plus comme ça. Les gens se connaissent, mais pas forcément, mais c'est juste en aillant accès aux mêmes forums, aux mêmes forums de connaissance et d'échange et ça peut créer des liens informels oui.
Rôles acteurs	**	**	**	(R12-104) il restera toujours un co gestionnaire qui était lui attaché à l'établissement puis c'est ce co gestionnaire là curieusement qui lui reprend par la suite, qui peut reprendre le travail. C'est une situation qu'on se donnait justement pour s'assurer de la pérennité des travaux qu'on faisait.
Visibilité acteurs	*	***	***	(R00-211) Favoriser les rassemblements pour que les gens puissent participer, favoriser aussi la dissémination des bonnes pratiques. Alors comme vous avez peut-être vu on organise, on donne des prix, reconnaître l'excellence aussi, donc on donne des prix pour reconnaître l'excellence des gens pour que les autres puissent essayer de les émuler.

					(R00-205) C'est là beaucoup que ça se passe puis lune des vertus de la profession médicale c'est que c'est le syndrome du premier de classe c'est-à-dire que tu es le dernier, tu n'aimes pas ça. Puis en plus tes collègues le savent, tu aimes encore moins ça. Alors tu as une forte incitation à redresser ta pratique quand tu es confronté à des écarts comme ça, c'est le principe moteur de la gouvernance clinique ça.
	Vision commune	**	**	**	(R00-210) une politique qui est mieux reçue, qui va recevoir l'adhésion des parties prenantes et donc qui va ça va favoriser l'implantation parce que quand tu n'as pas l'adhésion des parties prenantes là tu pars mal (R00-211) Alors grosso modo, là, ça c'est les raisons pour lesquelles on voulait un réseau puis pourquoi intégrer, ben parce que je pense que c'est important qu'on évite la duplication puis qu'on soit, qu'on sache ce que l'autre fait puis qu'on puisse profiter des victoires de l'un puis de profiter de ces difficultés pour éviter des avoir nous-mêmes.
Pouvoir	Imputabilité/red. compte	*	**	**	(R00-205) une politique publique plus distante, mais qui sait intervient quand ça compte en récompensant et en donnant de la visibilité aux meilleurs éléments puis en étant plus fermes par rapport aux éléments négatifs puis accepter de responsabiliser les gens et peut-être d'émettre des chefs, d'émettre au centre, aller chercher les démissions des chefs de départements qui n'arrive pas à assumer cette responsabilité-là ou qui ont des comportements pervers dans leur gestion. Les éléments qui fonctionnent moins bien il faut d'abord et avant tout que ces instances-là soient confrontées à leurs résultats. Il ne s'agit pas de par exemple de faire un papier dans le Journal de Montréal pour montrer jusqu'à quel point tel groupe est innocent ou n'arrive pas à faire du bon travail. [...] Par exemple, leur rapporter leurs résultats comparés, les situer par rapport à la distribution au Québec par rapport à l'excellence mondiale, leur dire « Écoutez vous êtes au 5ème percentile puis vous avez 3 mois pour nous préparer un plan d'action et dans 6 mois on fait une mesure de contrôle», tu comprends?
	Transparence	*	**	**	(R16-208) puis les gens se dissimulent un peu derrière l'exclusivité de l'information qu'ils ont puis ils ont dont l'impression que s'ils en laissent aller un morceau ils se rendent vulnérables puis tu sais bon, faque, tu sais, il y a de l'éducation à faire. Je pense qu'on est en train de s'en aller vers quelque chose de très bien.
	Valeurs	*	*	**	(R00-206) des gens passionnés, des gens qui étaient prêts à sacrifier un peu de leur qualité de vie à eux pour aider les gens, c'est vraiment là, c'est de haut en bas, de bas, partout, tous les gens, médicales, administratives, tout le monde moi que j'ai rencontré dans le réseau de la santé, c'était toujours des gens qui étaient 100%
	Top-down/ajout structure		*	**	(R00-207) Alors donc je ne cache pas que le ministère de la santé avait des influences là-dessus, voulait garder le contrôle sur l'argent, ça c'est certain et un peu le contrôle sur l'évolution. Puis moi d'un côté, ma connaissance du ministère jusqu'à ce moment-là me rendait aussi assez sympathique à ça parce que, il reste que le ministère est une force très, très importante dans tout le réseau de la santé. C'est une force d'importance pour ce qui est du recrutement des médecins. C'est eux autres qui discutent avec les médecins. C'est très fort aussi par rapport aux agences régionales, tu sais les

					budgets, etc. Alors que le conseil québécois de lutte contre le cancer soit au ministère moi ça ne m'achalait pas. J'étais volontiers d'accord avec ça. I : Ça vous donnait plus de levier pour implanter le réseau? R : C'était disons on était plus puissant, on avait plus de chance d'être écouté.
	Leadership	**	***	***	(R16-209) C'est, de la persuasion, je pense que ça a une meilleure arme que de, l'imposition ça ne se marche, ça ne marchera l'imposition. (R00-205) Plus collectif, plus axé sur la collégialité, plus à l'écoute aussi je dirais et peut-être plus dans le même de mettre en valeur les réalisations de la base, qu'est-ce que je dénote actuellement dans le comportement, mais encore une fois je ne vois pas tout eh, je ne vois pas tout puis l'enjeu pour le leadership du cancer c'est à la fois de trouver un espace cancer au sein de ce foutu ministère où il y a tellement de mention et tellement d'enjeu concurrent, c'est incroyable.
	Leviers	*	**	***	(R00-205) Alors, donc, c'est en parlant qu'on peut avancer la chose et je pense que 1999-2000 la création de cette direction là avec le mouvement que ça a enclenché bon ça n'a pas réglé tous les problèmes, loin de là, mais ça a certainement permis à la profession médicale de se rapprocher du ministère, ça a rapproché le ministère de la profession médicale, ça a rapproché les deux, du réseau et des patients, ça a peut-être aidé jusqu'à un certain point à mettre un peu plus la question de services aux patients au centre des préoccupations.
	Ressources	*	***	***	(R00-210) Et c'est vrai au niveau tant des régions que des établissements c'est-à-dire que si un établissement souhaite développement il faut d'abord qu'il démontre un équilibre budgétaire. C'était une des conditions d'ajout budgétaire dans le réseau.
	Temps/spillover	*	***	***	(R12-103) C'était un peu comme ça que l'information remontait au niveau de l'agence puis il en redonnait en leur laissant de la latitude de décision au niveau régional, mais toujours en gardant l'idée région. « Ne pensez-pas juste établissement, pensez-région. C'est quoi qu'on a besoin pour notre région ». Tranquillement pas vite c'était vers là qu'il voulait les amener. Là aujourd'hui, ils n'ont plus le choix. Ils ne peuvent plus penser en termes d'établissement. Il faut qu'ils pensent absolument en région.
Turbulence	Turbulences	*	***	***	(R00-207) Alors moi je suis allé voir le sous ministre immédiatement et puis on a, j'ai dit « Regarde il faut faire quelque chose » et puis il y avait des chiffres, il y avait tant de patients en attente et puis là alors on a mis sur pied d'urgence un comité de radio oncologie qui dépendait du ministère, de la direction ou j'étais et puis on a, c'est (Nom 16) qui était la radio oncologue en charge au, à McGill, la directrice du département à McGill qui a pris ce comité là. On avait un représentant de Montréal, un représentant de Québec aussi là-dessus, un petit comité restreint pour conseiller le ministre, nous conseiller, nous conseiller qu'est-ce qu'on doit faire avec ces listes d'attente là, montrer l'ampleur du problème et les difficultés, etc. Alors ce comité là c'est réunit rapidement, a mis les chiffres sur la table, etc., il y avait un très gros problème et en Ontario et au Québec. (R12-104) moi je te jure je fais partie des chanceuses dans le sens que je peux poursuivre le travail que je faisais avant au niveau régional, mais on se disait « on ne perd pas nécessairement », dans le fond la réorganisation va nous donner plus de levier pour faire en sorte qu'on avance plus rapidement

