

## Gouvernance clinique : discussion et perspectives

### *Clinical governance : discussion and perspectives*

Denis JL<sup>1,2</sup>, Contandriopoulos AP<sup>1,3</sup>

#### Résumé

Les textes rassemblés dans le présent numéro permettent de mieux comprendre le potentiel et les conditions d'actualisation de la gouvernance clinique dans le système et les organisations de santé. Exercer la gouvernance clinique, c'est mettre en place des capacités nouvelles de pilotage qui permettent à la fois de mieux connaître ce que l'on produit, les conséquences de nos interventions et ultimement les bénéfices d'une action plus concertée entre professionnels et organisations. La gouvernance clinique consiste à mobiliser un ensemble de leviers (incitations, informations, autorité, déontologie) pour affirmer au concret la nature essentiellement collective de la pratique médicale et clinique et pour assurer la mise à jour des pratiques en fonction des connaissances disponibles. Par sa recherche de nouveaux objets de gouvernement, de rapports entre acteurs et de nouveaux instruments, la gouvernance clinique participe à deux lignes de force dans la transformation des organisations et des systèmes de santé. Premièrement, elle contribue à donner une finalité clinique aux dispositifs de gestion, d'organisation et de participation. Deuxièmement, elle contribue à définir une finalité d'ensemble aux dispositifs cliniques. La gouvernance clinique annonce donc l'émergence d'une organisation professionnelle renouvelée.

**Prat Organ Soins 2008;39(3):249-54**

*Mots-clés* : gouvernance clinique ; changement ; organisations professionnelles.

#### Summary

The papers in this issue allow to better understand the potential and updating conditions of clinical governance in the system and health organizations. Engaging in clinical governance is putting in place new capabilities that allow to know better what we produce, the consequences of our interventions and, ultimately, the benefits of a more concerted action between professionals and organizations. Clinical governance consists in mobilizing a set of levers (incentives, information, authority, deontology) to lay down the reality that medical and clinical practice is by nature essentially collective and to engage in an updating of practices on the basis of available knowledge. By its search of new objects of government, relations between actors and new instruments, clinical governance participates in the organizations' and health systems' transformation in two ways. Firstly, it contributes to give a clinical purpose to management, organizing and participation processes. Secondly, it contributes in defining an overall purpose to clinical activities. Clinical governance thus announces the emergence of renewed professional organization.

**Prat Organ Soins 2008;39(3):249-54**

*Keywords*: clinical governance; change; professional organizations.

<sup>1</sup> Professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

<sup>2</sup> Directeur du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et titulaire de la Chaire Gouverne et transformation des organisations de santé (GETOS FCRSS/IRSC), Université de Montréal, Montréal, Canada.

<sup>3</sup> Chercheur du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, Montréal, Canada.

Les textes rassemblés dans le présent numéro proposent à la fois une réflexion sur le concept de gouvernance clinique et un retour sur des expériences. Ils permettent de mieux comprendre les conditions d'actualisation de ce projet d'amélioration simultanée des pratiques des acteurs et des performances des organisations de santé dans un contexte où l'imposition par décret de nouveaux objectifs ou mandats aux acteurs et aux organisations pose de nombreux problèmes [1]. Le concept de gouvernance clinique permet de réfléchir différemment sur un meilleur agencement de l'ensemble des ressources, compétences et sources de légitimité des organisations ainsi que du système de santé. La gouvernance clinique implique qu'il est possible et souhaitable de miser à la fois sur l'engagement délibéré des acteurs, en particulier des professionnels, et sur la capacité des organisations d'orienter et de coordonner les pratiques en vue d'une amélioration de la qualité des soins et des services. Le constat d'un déficit de gouvernance dans les organisations de santé ne s'appuie pas uniquement et même fondamentalement sur la reconnaissance d'une asymétrie d'informations et de comportements opportunistes par les acteurs et les organisations. Cette hypothèse est bien évidemment utile à toute réflexion sur des systèmes marqués par la complexité et la fragmentation (voir entre autres les textes de Roy et de Robelet), elle fournit cependant une assise insuffisante pour justifier le renouveau de la gouvernance des organisations et du système de santé. En fait, la gouvernance clinique, comme le souligne Moïsson en 2005 [2], est avant tout un dispositif de lutte contre le déficit d'informations qui marque la production et la distribution des soins et services. Exercer la gouvernance clinique, c'est mettre en place des capacités nouvelles de pilotage qui permettent à la fois de mieux connaître ce que l'on produit, les conséquences de nos interventions et ultimement les bénéfices d'une action plus concertée, tout en reconnaissant qu'il existe un noyau irréductible d'incertitudes et que c'est ce dernier qui est la justification du recours à l'expertise et aux compétences des professionnels dans la prise en charge des problèmes de santé.

