

Ce qu'il reste de la gouvernance collaborative dans les établissements de santé après la pandémie de COVID-19 : étude de cas exploratoire d'un « retour à la normale »

Morgane Gabet , Pierre-Marie David and Arnaud Duhoux 

Volume 34, Number 1, 2025

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1118779ar>
DOI: <https://doi.org/10.1522/revueot.v34n1.1919>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Chicoutimi

ISSN

1493-8871 (print)
2564-2189 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gabet, M., David, P.-M. & Duhoux, A. (2025). Ce qu'il reste de la gouvernance collaborative dans les établissements de santé après la pandémie de COVID-19 : étude de cas exploratoire d'un « retour à la normale ». *Revue Organisations & territoires*, 34(1), 172–183. <https://doi.org/10.1522/revueot.v34n1.1919>

Article abstract

The COVID-19 pandemic highlighted governance issues within healthcare organizations in Quebec (Canada). It also speeded up the adoption of collaborative governance models, integrating healthcare professionals and patients into the decision-making process. This exploratory qualitative case study, based on semi-structured interviews (n=8), aimed to: 1. define what collaborative governance was or still is during and after the COVID-19 pandemic in a healthcare institution in Quebec; and 2. understand the types of initiatives and issues that facilitate or limit the implementation and sustainability of collaborative governance. This study follows a first wave of interviews (n=12) conducted in 2020 for a related project that allowed a better understanding of the collaborative governance response to the COVID-19 crisis by healthcare organizations (Gabet et al., 2023). It emphasizes the importance of strong leadership and intersectoral collaboration, while warning of a potential drift toward practices that could undermine its original objective. It seems necessary to clarify and share the meaning of this collaborative governance to ensure that it remains well-suited to the needs of the healthcare staffs and the communities.



ESPACE LIBRE

Ce qu'il reste de la gouvernance collaborative dans les établissements de santé après la pandémie de COVID-19 : étude de cas exploratoire d'un « retour à la normale »

Morgane Gabet^a, Pierre-Marie David^b, Arnaud Duhoux^c

DOI : <https://doi.org/10.1522/revueot.v34n1.1919>



RÉSUMÉ. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des enjeux de gouvernance dans les organisations de santé au Québec (Canada). Elle a également accéléré l'adoption de modalités de gouvernance collaborative, intégrant les professionnels de la santé et les patients dans le processus décisionnel. Cette étude de cas exploratoire basée sur des entrevues semi-structurées ($n = 8$), visait à : définir ce qu'a pu être ou est encore la gouvernance collaborative pendant et après la pandémie de COVID-19 dans un établissement de santé au Québec; et comprendre les types d'initiatives et d'enjeux concernant sa mise en œuvre et sa pérennité. Cette étude est successive à une première vague d'entrevues ($n = 12$) réalisées en 2020 pour un projet connexe, qui a permis de mieux comprendre la gouvernance collaborative en réponse à la crise sociosanitaire de COVID-19 par les organisations de santé (Gabet et collab., 2023). Elle souligne l'importance d'un leadership fort et d'une collaboration intersectorielle, tout en soulignant une potentielle dérive vers des pratiques qui peuvent dénaturer son objectif initial. Il semble nécessaire de clarifier et de partager le sens de cette gouvernance collaborative afin qu'elle reste adaptée aux besoins des personnels et des communautés.

Mots clés : Gouvernance collaborative, gestion des services de santé, crise sanitaire

ABSTRACT. The COVID-19 pandemic highlighted governance issues within healthcare organizations in Quebec (Canada). It also speeded up the adoption of collaborative governance models, integrating healthcare professionals and patients into the decision-making process. This exploratory qualitative case study, based on semi-structured interviews ($n=8$), aimed to: 1. define what collaborative governance was or still is during and after the COVID-19 pandemic in a healthcare institution in Quebec; and 2. understand the types of initiatives and issues that facilitate or limit the implementation and sustainability of collaborative governance. This study follows a first wave of interviews ($n=12$) conducted in 2020 for a related project that allowed a better understanding of the collaborative governance response to the COVID-19 crisis by healthcare organizations (Gabet et al., 2023). It emphasizes the importance of strong leadership and intersectoral collaboration, while warning of a potential drift toward practices that could undermine its original objective. It seems necessary to clarify and share the meaning of this collaborative governance to ensure that it remains well-suited to the needs of the healthcare staffs and the communities.