					dans tout ce qu'on est en train de mettre en place comme nouvelle structure que ce soit en cancer ou ailleurs.
	PL10/1er avril	*	***	***	<p>(R00-210) Les temps d'attente ne sont plus disponibles sur le web. [...] Il est très habile politiquement. Il a réglé son problème. [...] Tu l'enlèves l'information. Si les gens n'ont pas d'information, tu gouvernes.</p> <p>(R00-204) Tu sais on vous dit, bon on a une structure d'une telle façon, on commence à mettre en place des choses et puis ouf tout est chamboulé et il faut partir sur autre chose donc ça, ça a été moi je pense que c'est un enjeu majeur pour l'implantation du réseau et pour supporter et faire croire qu'on, aller chercher une stabilité dans l'instabilité la plus totale et c'est pour ça que les gens se retournent et on des circuits parallèles pour continuer à travailler ensemble et à partager l'information et ça je pense que c'est une bonne chose, mais c'est sûr que l'idéal si on parle d'un monde idéal c'est de, un peu c'est j'allais dire la longévitité, mais ce n'est pas le terme, mais c'est laisser les chose se mettre en place, ça ne sera pas parfait, mais laisser les choses et apprendre de ce qui, par la suite évaluer qu'est-ce qui fonctionne et qu'est-ce qui ne fonctionne pas et pourquoi ça ne fonctionne pas.</p>

## RÉFÉRENCES

- 6, P., Goodwin, N., Peck, E., & Freeman, T. (2006). *Managing Networks of Twenty-First Century Organisations*: Palgrave Macmillan.
- Addicott, R., McGivern, G., & Ferlie, E. B. (2006). Networks, Organizational Learning and Knowledge Management: NHS Cancer Networks. *Public Money and Management*, 26(2), 87-94.
- Adler, P. S., & Kwon, S.-W. (2013). The Mutation of Professionalism as a Contested Diffusion Process: Clinical Guidelines as Carriers of Institutional Change in Medicine. *Journal of Management Studies*, 50(5), 930-962.
- Adler, P. S., Kwon, S.-W., & Heckscher, C. (2008). Professional Work: The Emergence of Collaborative Community. *Organization Science*, 19(2), 359-376.
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2001). Big Questions in Public Network Management Research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11(3), 295-326.
- Agrawal, A. (2001). Common Property Institutions and Sustainable Governance of Resources. *World Development*, 29(10), 1649-1672.
- Allard, N., & Jalbert, C. (2011). Towards Using Evidence in Oncology: Identified Issues and Suggested Solutions. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21(3), 169-173.
- Alvesson, M. (2003). Beyond Neopositivists, Romantics, and Localists: A Reflexive Approach to Interviews in Organizational Research. *Academy of Management Review*, 28(1), 13-33.
- Ansell, C., Levi-Faur, D., & Trondal, J. (2017). An Organizational-Institutional Approach to Governance. In C. Ansell, J. Trondal, & M. Ogard (Eds.), *Governance in Turbulent Times* (pp. 27-54). Oxford: Oxford University Press.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.
- ASSS Chaudière-Appalaches. (2013). *Plan d'action régionale de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches 2013-2018*. Sainte-Marie (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches Retrieved from [www.agencecss12.gouv.qc.ca](http://www.agencecss12.gouv.qc.ca).
- ASSS Chaudière-Appalaches. (2014). *Rapport annuel de gestion 2013-2014*. Sainte-Marie (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- ASSS Montérégie. (2014). *Incidence du cancer, Montérégie, 1984-2010*. Longueuil (Québec): Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Astley, W. G., & Van de Ven, A. H. (1983). Central Perspectives and Debates in Organization Theory. *Administrative Science Quarterly*, 28(2), 245-273.
- Bairati, I., Jobin, É., Fillion, L., Larochelle, M., Messely, M.-C., Vincent, L., & Dontigny, A. (2005). *Corridors de services de santé efficaces dans le diagnostic et les traitements des femmes avec un cancer du sein : rapport de recherche*. Retrieved from Beauport:
- Barbour, R. S. (2001). Checklists for Improving Rigour in Qualitative Research: A Case of the Tail Wagging the Dog? *British Medical Journal*, 322(7294), 1115-1117.
- Basit, T. N. (2003). Manual or Electronic? The Role of Coding in Qualitative Data Analysis. *Educational Research*, 45(2), 143-154.

- Battilana, J., & Lee, M. (2014). Advancing Research on Hybrid Organizing – Insights from the Study of Social Enterprises. *The Academy of Management Annals*, 8(1), 397-441.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, O., & McKee, M. (2004). Public Health in the New Era: Improving Health through Collective Action. *The Lancet*, 363(9426), 2084-2086.
- Benson, J. K. (1975). The Interorganizational Network as a Political Economy. *Administrative Science Quarterly*, 20(2), 229-249.
- Bernier, L., & Gagnon, S. (2010). Restructurer peu, restructurer mieux : leçon d'expériences ministérielles récentes au Canada. *Administration publique du Canada*, 53(1), 21-46.
- Bludau, H. (2014). The Power of Protocol: Professional Identity Development and Governmentality in Post-socialist Health Care. *Czech Sociological Review*, 50(6), 875-896.
- Boyne, G. A., & Meier, K. J. (2009). Environmental Turbulence, Organizational Stability, and Public Service Performance. *Administration & Society*, 40(8), 799-824.
- Bradley, E. H., Curry, L. A., & Devers, K. J. (2007). Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory. *Health Services Research*, 42(4), 1758-1772.
- Brault, I., Denis, J.-L., & Sullivan, T. J. (2015). Using Clinical Governance Levers to Support Change in A Cancer Care Reform. *Journal of Health Organization and Management*, 29(4), 482-497.
- Brault, I., Roy, D. A., & Denis, J.-L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 167-173.
- Bray, F., & Moller, B. (2006). Predicting the Future Burden of Cancer. *Nature Review Cancer*, 6(1), 63-74.
- Broer, T., Nieboer, A. P., & Bal, R. (2012). Governing mental health care: how power is exerted in and through a quality improvement collaborative. *Public Administration*, 90(3), 800-815.
- Brottveit, G., Fransson, E., & Kroken, R. (2015). "A Fine Balance"- How Child Welfare Workers Manage Organizational Changes Within the Norwegian Welfare State. *Society, Health & Vulnerability*, 6(1), 1-13.
- Brownlie, J., & Howson, A. (2006). 'Between the Demands of Truth and Government': Health Practitioners, Trust and Immunisation Work. *Social Science & Medicine*, 62(2), 433-443.
- Brunton, M., & Pick, D. (2014). The Contest for A Community Diagnostic Laboratory Contract in New Zealand: The Influence of Neo-Liberalism in the Public Health Sector. *International Journal of Healthcare Management*, 7(1), 45-52.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for Design and Evaluation of Complex Interventions to Improve Health. *BMJ*, 321(7262), 694-696.

- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., . . . Kinmonth, A. L. (2007). Designing and Evaluating Complex Interventions to Improve Health Care. *BMJ : British Medical Journal*, *334*(7591), 455-459.
- Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics. (2014). *Canadian Cancer Statistics 2014*. Toronto, ON: Canadian Cancer Society.
- Canadian Strategy for Cancer Control. (2006). *The Canadian Strategy for Cancer Control: A Cancer Plan for Canada*. Ottawa: CSCC Governing Council.
- Cancer Council SA. (2011). *Statewide Cancer Control Plan. 2011 - 2015*. Eastwood: Government of South Australia.
- Cant, S., & Sharma, U. (1996). Demarcation and Transformation within Homoeopathic Knowledge. A Strategy of Professionalization. *Social Science & Medicine*, *42*(4), 579-588.
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology nursing forum*, *41*(5), 545-547.
- Cazale, L., Tremblay, D., Roberge, D., Touati, N., Denis, J.-L., & Pineault, R. (2006). Développement et application d'une vignette clinique pour apprécier la qualité des soins en oncologie. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, *54*(5), 407-420.
- Ceci, C. (2004). Nursing, Knowledge and Power: A Case Analysis. *Social Science & Medicine*, *59*(9), 1879-1889.
- CEILCC. (2005). *Les équipes interdisciplinaires en oncologie : Avis*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Cepiku, D. (Ed.) (2014). *Network Performance: Toward a Dynamic Multidimensional Model*. New York and London: Routledge.
- Cheng, S. M., & Thompson, L., J. (2006). Cancer Care Ontario and Integrated Cancer Programs. *Journal of Health Organization and Management*, *20*(4), 335-343.
- Clegg, S. R., Josserand, E., Mehra, A., & Pitsis, T. S. (2016). The Transformative Power of Network Dynamics: A Research Agenda. *Organization Studies*, *37*(3), 277-292.
- Commons, J. R. (1950). *The Economics of Collective Action*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, *22*(10), 1435-1443.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and Evaluating Complex Interventions: The Wew Medical Research Council Guidance. *British Medical Journal*, *337*, 979-983.
- Crooks, V. A., Kingsbury, P., Snyder, J., & Johnston, R. (2010). What is Known about the Patient's Experience of Medical Tourism? A Scoping Review. *BMC Health Services Research*, *10*(1), 266-277.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (2014 [1977]). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris: Points.
- Cyr, S. (2011). *Les liens interétablissements: une mesure de la vitalité du réseau en oncologie et en soins palliatifs de l'Estrie*. (Maître ès sciences), Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Dagnino, G. B., Levanti, G., & Li Destri, A. M. (2016). Structural Dynamics and Intentional Governance in Strategic Interorganizational Network Evolution: A multilevel approach. *Organization Studies*, *37*(3), 349-374.

- Dal Molin, M., & Masella, C. (2016). From Fragmentation to Comprehensiveness in Network Governance. *Public Organization Review*, 16(4), 493-508.
- Dean, M. (1999). *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*. London: Sage.
- Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., & Pomey, M.-P. (2008). Editorial. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 165-166.
- Denis, J.-L., Ferlie, E. B., & Van Gestel, N. (2015). Understanding Hybridity in Public Organizations. *Public Administration*, 93(2), 273-289.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A., Breton, M., Gervais, J., Trottier, L.-H., . . . Dubois, C.-A. (2009). The Reciprocal Dynamics of Organizing and Sense-Making in the Implementation of Major Public-Sector Reforms. *Canadian Public Administration*, 52(2), 225-248.
- Denis, J.-L., Langley, A., & Sergi, V. (2012). Leadership in the Plural. *The Academy of Management Annals*, 6(1), 211-283.
- Denis, J.-L., van Gestel, N., & Ferlie, E. B. (2015). Understanding Hybridity in Public Organizations. *Public Administration*, 93(2), 273-289.
- Dent, M. (2003). Managing Doctors and Saving a Hospital: Irony, Rhetoric and Actor Networks. *Organization*, 10(1), 107-127.
- Dent, M. (2006). Patient Choice and Medicine in Health Care. *Public Management Review*, 8(3), 449-462.
- Department of Health. (2011). *Improving Outcomes: A Strategy for Cancer*. London: Government of United Kingdom.
- Dess, G. G., & Beard, D. W. (1984). Dimensions of Organizational Task Environments. *Administrative Science Quarterly*, 29(1), 52-73.
- Direction de la lutte contre le cancer. (2010). *Mécanisme central de gestion de l'accès aux services de radio-oncologie. Cadre de référence*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Direction de la lutte contre le cancer. (2011). *Rapport d'activité 2010-2011*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Direction de santé publique. (2010). *Le Rapport du DSP de Chaudière-Appalaches sur le Cancer : Prévenir les cancers tous ensemble*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Direction générale de cancérologie. (2016). *Rapport du comité consultatif sur la démarche d'amélioration et de maintien de la performance du Programme national de cancérologie*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Direction générale de cancérologie. (2017). *Les personnes touchées par le cancer : partenaires du réseau de cancérologie. Cadre de référence*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory Building from Cases: Opportunities and Challenges. *Academy of Management Journal*, 50(1), 25-32.
- ENAP. (2017). *Guide de présentation des mémoires par article et des thèses par articles pour les étudiants chercheurs de l'ENAP* Retrieved from Montreal:
- Équipe Dominique Tremblay. (2014). *RCQ - Mieux comprendre les réseaux en cancérologie pour les mettre en oeuvre plus efficacement : Description du projet*.