D'où émane ce déficit d'informations et pourquoi faut-il s'en occuper avec détermination ? Les évolutions technologiques et des connaissances ont accru de façon significative la nature collective de la pratique médicale et clinique. Pour bien faire, les professionnels, de plus en plus spécialisés dans des champs d'expertises spécifiques, ont besoin d'actifs organisationnels qui potentialisent leurs actions. Il y a à l'évidence une entropie quasi inévitable du professionnalisme lorsque ces derniers sont laissés à eux-mêmes et de surcroît, lorsque les problèmes se complexifient et que les acteurs et les organisations

sont fortement interdépendants dans la recherche de solutions et ce, même s'ils en sont plus ou moins conscients. La gouvernance clinique consiste à mobiliser un ensemble de leviers (incitations, informations, autorité, déontologie) pour affirmer au concret la nature essentiellement collective de la pratique médicale et clinique et pour assurer la mise à jour des pratiques en fonction des connaissances disponibles. Cette transition d'une pratique dite solo, centrée sur le colloque singulier du patient et du médecin, vers une pratique clinique organisée ou collective, représente une des transformations les plus marquantes des dernières décennies dans le monde de la santé. Pour Robinson [3], cette transformation s'accompagne du passage d'un modèle de dominance professionnelle mettant en œuvre des réseaux informels à un modèle de décisions partagées, fondé sur la mesure et l'imputabilité dans le cadre d'organisations formelles. Les études sur la qualité et la sécurité des soins [4, 5] montrent que le laissez-faire de chaque professionnel n'est pas une option viable pour les organisations et le système de santé. Elles soulignent aussi que la recherche d'un simple contrôle administratif de la pratique professionnelle ne conduira pas à des améliorations significatives et durables de la performance [6].

L'évolution vers une approche collective de la pratique médicale et clinique ne s'opère pas sans un changement profond des mentalités, un renouvellement des relations d'échanges entre acteurs et de l'instrumentation dont ils disposent pour apprendre de leurs pratiques. Il est apparu clair tout au long de ce numéro que la gouvernance clinique, dans l'esprit des travaux contemporains sur la gouvernance [7, 8, 2], s'appuie et cherche à produire des changements simultanés dans ces trois dimensions de l'action collective. Par mentalité, on entend ici les valeurs et les normes qui guident les interventions des professionnels et des gestionnaires de la santé. À titre illustratif, la qualité et la sécurité des soins représentent de nouveaux objets de gouvernement et s'imposent sur le plan des finalités. Sur le plan des relations entre acteurs et organisations, la gouvernance clinique invite à retracer les frontières entre le monde de l'organisation et le monde de la clinique ainsi que entre les champs d'activités des différents professionnels [9]. Elle commande aussi des échanges beaucoup plus fluides entre le monde de la recherche et le monde de la pratique. D'ailleurs, plusieurs des expériences de gouvernance clinique dans le domaine de la cancérologie s'appuient sur des dispositifs structurés de recherche pour permettre une réflexion critique sur la pratique. Le partage des connaissances et de l'information est un élément essentiel à toute démarche de gouvernance clinique. Il est maintenant convenu que la connaissance disponible n'est

pas toujours reprise par la pratique [10]. Une évolution majeure de la pratique factuelle ou informée par les résultats de recherche est de reconnaître que les nouvelles connaissances peuvent enrichir le contexte de la pratique et induire des activités d'interprétation et d'apprentissage plutôt que d'imposer de façon prescriptive les façons de faire [11-13]. Si cela peut être facilement convenu sur le plan des principes et des idées, il n'est pas forcément simple à accomplir en pratique. La gouvernance clinique implique nécessairement une volonté des acteurs à mobiliser leur expertise, à apprendre de l'expérience, à partager leurs savoirs et à coopérer et ce, dans un cadre organisationnel qui signale des attentes claires et dont ils se sentent à la fois parties prenantes et redevables. L'incitation (mode de paiement des ressources) et l'information vont donc jouer des rôles cruciaux dans ce processus de mobilisation des professionnels et des gestionnaires (voir le texte de Sullivan *et al*).

Le présent numéro souligne aussi l'importance d'une transgression entre l'expertise professionnelle, les savoirs savants et la connaissance qu'ont les patients et les citoyens des soins, de la maladie et de leurs attentes. En fait, le besoin de contextualiser les normes (voir le texte de Pascal) et les connaissances doit dépasser les champs strictement organisationnel et professionnel et aussi incorporer ce que pensent et souhaitent les principaux intéressés. Enfin, la gouvernance clinique doit avoir les moyens de ses ambitions. Les différentes contributions de ce numéro montrent le rôle-clé de l'instrumentation, entendue ici dans son sens large d'outils de gestion et cliniques, et de dispositifs de prise de décisions et de participation (règles, normes et protocoles de pratique, système d'indicateurs et d'appréciation des performances, procédés délibératifs, système d'incitations) dans la recherche d'une amélioration des soins et des services. L'élaboration d'une instrumentation appropriée donne le moyen d'enrichir le contexte dans lequel les pratiques cliniques évolueront et permet aux professionnels de développer collectivement des modes réflexifs d'appréciation de leurs activités cliniques dans une perspective d'apprentissage et d'amélioration continue de la qualité.

Par sa recherche de nouveaux objets de gouvernement, rapports entre acteurs et nouveaux instruments, la gouvernance clinique participe à deux lignes de force dans la transformation des organisations et des systèmes de santé. Premièrement, elle contribue à donner une finalité clinique aux dispositifs de gestion, d'organisation et de participation. Deuxièmement, elle contribue à définir une finalité d'ensemble aux dispositifs cliniques. La to-

talité de ce numéro a donc porté sur ce double processus de finalisation des pratiques en santé en vue d'améliorer la performance. Le projet de la gouvernance clinique est à l'évidence un projet ambitieux. La conduite de tels changements de façon coordonnée et à grande échelle implique une gestion active des processus de changement [14]. La mise en place de la gouvernance clinique s'apparente ultimement à un processus d'orchestration où l'ensemble des leviers requis pour opérer les transformations est mobilisé de façon délibérée [15, 16]. Le *leadership* (voir le texte de Vinot) est un élément-clé de ce processus (17). En fait, la gouvernance clinique annonce une transformation importante des métiers en santé ou, plus précisément, du *leadership*. Les *leaders* cliniques s'occupent et se préoccupent maintenant d'organisation. Les *leaders* sur le plan de gestion s'occupent et se préoccupent maintenant de la clinique. La question du développement d'un stock de *leaders* suffisant est un enjeu au centre de la faisabilité du projet de la gouvernance clinique. Ce double *leadership* clinique et gestionnaire/managérial paraît indispensable pour réconcilier les impératifs cliniques et organisationnels et pour renforcer la synergie entre une conception et une conduite du changement du bas vers le haut et du haut vers le bas.

La gouvernance clinique annonce donc l'émergence d'une organisation professionnelle renouvelée [18]. Elle propose un ensemble de stratégies et de dispositifs pour réconcilier les mondes tels que présentés par Mintzberg en 1997 [19] et la nécessité de maîtriser la tension existante entre le besoin de coordination et le maintien de l'autonomie professionnelle. Le potentiel de la gouvernance clinique peut être apprécié selon sa capacité à résoudre les trois problèmes fondamentaux identifiés par Mintzberg en 1979 [18] dans son chapitre classique sur les organisations professionnelles : l'insuffisance de la coordination du travail professionnel, l'abus de l'autonomie qui est susceptible d'entraîner des comportements irresponsables ou un manque de compétences au détriment des besoins des patients, et le problème de l'innovation, entre autres, lié au manque de coopération entre différents groupes de professionnels. Si ces trois problèmes sont plausibles et observables, il n'est pas simple de trouver des voies de solutions cohérentes avec la dynamique professionnelle. D'ailleurs, à la fin de ce chapitre, Mintzberg [18] met en garde les administrateurs et les gouvernements d'apporter des réponses dysfonctionnelles à ces problèmes, dont l'exemple le plus probant est l'accroissement et l'alourdissement des contrôles externes pour améliorer la pratique et le travail des professionnels. Les initiatives actuelles en matière de gouvernance clinique doivent donc s'attaquer à ces problèmes sans verser dans la génération de règles et