- Ertl, G. (2008). Reactions at Surfaces: From Atoms to Complexity (Nobel lecture). *Angewandte Chemie International Edition*, 47(19), 3524-3535.
- Esteve, M. (2014). Navigating the Complexities of Collaboration. *Public Administration Review*, 74(2), 281-283.
- Evans, D. (2003). 'Taking Public Health Out of the Ghetto': The Policy and Practice of Multi-Disciplinary Public Health in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 57(6), 959.
- Fejes, A. (2008). Governing Nursing through Reflection: A Discourse Analysis of Reflective Practices. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 243-250.
- Ferlie, E. B., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., & Bennett, C. (2011). Public Policy Networks and Wicked Problems': A Nascent Solution? *Public Administration*, 89(2), 307-324.
- Ferlie, E. B., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., & Bennett, C. (2013). *Making Wicked Problems Governable? The Case of Managed Networks in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Ferlie, E. B., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., & Exworthy, M. (2010). *Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme*. Retrieved from
- Ferlie, E. B., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). The Nonspread of Innovations: the Mediating Role of Professionals. *Academy of Management Journal*, 48(1), 117-134.
- Ferlie, E. B., & McGivern, G. (2014). Bringing Anglo-Governmentality into Public Management Scholarship: The Case of Evidence-based Medicine in UK Health Care. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 24(1), 59-83.
- Ferlie, E. B., McGivern, G., & FitzGerald, L. (2012). A New Mode of Organizing in Health Care? Governmentality and Managed Networks in Cancer Services in England. *Social Science & Medicine*, 74(3), 340-347.
- Ferlie, E. B., & Pettigrew, A. M. (1996). Managing Through Networks: Some Issues and Implications for the NHS. *British Journal of Management*, 7(s1), s81-s99.
- Fillion, L., Aubin, M., de Serres, M., Robitaille, D., Veillette, A.-M., & Rainville, F. (2010). Processus d'implantation d'infirmières pivots en oncologie au sein d'équipes locales conjointes (Centre hospitalier-Communauté). *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 20(1), 30-35.
- Fitzgerald, L., & Dopson, S. (2009). Comparative Case Study Designs: Their Utility and Development in Organizational Research. In D. A. Buchanan & A. Bryman (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Research Methods* (pp. 465-483). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Fleissig, A., Jenkins, V., Catt, S., & Fallowfield, L. (2006). Multidisciplinary Teams in Cancer Care: Are They Effective in the UK? *The Lancet Oncology*, 7(11), 935-943.
- Flynn, R. (2002). Clinical Governance and Governmentality. *Health, Risk & Society*, 4(2), 155-173.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245.
- Fortier, I. (2010). Expérience des réformes et transformation de l'éthos de service public dans l'administration publique québécoise. *Pyramides*, 19(1), 71-86.

- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. In H. L. Dreyfus & P. Rabinow (Eds.), *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics* (pp. 208-226). Chicago: The University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1997). The Ethics of the Concern of the Self as a Practice of Freedom (P. Aranov & D. McGrawth, Trans.). In P. Rabinow (Ed.), *Ethics: Subjectivity and Truth (Essential Works of Foucault, 1954-1984, Vol. 1)* (pp. 281-301). Allen Lane, London: Penguin Press.
- Foucault, M. (2001 [1978]). La "gouvernementalité". In D. Defert & F. Ewald (Eds.), *Dits et écrits II. 1976-1988* (pp. 635-657). Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2001 [1981]). Subjectivité et vérité. In D. Defert & F. Ewald (Eds.), *Dits et écrits II. 1976-1988* (pp. 1032-1037). Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2001 [1984]). L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté. In D. Defert & F. Ewald (Eds.), *Dits et écrits II. 1976-1988* (pp. 1527-1548). Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2001 [1988]). Technologies of the Self. In L. H. Martin, H. Gutman, & P. H. Hutton (Eds.), *Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault* (pp. 16-49). Anherst: University of Massachusetts Press.
- Fournier, B., Simard, S., Veillette, A.-M., & Fillion, L. (2015). An integrative framework to support the assessment function of Quebec's pivot nurses in oncology. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 25(3), 335-340.
- Gendreau, C., Lavoie, J., Touati, N., & Rinfret, N. (2010). *Récit de vie de Jean Latreille*. Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public. Ecole nationale d'administration publique. Montreal.
- Gerring, J. (2007). *Case Study Research: Principles and Practices*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gibbert, M., Ruigrok, W., & Wicki, B. (2008). What Passes as a Rigorous Case Study? *Strategic Management Journal*, 29(13), 1465-1474.
- Gibbings, S., & Taylor, J. (2010). From Rags to Riches, the Policing of Fashion and Identity: Governmentality and "What Not To Wear". *vis-à-vis: Explorations in Anthropology*, 10(1), 31-47.
- Gilbert, T. P. (2001). Reflective Practice and Clinical Supervision: Meticulous Rituals of the Confessional. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 199-205.
- Gilbert, T. P. (2005a). Impersonal Trust and Professional Authority: Exploring the Dynamics. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 568-577.
- Gilbert, T. P. (2005b). Trust and Managerialism: Exploring Discourses of Care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 454-463.
- Glasdam, S., Oeye, C., & Thrysoe, L. (2015). Patients' Participation in Decision-Making in the Medical Field - 'Projectification' of Patients in A Neoliberal Framed Healthcare System. *Nursing Philosophy*, 16(4), 226-238.
- Goodman, N. W. (1998). Clinical Governance. *British Medical Journal*, 317(7174), 1725-1727.

- Goodwin, N., 6, P., Peck, E., Freeman, T., & Posaner, R. (2004). Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons from Other Sectors (pp. 402): National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).
- Gronn, P. (2002). Distributed Leadership as a Unit of Analysis. *The Leadership Quarterly*, 13(4), 423-451.
- Gronn, P. (2008). The Future of Distributed Leadership. *Journal of Educational Administration*, 46(2), 141-158.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Hall, P. (2012). Quality Improvement Reforms, Technologies of Government, and Organizational Politics. *Administrative Theory & Praxis*, 34(4), 578-601.
- Halligan, A., & Donaldson, L. (2001). Implementing Clinical Governance: Turning Vision into Reality. *British Medical Journal*, 322(7299), 1413-1417.
- Hargrave, T. J., & Van de Ven, A. H. (2006). A Collective Action Model of Institutional Innovation. *Academy of Management Review*, 31(4), 864-888.
- Hasselbladh, H., & Bejerot, E. (2007). Webs of Knowledge and Circuits of Communication: Constructing Rationalized Agency in Swedish Health Care. *Organization*, 14(2), 175-200.
- Hatchuel, A. (1996). Comment penser l'action collective? Théorie des mythes rationnels. In R. Damien & A. Tosel (Eds.), *L'action collective : coordination, conseil, planification* (pp. 177-202). Besancon: Annales Littéraires de l'Université de Franche-Comté.
- Hatchuel, A. (2000). Quel horizon pour les sciences de gestion? Vers une théorie de l'action collective. In D. A, A. Hatchuel, & R. Laufer (Eds.), *Les nouvelles fondations des Sciences de Gestion* (pp. 7-43). Paris: Vuibert-FNEGE.
- Hatchuel, A. (2005a). Pour une épistémologie de l'action collective. In A. Hatchuel, É. Pezet, K. Starkey, & O. Lenay (Eds.), *Gouvernement, organisation et gestion: l'héritage de Michel Foucault* (pp. 15-30). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Hatchuel, A. (2005b). Towards an Epistemology of Collective Action: Management Research as a Responsive and Actionable Discipline. *European Management Review*, 2(1), 36-47.
- Hatchuel, A., Pezet, É., Starkey, K., & Lenay, O. (Eds.). (2005). *Gouvernement, organisation et gestion: l'héritage de Michel Foucault*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Hau, W. W. (2004). Caring Holistically Within New Managerialism. *Nursing Inquiry*, 11(1), 2-13.
- Heartfield, M. (2005). Regulating Hospital Use: Length of Stay, Beds and Whiteboards. *Nursing Inquiry*, 12(1), 21-26.
- Heckathorn, D. D. (1993). Collective Action and Group Heterogeneity: Voluntary Provision Versus Selective Incentives. *American Sociological Review*, 58(3), 329-350.
- Heckathorn, D. D. (1996). The Dynamics and Dilemmas of Collective Action. *American Sociological Review*, 61(2), 250-277.

- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Marconi, V. C. (2017). Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough? *Qualitative Health Research*, 27(4), 591-608.
- Hillman, A. J., Withers, M. C., & Collins, B. J. (2009). Resource Dependence Theory: A Review. *Journal of Management*, 35(6), 1404-1427.
- Høgsgaard, D. (2016). A Coherent and Holistic Patient Perspective is An Unreflective Taken-for-Granted Talk in Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(6), 1-2.
- Holton, J. A., & Grandy, G. (2016). Voiced Inner Dialogue as Relational Reflection-On-Action: The Case of Middle Managers in Health Care. *Management Learning*, 47(4), 369-390.
- Hughes, D., & Griffiths, L. (1999). On Penalties and the Patient's Charter: Centralism v De-Centralised Governance in the NHS. *Sociology of Health & Illness*, 21(1), 71.
- Institut National du Cancer. (2014). *Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : Donnons les mêmes chances à tous, partout en France*. Boulogne Billancourt: INCa.
- Institut National du Cancer. (2016). Les réseaux régionaux de cancérologie. Retrieved from <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Les-reseaux-regionaux-de-cancerologie>
- Isett, K. R., Mergel, I. A., LeRoux, K., Mischen, P. A., & Rethemeyer, R. K. (2011). Networks in Public Administration Scholarship: Understanding Where We Are and Where We Need to Go. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(s1), i157-i173.
- Isett, K. R., & Provan, K. G. (2005). The Evolution of Dyadic Interorganizational Relationships in a Network of Publicly Funded Nonprofit Agencies. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(1), 149-165.
- Jamison, D. T., Frenk, J., & Knaul, F. (1998). International Collective Action in Health: Objectives, Functions, and Rationale. *The Lancet*, 351(9101), 514-517.
- Jang, H. S., Feiock, R. C., & Saitgalina, M. (2016). Institutional Collective Action Issues in Nonprofit Self-Organized Collaboration. *Administration & Society*, 48(2), 163-189.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Murray, T., & Thun, M. J. (2008). Cancer Statistics, 2008. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58(2), 71-96.
- Johnson, T. (1995). Governmentality and the institutionalization of expertise. In T. Johnson, G. Larkin, & M. Saks (Eds.), *Health Professions and the State in Europe* (pp. 7-24). London: Routledge.
- Kamps, J., & Polos, L. (1999). Reducing Uncertainty: A Formal Theory of Organizations in Action. *American Journal of Sociology*, 104(6), 1774-1810.
- Kapucu, N. (2005). Interorganizational Coordination in Dynamic Context: Networks in Emergency Response Management. *Connections*, 26(2), 33-48.
- Kapucu, N. (2006). Public-Nonprofit Partnerships for Collective Action in Dynamic Contexts of Emergencies. *Public Administration*, 84(1), 205-220.
- Kavanagh, M., & Loutfi, A. (2006). La gouverne de la lutte contre le cancer au Québec. *Bulletin du Cancer*, 93(9), 835-836.
- Keast, R. (2014). Network Theory Tracks and Trajectories: Where from, Where to? In R. Keast, M. Mandell, & R. Agranoff (Eds.), *Network Theory in the Public Sector*:

- Building New Theoretical Frameworks* (pp. 15-30). New York and London: Routledge.
- Keast, R., Mandell, M., & Agranoff, R. (Eds.). (2014). *Network Theory in the Public Sector: Building New Theoretical Frameworks*. New York and London: Routledge.
- Kenis, P., & Provan, K. G. (2009). Towards an Exogenous Theory of Public Network Performance. *Public Administration*, 87(3), 440-456.
- Kilduff, M., & Brass, D. (2010). Organizational Social Network Research: Core Ideas and Key Debates. *The Academy of Management Annals*, 4(1), 317-357.
- Klijin, E.-H., & Koppenjan, J. (2000). Public Management and Policy Networks: The Theoretical Foundation of the Network Approach to Governance. *Public Management Review*, 2(2), 135-158.
- Koppenjan, J., & Klijin, E.-H. (2004). *Managing Uncertainties in Networks: A Network Approach to Problem Solving and Decision Making*. New York, NY: Routledge.
- Kurunmäki, L., & Miller, P. (2011). Regulatory hybrids: Partnerships, budgeting and modernising government. *Management Accounting Research*, 22(4), 220-241.
- Langley, A., Smallman, C., Tsoukas, H., & Van de Ven, A. H. (2013). Process Studies of Change in Organization and Management: Unveiling Temporality, Activity, and Flow. *Academy of Management Journal*, 56(1), 1-13.
- Larsen, L. T., & Stone, D. (2015). Governing Health Care through Free Choice: Neoliberal Reforms in Denmark and the United States. *Journal Of Health Politics, Policy And Law*, 40(5), 941-970.
- Lega, F., Sargiacomo, M., & Ianni, L. (2010). The Rise of Governmentality in the Italian National Health System: Physiology or Pathology of a Decentralized and (Ongoing) Federalist System? *Health Services Management Research*, 23(4), 172-180.
- Lewin, A. Y., & Volberda, H. W. (2003). The Future of Organization Studies: Beyond the Selection-Adaptation Debate. In H. Tsoukas & C. Knudsen (Eds.), *The Oxford Handbook of Organization Theory: Meta-Theoretical Perspectives* (pp. 568-595). Oxford: Oxford University Press.
- Lewins, A., & Silver, C. (2007). *Using Software in Qualitative Research: A Step-by-Step Guide*. Thousand Oaks: Sage.
- Light, D. W. (2001). Managed Competition, Governmentality and Institutional Response in the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 52(8), 1167-1181.
- Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée, Projet de loi no 20 C.F.R. (2015).
- Lynch, J. (2004). Foucault on targets. *Journal of Health Organization and Management*, 18(2-3), 128-135.
- MacLeod, H. (2015). Local Health Integration Networks: Build on their purpose. *Healthcare Management Forum*, 28(6), 242-246.
- Macmillan Cancer Support. (2012). *The Role of Cancer Networks in the New NHS*. Retrieved from London:
- Macy, M. W. (1991). Chains of Cooperation: Threshold Effects in Collective Action. *American Sociological Review*, 56(6), 730-747.
- Maitlis, S., & Sonenshein, S. (2010). Sensemaking in Crisis and Change: Inspiration and Insights From Weick (1988). *Journal of Management Studies*, 47(3), 551-580.