contrôles qui, en apparence et à court terme, augmenteraient le sentiment d'accroître la performance des organisations de santé sans effet tangible et durable pour les patients et sans influence positive sur la motivation et l'engagement des professionnels.

Le problème de la coordination a fait l'objet de nombreux travaux depuis une quinzaine d'années [20, 21]. Les travaux empiriques sur l'intégration des soins et des services montrent que les stratégies propices à une meilleure intégration ne sont pas simples à définir. Il ne semble pas y avoir d'avantages à l'intégration structurelle ou virtuelle [22, 23]. Par contre, les systèmes qui montrent une très forte intégration clinique [24] sont des systèmes fortement intégrés sur le plan structurel. En fait, il faut être en mesure de mobiliser les différents leviers d'amélioration des pratiques et de la qualité et de la sécurité des soins. Les initiatives de gouvernance clinique doivent donc s'assurer qu'elles s'appuient sur des capacités suffisantes de coordination et de mobilisation des différents leviers et ce, même si elles ne conduisent pas à accroître l'intégration structurelle dans le système ou les organisations de santé [25].

Plusieurs travaux dans le domaine de l'intégration des soins et des services ont insisté sur l'importance d'un meilleur alignement entre le médecin et le système ou l'organisation de santé [26-28]. L'alignement renvoie ici au degré d'internalisation de certains objectifs organisationnels par les médecins et à leur participation à des systèmes de pilotage qui, à la fois, permettent de rendre compte de la production des soins et services et de stimuler l'engagement et l'identification nécessaires pour investir dans des projets collectifs d'amélioration de la performance. Ces travaux soulignent, entre autres, l'insuffisance de l'incitation pour produire l'engagement, la plus grande portée de mécanismes d'incitation déclinés au niveau des groupes plutôt que des individus, et la nécessité de mettre en place un ensemble de mécanismes plus souples pour stimuler l'engagement. Ces mécanismes capitalisent sur la production d'informations mais aussi cherchent à produire des organisations complètes au sens de Brunsson [29]. C'est-à-dire des organisations où il y a une acceptation de normes de rationalité et une effectivité de la hiérarchie de manière à ce que les agents (les professionnels-opérateurs) acceptent des impératifs et des contrôles organisationnels pour améliorer l'accès, la qualité et la sécurité des soins et services, et une identification suffisante à l'organisation pour accepter une telle implication organisationnelle. Les mécanismes identifiés dans la littérature sur l'alignement des médecins s'apparentent fortement aux leviers présentés par Terry Sullivan et collègues pour ac-

tualiser et potentialiser la disponibilité d'une information sur les performances relatives aux soins et services dans le domaine de l'oncologie. Il est à noter aussi que la gouvernance clinique cible aussi bien une modulation de l'engagement et du rôle des médecins comme profession qu'un agencement et un développement du rôle des autres professions de la santé, entre autres, dans la composition d'équipes cliniques performantes qui semble au cœur de la valeur ajoutée de la gouvernance clinique.

Le problème du mauvais usage de l'autonomie professionnelle a été classiquement pris en charge par des dispositifs de régulation et d'inspection professionnelle. La gouvernance clinique fait *de facto* le constat d'une insuffisance de ces mécanismes et mise sur le développement de milieux organisationnels et cliniques propices à l'engagement professionnel. La connaissance joue un rôle critique dans le renouvellement de la gouvernance et dans l'engagement des acteurs. L'enjeu est d'accroître la disponibilité, la circulation et l'utilisation des connaissances sans intensifier les relations de pouvoir entre les acteurs concernés [8].

Enfin la question de l'inertie des organisations professionnelles est centrale au projet de la gouvernance clinique. La gouvernance clinique mise sur une circulation large des informations et des connaissances pour maximiser et systématiser les apprentissages que les professionnels et les gestionnaires réalisent dans leur pratique. La gouvernance clinique est donc avant tout centrée sur les exigences des activités cliniques. Elle demande à l'organisation de s'adapter pour créer en permanence les meilleures conditions possibles à l'exercice collectif qu'est devenue la clinique.

En résumé, à la lumière de ces travaux, la gouvernance clinique est un projet raisonnable – elle complète le modèle de l'organisation professionnelle en définissant les attributs du contexte organisationnel qui peuvent simultanément instruire et stimuler le travail professionnel sans le dénaturer. Plus précisément, la gouvernance clinique trouve un appui ou ses fondements dans un ensemble de travaux sur les déterminants organisationnels de la qualité des soins et des services [30, 31]. L'ensemble des textes présentés dans ce numéro permettent d'identifier trois mécanismes qui sont au centre de la gouvernance clinique :

- a) la connaissance de la performance (information) est un élément indispensable à une amélioration des pratiques et à une meilleure réponse aux besoins ;
- b) la diffusion ciblée de l'information participe à la création d'un régime de reddition de compte qui peut être

cohérent avec les valeurs et l'autonomie propres au monde professionnel ;

c) les stratégies de mobilisation des acteurs et de mise en cohérence des institutions sont des leviers puissants pour actualiser la gouvernance clinique.

Bien évidemment, le risque associé à toutes initiatives de type « gouvernance clinique » est de superposer des contrôles et une instrumentation additionnelle sur le fonctionnement et les modes d'organisation actuels sans contribuer à des changements tangibles et désirables dans l'offre de soins et services, et sur le plan des bénéfices pour les patients. Pour éviter cet écueil, la « gouvernance clinique » doit être perçue avant tout comme un exercice où les professionnels sont invités à reconnaître les limites de leurs actions prises individuellement et le potentiel énorme que représentent une disponibilité et une utilisation accrues de l'information pour appuyer des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services. Le développement des synthèses bibliographiques aide à mieux appréhender l'accroissement du flux de connaissances qu'ils reçoivent [32]. L'engagement des professionnels et des gestionnaires dans une démarche de gouvernance clinique n'est toutefois pas automatique. Cet engagement repose sur la qualité et la légitimité des instruments de gouvernance, sur un *leadership* clinico-organisationnel fort et distribué. Dans ce *leadership*, des *leaders* à tous les niveaux de l'organisation témoignent du potentiel et de l'engagement en faveur de la gouvernance clinique et des politiques au niveau du système de soins/santé qui favorisent le développement organisationnel et professionnel indispensable à la réussite de ces initiatives. Ces différents éléments constituent l'essentiel de la gouvernance clinique et visent à convertir des relations de pouvoir en opportunités d'apprentissage.

La gouvernance clinique à la lumière de ces réflexions constitue un projet plus que raisonnable pour les organisations de santé. L'oncologie représente un domaine où le développement de la gouvernance clinique commence à produire des bénéfices sur le plan de la qualité des soins. Ces expériences témoignent aussi de l'importance des transformations qui sont associées à l'actualisation de la gouvernance clinique dans le système et les organisations de santé.

#### Remerciements

Nous remercions sincèrement Madame Anne Mc Manus, coordonnatrice à la Chaire GETOS de l'Université de Montréal, qui a assuré le suivi tout au long de la préparation de ce numéro.