- Mandell, M. (2014). Introduction: Understanding Theory. In R. Keast, M. Mandell, & R. Agranoff (Eds.), *Network Theory in the Public Sector: Building New Theoretical Frameworks* (pp. 3-14). New York and London: Routledge.
- Marinetto, M. (2012). Case Studies of the Health Policy Process: A Methodological Introduction. In M. Exworthy, S. Peckham, M. Powell, & A. Hann (Eds.), *Shaping Health Policy: Case Study Methods and Analysis* (pp. 21-40). Bristol, UK: Policy Press.
- Marois, P. (2000). Notes pour une allocution de Madame Pauline Marois à l'occasion du Colloque du Conseil Québécois de lutte contre le cancer. Colloque du Conseil Québécois de lutte contre le cancer.
- Marshall, R. (2008). Under the Microscope. *Journal of Medical Humanities*, 29(1), 61-66.
- Martin, G. P., Currie, G., & Finn, R. (2009). Leadership, Service Reform, and Public-Service Networks: The Case of Cancer-Genetics Pilots in the English NHS. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(4), 769-794.
- Martin, G. P., Leslie, M., Minion, J., Willars, J., & Dixon-Woods, M. (2013). Between Surveillance and Subjectification: Professionals and the Governance of Quality and Patient Safety in English Hospitals. *Social Science & Medicine*, 99(1), 80-88.
- Martin, S., Nutley, S., Downe, J., & Grace, C. (2016). Analysing performance assessment in public services: how useful is the concept of a performance regime? *Public Administration*, 94(1), 129-145.
- Marwell, G., Oliver, P., & Prahl, R. (1988). Social Networks and Collective Action: A Theory of the Critical Mass. III. *American Journal of Sociology*, 94(3), 502-534.
- Mason, J. (2002). *Qualitative Researching* (2nd edition ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Mason, M. (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum: Qualitative Social Research*, 11(3), 1-19.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative Research in Health Care: Assessing Quality in Qualitative Research. *British Medical Journal*, 320(7226), 50-52.
- Mazouz, B., & Tremblay, B. (2006). Toward a Postbureaucratic Model of Governance: How Institutional Commitment Is Challenging Quebec's Administration. *Public Administration Review*, 66(2), 263-273.
- Mcdermott, A. M., Hamel, L. M., Steel, D., Flood, P. C., & McKee, L. (2015). Hybrid Healthcare Governance for Improvement? Combining Top-down and Bottom-up Approaches to Public Sector Regulation. *Public Administration*, 93(2), 324-344.
- McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., . . . Owens, D. K. (2007). *Care Coordination*. Retrieved from Rockville, MD:
- McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid Manager-Professionals' Identity Work: The Maintenance and Hybridization of Medical Professionalism in Managerial Contexts. *Public Administration*, 93(2), 412-432.
- McGivern, G., & Dopson, S. (2010). Inter-Epistemic Power and Transforming Knowledge Objects in A Biomedical Network. *Organization Studies*, 31(12), 1667-1686.
- McGrath, R. G. (2006). Beyond Contingency: From Structure to Structuring in the Design of the Contemporary Organization. In S. R. Clegg, C. Hardy, T. B. Lawrence, & W. R. Nord (Eds.), *The SAGE Handbook of Organization Studies* (Second Edition ed., pp. 577-597). Thousand Oaks: Sage Publications.

- McGuire, M., & Agranoff, R. (2011). The Limitations of Public Management Networks. *Public Administration*, 89(2), 265-284.
- McKinlay, A., & Starkey, K. (Eds.). (1998). *Foucault, Management and Organization Theory: From Panopticon to Technologies of Self*. London: Sage.
- Meinzen-Dick, R., DiGregorio, M., & McCarthy, N. (2004). Methods for Studying Collective Action in Rural Development. *Agricultural Systems*, 82(3), 197-214.
- Miller, P., & Rose, N. (1990). Governing economic life. *Economy and society*, 19(1), 1-31.
- Mills, A. (2014). Health Care Systems in Low- and Middle-Income Countries. *New England Journal of Medicine*, 370(6), 552-557.
- Mistry, M., Parkin, D. M., Ahmad, A. S., & Sasieni, P. (2011). Cancer Incidence in the United Kingdom: Projections to the Year 2030. *British Journal of Cancer*, 105(11), 1795-1803.
- Moffatt, F., Martin, P., & Timmons, S. (2014). Constructing Notions of Healthcare Productivity: The Call for A New Professionalism? *Sociology of Health & Illness*, 36(5), 686-702.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS med*, 6(7), e1000097.
- Moynihan, D. P. (2009). The Network Governance of Crisis Response: Case Studies of Incident Command Systems. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(4), 895-915.
- MSSS. (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (1997). *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2000a). *Physiciens médicaux en radio-oncologie*. Retrieved from Québec:
- MSSS. (2000b). *Plan d'action 2000-2008 : La radio-oncologie au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2001). *Un centre de coordination national de lutte contre le cancer*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2003). *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : Un premier bilan*. Retrieved from Québec:
- MSSS. (2007). *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- MSSS. (2010). *L'évaluation et la désignation des établissements et des équipes 2005-2009 : bilan*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2012). *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer : Bilan des réalisations*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2013a). *Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer. Plan d'action en cancérologie 2013-2015*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2013b). *Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer. Plan directeur en cancérologie*. Québec: Gouvernement du Québec.

- MSSS. (2014). *La prévalence du cancer au Québec en 2010*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- MSSS. (2015). *Glossaire: Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2016). *Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer. Plan d'action 2016-2017 de la Direction générale de cancérologie*. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2017). *Plan Stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020 : Mise à jour 2016*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Nabatchi, T., Goerdel, H. T., & Peffer, S. (2011). Public Administration in Dark Times: Some Questions for the Future of the Field. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(Minnowbrook III: A Special Issue), i29-i43.
- National Audit Office. (2015). *Progress in improving cancer services and outcomes in England*. London.
- Newman, J. (2005). Enter the Transformational Leader: Network Governance and the Micro-Politics of Modernization. *Sociology*, 39(4), 717-734.
- Noseworthy, T., Wasylak, T., & O'Neill, B. (2015). Strategic Clinical Networks in Alberta: Structures, Processes, and Early Outcomes. *Healthcare Management Forum*, 28(6), 262-264.
- Nowotny, H., Scott, P., & Gibbons, M. (2001). *Re-Thinking Science: Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty*. Cambridge: Polity Press.
- Nyberg, D. (2012). 'You Need to be Healthy to be Ill': Constructing Sickness and Framing the Body in Swedish Healthcare. *Organization Studies*, 33(12), 1671-1692.
- O'Toole, L. J. J. (1997). Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration. *Public Administration Review*, 57(1), 45-52.
- O'Toole, L. J. J. (2010). 2009 John Gaus Lecture: The Ties That Bind? Networks, Public Administration, and Political Science. *PS: Political Science & Politics*, 43(1), 7-14.
- O'Toole, L. J. J. (2012). Interorganizational Relations and Policy Implementation. In B. G. Peters & J. Pierre (Eds.), *The SAGE Handbook of Public Administration* (pp. 292-304). London: SAGE Publications.
- O'Toole, L. J. J., & Meier, K. J. (2004). Public Management in Intergovernmental Networks: Matching Structural Networks and Managerial Networking. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(4), 469-494.
- O'Toole, L. J. J., & Meier, K. J. (2015). Public Management, Context, and Performance: In Quest of a More General Theory. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25(1), 237-256.
- O'Toole, L. J. J. (2015). Networks and Networking: The Public Administrative Agendas. *Public Administration Review*, 75(3), 361-371.
- Oliver, P., & Marwell, G. (1988). The Paradox of Group Size in Collective Action: A Theory of the Critical Mass. II. *American Sociological Review*, 53(1), 1-8.
- Oliver, P., Marwell, G., & Teixeira, R. (1985). A Theory of the Critical Mass. I. Interdependence, Group Heterogeneity, and the Production of Collective Action. *American Journal of Sociology*, 91(3), 522-556.
- Olson, M. (2002 [1965]). *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*. Cambridge, MA: Harvard University Press.



- Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ostrom, E. (2007). A Diagnostic Approach for Going Beyond Panaceas. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(39), 15181-15187.
- Ostrom, E., Burger, J., Field, C. B., Norgaard, R. B., & Policansky, D. (1999). Revisiting the Commons: Local Lessons, Global Challenges. *Science*, 284(5412), 278-282.
- Ouchi, W. G. (1980). Markets, Bureaucracies, and Clans. *Administrative Science Quarterly*, 25(1), 129-141.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34(5), 1189-1208.
- Pearson, C. M., & Clair, J. A. (1998). Reframing Crisis Management. *Academy of Management Review*, 23(1), 59-76.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 141-146.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. New York: Harper and Row.
- Plante, A., & Joannette, S. (2009a). Integrating Nurse Navigators in Montérégie's Oncology Teams: One Aspect of Implementing the Cancer Control Program. Part 1. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 19(1), 13-18.
- Plante, A., & Joannette, S. (2009b). Montérégie Comprehensive Cancer Care Centre: Integrating Nurse Navigators in Montérégie's Oncology Teams: The Process. Part 2. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 19(2), 1-6.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity Science: The Challenge of Complexity in Health Care. *British Medical Journal*, 323(7313), 625-628.
- Pomey, M.-P., Denis, J.-L., & Contandriopoulos, A.-P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 183-194.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative Research in Health Care: Analysing Qualitative Data. *British Medical Journal*, 320(7227), 114-116.
- Popp, J. K., & Casebeer, A. (2015). Be careful what you ask for: Things policy-makers should know before mandating networks. *Healthcare Management Forum*, 28(6), 230-235.
- Poteete, A. R., Janssen, M. A., & Ostrom, E. (2010). *Working Together: Collective Action, the Commons, and Multiple Methods in Practice*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Poteete, A. R., & Ostrom, E. (2004a). Heterogeneity, Group Size and Collective Action: The Role of Institutions in Forest Management. *Development and Change*, 35(3), 435-461.
- Poteete, A. R., & Ostrom, E. (2004b). In Pursuit of Comparable Concepts and Data About Collective Action. *Agricultural Systems*, 82(3), 215-232.
- Powell, W. W., & Snellman, K. (2004). The Knowledge Economy. *Annual Review of Sociology*, 30, 199-220.

- Provan, K. G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). Interorganizational Networks at the Network Level: A Review of the Empirical Literature on Whole Networks. *Journal of Management*, 33(3), 479-516.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252.
- Provan, K. G., & Lemaire, R. H. (2012). Core Concepts and Key Ideas for Understanding Public Sector Organizational Networks: Using Research to Inform Scholarship and Practice. *Public Administration Review*, 72(5), 638-648.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (1995). A Preliminary Theory of Interorganizational Network Effectiveness: A Comparative Study of Four Community Mental Health Systems. *Administrative Science Quarterly*, 40(1), 1-33.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (2001). Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks. *Public Administration Review*, 61(4), 414-423.
- Pulver, A., Ramraj, C., Ray, J. G., O'Campo, P., & Urquia, M. L. (2016). A Scoping Review of Female Disadvantage in Health Care Use Among Very Young Children of Immigrant Families. *Social Science & Medicine*, 152(1), 50-60.
- Qvist, M. (2017). Meta-Governance and Network Formation in Collaborative Spaces of Uncertainty: The Case of Swedish Refugee Integration Policy. *Public Administration, Advance Access*.
- Reed, M. I. (2003). The Agency/Structure Dilemma in Organization Theory: Open Doors and Brick Walls. In H. Tsoukas & C. Knudsen (Eds.), *The Oxford Handbook of Organization Theory: Meta-Theoretical Perspectives* (pp. 289-309). Oxford: Oxford University Press.
- Rethemeyer, R. K., & Hatmaker, D. M. (2008). Network Management Reconsidered: An Inquiry into Management of Network Structures in Public Sector Service Provision. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 617-646.
- Rice, D. (2014). Governing Through Networks: A Systemic Approach. In R. Keast, M. Mandell, & R. Agranoff (Eds.), *Network Theory in the Public Sector: Building New Theoretical Frameworks* (pp. 103-117). New York and London: Routledge.
- Richards, M. A. (2009). The National Awareness and Early Diagnosis Initiative in England: Assembling the Evidence. *British Journal of Cancer*, 101(S2), S1-S4.
- Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, Projet de loi no 10 C.F.R. (2015).
- Roberge, D., Denis, J.-L., Cazale, L., Comtois, É., Pineault, R., Touati, N., & Tremblay, D. (2004). Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie : l'expérience de la Montérégie. Rapport final de recherche (pp. 50): Centre de recherche de l'Hôpital Charles-LeMoine (CR-HCLM).
- Robinson, S. E., Eller, W. S., Gall, M., & Gerber, B. J. (2013). The Core and Periphery of Emergency Management Networks. *Public Management Review*, 15(3), 344-362.
- Robitaille, G., & Auger, L. (2004). État de la situation sur les services de radio-oncologie de la région de Québec (pp. 61).

- Rodríguez, C., Langley, A., Béland, F., & Denis, J.-L. (2007). Governance, Power, and Mandated Collaboration in an Interorganizational Network. *Administration & Society*, 39(2), 150-193.
- Rose, N., & Miller, P. (1992). Political Power Beyond the State: Problematics of Government. *British journal of sociology*, 43(2), 173-205.
- Roy, D. A. (2008). La gouvernance clinique dans un système complexe : la lutte contre le cancer en Montérégie. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 227-230.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2 C.F.R. (2017).
- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical Governance and the Drive for Quality Improvement in the New NHS in England. *British Medical Journal*, 317(7150), 61-65.
- Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S., & Fontelo, P. (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC medical informatics and decision making*, 7(1), 16-21.
- Schneider, M., Audet-Lapointe, P., Chambaud, L., & Loutfi, A. (2010). Les efforts vers le patient en matière de lutte contre le cancer. Comment mieux les orienter? *Santé, Société et Solidarité*, 9(1), 137-144.
- Schultz, E., Pineda, N., Lonhart, J., Davies, S., & McDonald, K. (2013). A Systematic Review of the Care Coordination Measurement Landscape. *BMC Health Services Research*, 13(1), 119.
- Schultz, E. M., & McDonald, K. M. (2014). What is Care Coordination? *International Journal of Care Coordination*, 17(1-2), 5-24.
- Shafritz, J. M., & Hyde, A. C. (Eds.). (2012). *Classics of Public Administration* (7th ed.). Boston, MA: Wadsworth.
- Shaw, S. E., & Greenhalgh, T. (2008). Best research—for what? Best health—for whom? A critical exploration of primary care research using discourse analysis. *Social Science & Medicine*, 66(12), 2506-2519.
- Sheaff, R., Marshall, M., Rogers, A., Roland, M., Sibbald, B., & Pickard, S. (2004). Governmentality by network in English primary healthcare. *Social Policy & Administration*, 38(1), 89-103.
- Shenhav, Y. (2003). The Historical and Epistemological Foundations of Organization Theory: Fusing Sociological Theory with Engineering Discourse. In H. Tsoukas & C. Knudsen (Eds.), *The Oxford Handbook of Organization Theory: Meta-Theoretical Perspectives* (pp. 183-209). Oxford: Oxford University Press.
- Shiell, A., Hawe, P., & Gold, L. (2008). Complex Interventions or Complex Systems? Implications for Health Economic Evaluation. *British Medical Journal*, 336(7656), 1281-1283.
- Siciliano, M. D. (2015). Advice Networks in Public Organizations: The Role of Structure, Internal Competition, and Individual Attributes. *Public Administration Review*, 75(4), 548-559.
- Siegel, R., DeSantis, C., Virgo, K., Stein, K., Mariotto, A., Smith, T., . . . Ward, E. (2012). Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 62(4), 220-241.
- Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A. (2013). Cancer statistics, 2013. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(1), 11-30.