## RÉFÉRENCES

1. Denis JL, Valette A. *Changement de structure de régulation et performance du mandat. Finance, contrôle et stratégie* 2000; 3(2): p. 57-79.
2. Moisdon JC. *Savoirs incomplets et gouvernement des organisations*. In : Hatchuel A, Pezet E, Starkey K, Lenay O, eds. *Gouvernement, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault*. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; 2005. p. 135-46.
3. Robinson JC. *The First Quarter-Century: Looking Back, Looking Ahead*. *Health Aff* 2007;26:1523-24.
4. Leape LL, Berwick DM. *Safe health care: are we up to it?*. *BMJ* 2000;320:725-26.
5. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. *The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States*. *N Engl J Med* 2003;348:2635-45.
6. Marshall M, Shekelle PG, Davies HTO, Smith PC. *Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom*. *Health Aff* 2003;22:134-48.
7. Hatchuel A. *Prospective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective?* In : *Prospective pour une gouvernance démocratique*. E Heurgon, J Landrieu, eds. *La Tour d'Aigues : Aube ; 2000* :. p. 29-42.
8. Hatchuel A. *Pour une épistémologie de l'action collective*. In : Hatchuel A, Pezet E, Starkey K, Lenay O, eds. *Gouvernement, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault*. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; 2005. p. 15-30.
9. Contandriopoulos AP. *La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance*. *Santé Publique* 2008;20:191-9.
10. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. *Changing Provider Behavior: An Overview of Systematic Reviews of Interventions*. *Med Care* 2001;39(8 Suppl 2):II2-45.
11. Champagne F, Lemieux-Charles L, McGuire W. *Introduction: Towards a broader understanding of the use of knowledge and evidence*. In : Lemieux-Charles L, Champagne F, eds. *Using knowledge and evidence in health care*. Toronto : University of Toronto Press ; 2004. p.3-17
12. Walshe K, Rundall T. *Evidence-based management: From theory to practice in health care*. *Milbank Q* 2001;79:429-57, iv-v.
13. Kovner AR, Rundall TG. *Evidence-based management reconsidered*. *Front Health Serv Manage* 2006; Spring;22(3):3-22.

14. Denis JL. *Governance and Management of Change in Canada's Health System*. In : Forest PG, Marchildon GP, McIntosh T, eds. *Changing Health Care in Canada*. Romanow Papers, vol. 2. Toronto : University of Toronto Press ; 2004. p. 82-114.
15. Denis, JL, Lamothe L, Langley A. *Reforming healthcare: Levers and catalysts for change*. In Casebeer AL, Harrison A, Mark AL, eds. *Innovations in Health Care: A Reality Check*. Houndmills (UK) : Palgrave Macmillan ; 2006.
16. Contandriopoulos AP. *Inertie et changement*. *Ruptures* 2003;9(2):4-31.
17. Berwick DM. *Disseminating innovations in health care*. *JAMA* 2003;290:1454-5; author reply 1456.
18. Mintzberg H. *The structuring of organizations : a synthesis of the research*. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall ; 1979.
19. Mintzberg H. *Toward Healthier Hospital*. *Health Care Manage Rev* 1997;22(4):9-18.
20. Glouberman S, Mintzberg H. *Managing the Care of Health and the Cure of Disease*. *Health Care Manage Rev* 2001; 26(1):54-90.
21. Alter C, Hage J. *Organizations Working Together*. London : Sage ; 1993.
22. Robinson JC, Casalino LP. *Vertical integration and organizational networks in health care*. *Health Aff (Millwood)* 1996;15(1):7-22.
23. Burns LR, Pauly MV. *Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care?* *Health Aff (Millwood)* 2002;21(4):128-43.
24. Feachem RG, Sekhri NK, et al. *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*. *BMJ* 2002;324(7330):135-41.
25. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. *Intégration des soins : Dimensions et mise en œuvre*. *Ruptures* 2001;8(2):38-52.
26. Robinson JC. *Physician-hospital integration and the economic theory of the firm*. *Med Care Res Rev* 1997;54(1):3-24; discussion 25-31.
27. Robinson JC. *Theory and practice in the design of physician payment incentives*. *Milbank Q* 2001;79:149-77, III.
28. Shortell SM, Gillies RG, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. *Remaking health care in America: The evolution of organized delivery systems*. San Francisco (CA) : Jossey-Bass A Wiley Company, 2000.
29. Brunsson N, Sahlin-Andersson K. *Constructing organizations: The example of public sector reform*. *Organization Studies* 2000;21:721-46.
30. Ham C, Kipping R, et al. *Redesigning work processes in health care: lessons from the National Health Service*. *Milbank Q* 2003;81:415-39.
31. McCarthy D, Blumenthal D. *Stories from the sharp end: Case studies in safety improvement*. *Milbank Q* 2006;84:165-200.
32. Borgès Da Silva G, Borgès Da Silva R, Contandriopoulos AP. *Études de cas versus revues de la littérature: les indicateurs du changement de modèle dominant de partage des connaissances en médecine*. *Rev Med Ass Maladie* 2006;37:15-25.