- Simpson, B., Willer, R., & Ridgeway, C. L. (2012). Status Hierarchies and the Organization of Collective Action. *Sociological Theory*, 30(3), 149-166.
- Skelcher, C., & Smith, S. R. (2015). Theorizing Hybridity: Institutional Logics, Complex Organizations, and Actor Identities: The Case of Nonprofits. *Public Administration*, 93(2), 433-448.
- Spekkink, W. A. H., & Boons, F. A. A. (2015). The Emergence of Collaborations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 26(4), 613-630.
- Stacey, R., & Griffin, D. (2006). *Complexity and the Experience of Managing in Public Sector Organizations*. London: Routledge.
- Stake, R. E. (2000). Case Studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed. ed., pp. 435-453). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Tansey, O. (2007). Process Tracing and Elite Interviewing: A Case for Non-probability Sampling. *PS: Political Science and Politics*, 40(4), 765-772.
- Taylor, C., Munro, A. J., Glynne-Jones, R., Griffith, C., Trevatt, P., Richards, M., & Ramirez, A. J. (2010). Multidisciplinary Team Working in Cancer: What is the Evidence? *British Medical Journal*, 340(7749), 743-745.
- Thompson, G. (2003). *Between Hierarchies and Markets: The Logic and Limits of Network Forms of Organization*. Oxford: Oxford University Press.
- Thompson, J. D. (2003 [1967]). *Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory*. New Brunswick and London: Transaction Publishers.
- Touati, N., & Denis, J.-L. (2012). *Renewing Governance Modes and Transforming Professions and Systems: Example of Healthcare Systems*. Paper presented at the 16e conference annuelle de l'International Research Society for Public Management, Roma.
- Touati, N., Denis, J.-L., Roberge, D., & Brabant, B. (2015). Learning in Health Care Organizations and Systems: An Alternative Approach to Knowledge Management. *Administration & Society*, 47(7), 767-801.
- Touati, N., Denis, J.-L., Roberge, D., Pineault, R., Cazale, L., & Tremblay, D. (2007). Governance, Health Policy Implementation and the Added Value of Regionalization. *Healthcare Policy*, 2(3), 97-114.
- Townley, B. (1993). Foucault, Power/Knowledge, and Its Relevance for Human Resource Management. *Academy of Management Review*, 18(3), 518-545.
- Tran, B., Dancey, J. E., Kamel-Reid, S., McPherson, J. D., Bedard, P. L., Brown, A. M., . . . Siu, L. L. (2012). Cancer Genomics: Technology, Discovery, and Translation. *Journal of Clinical Oncology*, 30(6), 647-660.
- Tremblay, D., Drouin, D., Lang, A., Roberge, D., Ritchie, J., & Plante, A. (2010). Interprofessional Collaborative Practice within Cancer Teams: Translating Evidence into Action. A Mixed Methods Study Protocol. *Implementation Science*, 5(1), 1-7.
- Tremblay, D., Touati, N., Roberge, D., Denis, J.-L., Turcotte, A., & Samson, B. (2014). Conditions for Production of Interdisciplinary Teamwork Outcomes in Oncology Teams: Protocol for a Realist Evaluation. *Implementation Science*, 9(1), 76-87.
- Triantafyllou, P. (2007). Benchmarking in the Public Sector: A Critical Conceptual Framework. *Public Administration*, 85(3), 829-846.
- Tsoukas, H. (2009). Craving for Generality and Small-N Studies: A Wittgensteinian Approach towards the Epistemology of the Particular in Organization and

- Management Studies. In D. A. Buchanan & A. Bryman (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Research Methods* (pp. 285). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Turrini, A., Cristofoli, D., Frosini, F., & Nasi, G. (2010). Networking Literature about Determinants of Network Effectiveness. *Public Administration*, 88(2), 528-550.
- UICC. (2013). *World Cancer Declaration 2013*. New York, NY: Union for International Cancer Control Retrieved from [http://www.uicc.org/sites/main/files/private/131119\\_UICC\\_WorldCancerDeclaration\\_2013\\_1.pdf](http://www.uicc.org/sites/main/files/private/131119_UICC_WorldCancerDeclaration_2013_1.pdf).
- Van de Ven, A. H. (1993). The Institutional Theory of John R. Commons: A Review and Commentary. *Academy of Management Review*, 18(1), 139-152.
- Van de Ven, A. H., Delbecq, A. L., & Koenig Jr, R. (1976). Determinants of Coordination Modes within Organizations. *American Sociological Review*, 41(2), 322-338.
- van Rensburg, A. J., Rau, A., Fourie, P., & Bracke, P. (2016). Power and Integrated Health Care: Shifting from Governance to Governmentality. *International Journal of Integrated Care*, 16(3), 1-11.
- Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 12(1), 272-288.
- Walsh, J., Young, J. M., Harrison, J. D., Butow, P. N., Solomon, M. J., Masya, L., & White, K. (2011). What is Important in Cancer Care Coordination? A Qualitative Investigation. *European Journal of Cancer Care*, 20(2), 220-227.
- Waring, J. (2007). Adaptive Regulation or Governmentality: Patient Safety and the Changing Regulation of Medicine. *Sociology of Health & Illness*, 29(2), 163-179.
- Waring, J., Latif, A., Boyd, M., Barber, N., & Elliott, R. (2016). Pastoral Power in the Community Pharmacy: A Foucauldian Analysis of Services to Promote Patient Adherence to New Medicine Use. *Social Science & Medicine*, 148, 123-130.
- Weick, K. E. (1974). Middle Range Theories of Social Systems. *Behavioral Science*, 19(6), 357-367.
- Weller, D., Vedsted, P., Rubin, G., Walter, F., Emery, J., Scott, S., . . . Neal, R. (2012). The Aarhus Statement: Improving Design and Reporting of Studies on Early Cancer Diagnosis. *British Journal of Cancer*, 106(7), 1262-1267.
- WHO. (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Winch, S., Creedy, D., Chaboyer, & Wendy. (2002). Governing nursing conduct: the rise of evidence-based practice. *Nursing Inquiry*, 9(3), 156-161.
- Winter, S. C. (2012). Implementation Perspectives: Status and Reconsideration. In B. G. Peters & J. Pierre (Eds.), *The SAGE Handbook of Public Administration* (pp. 265-278). London: SAGE Publications.
- Yanow, D. (2014). Neither Rigorous nor Objective? Interrogating Criteria for Knowledge Claims in Interpretive Science. In D. Yanow & P. Schwartz-Shea (Eds.), *Interpretation and Method: Empirical Research Methods and Interpretive Turn* (2nd ed., pp. 97-119). Armonk and London: M.E. Sharpe.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods* (4th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Yin, R. K. (2013). *Case Study Research: Design and Methods* (5th ed.). Thousand Oaks: Sage.