Key words: collaborative governance, healthcare management, health crisis

^a Professeure adjointe, département de gestion évaluation et politique de santé (DGEPS), École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM); Chercheure régulière, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM) et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

^b Professeur agrégé, Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal; Chercheur associé, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

^c Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal; Chercheur régulier, Centre de recherche Charles-Le Moyne et Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Introduction

La pandémie de COVID-19 a révélé des enjeux majeurs de gouvernance pour les systèmes de santé dans le monde (Gautier et collab., 2023). Parmi ces enjeux, au Québec, province du Canada, on peut noter un manque de leadership dans la gouvernance de certains établissements et services, tels que ceux de soins de longue durée, ainsi qu'un manque général de coordination entre les acteurs cliniques et administratifs, conduisant à un accroissement de processus décisionnels plutôt descendants (Denis et collab., 2021). Certains de ces enjeux de gouvernance étaient d'ailleurs préexistants à la pandémie, par exemple des défis de financement pour les soins à domicile ou le manque de collaboration des organisations de santé avec les organismes communautaires (Touati et collab., 2018). En conséquence de ces enjeux de gouvernance, la réponse à la pandémie par les organisations de santé a été affectée négativement, que ce soit en matière de mortalité, de ressources humaines épuisées ou de coûts majorés (Gabet et collab., 2023).

D'autre part, le contexte d'urgence imposé par la pandémie a permis des changements majeurs et rapides dans les organisations, notamment des expérimentations en lien avec les modalités de gouvernance, par exemple en redéfinissant et en renforçant les rôles et responsabilités de certains travailleurs en première ligne lors de la crise, comme les infirmières ou les préposés aux bénéficiaires (David et collab., 2023). Ces expérimentations ont souvent été mises de l'avant par les organisations de santé comme des modèles innovants de gouvernance collaborative. Or, que reste-t-il de cette gouvernance collaborative après les différentes vagues de la pandémie de COVID-19?

La gouvernance collaborative est à la fois un ensemble de pratiques et un ensemble de discours mobilisés par différents acteurs, permettant une plus grande inclusion et autonomie dans une gouvernance orientée vers les besoins des professionnels de la santé et des patients et un discours managérial qui permet de mieux mettre en œuvre certaines initiatives dans les processus décisionnels en lien avec la performance (Emerson et collab., 2012). La gouvernance collaborative est d'ailleurs l'une des principales orientations du ministère de la Santé du Québec depuis la réforme du ministre Barrette de 2015, donc avant même la pandémie.

Ce mouvement est né de la reconnaissance que la gouvernance traditionnelle des établissements de santé, menée par un groupe restreint d'individus ou par un seul type de professionnels, ne pouvait pas résoudre les problèmes majeurs auxquels les organisations de santé font face, notamment dans un contexte de ressources financières, humaines, cognitives et matérielles déclarées comme étant limitées (MSSS, 2023).

Aux échelles macro (système) et méso (établissement), une plus grande collaboration intersectorielle et interorganisationnelle pourrait fournir des soins de meilleure qualité à la population (Ansell et Gash, 2008). À l'échelle micro (individuelle), de nouveaux espaces de discussions interprofessionnelles seraient rendus possibles. Au Québec, on peut par exemple noter l'implication d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux dans le processus décisionnel, et ce, à différentes échelles (Baril et collab., 2020). D'autres illustrations seraient le regroupement de professionnels (p. ex., entre cliniciens en santé et en services sociaux, sans administrateurs), la cogestion médicale et administrative ou l'implication des partenaires communautaires dans les processus décisionnels (CIUSSS NIM, 2019; David et collab., 2023).

En somme, ce type de gouvernance nécessite plusieurs arrimages, discutés dans la littérature, notamment quant au leadership, à la culture organisationnelle, à la responsabilité professionnelle, au droit du travail et à la flexibilité organisationnelle, pouvant rendre plus difficile la mise en œuvre et/ou la pérennisation des initiatives susmentionnées (Torfing, 2018). Néanmoins, peu d'études ont identifié

ces initiatives de gouvernance collaborative adoptées pendant la pandémie, qui constituait pourtant un contexte propice à ce type de développement (Lee-Geiller et Lee, 2022; Alibašić et Casula, 2024). Encore moins d'études ont examiné leur mise en œuvre et leur durabilité dans le contexte postpandémique.

Pourtant, l'analyse des expériences de gouvernance collaborative postpandémique permettrait de mieux comprendre les composantes de celles-ci durant des crises de santé majeures ainsi que de mieux comprendre si celles-ci sont restées pérennes au sein des établissements de santé. Ainsi, cette étude exploratoire vise à : définir ce qu'a pu être ou est encore la gouvernance collaborative pendant et après la pandémie de COVID-19 dans un établissement de santé au Québec; et comprendre les types d'initiatives et d'enjeux concernant leur mise en œuvre et leur pérennité.

1. Méthode

Cadre conceptuel

Cette étude se base sur le modèle de gouvernance collaborative développé par Emerson et ses collaborateurs (2012) pour comprendre les dynamiques au cœur de ce modèle ainsi que sur une approche critique des discours managériaux dans les organisations de santé. Le cœur de ce modèle est le régime de gouvernance collaborative, qui repose sur une dynamique collaborative définie comme une articulation entre les principes d'engagement, les motivations partagées et la capacité d'agir de manière concertée.

D'abord, parmi les principes d'engagement communs, la découverte consiste à révéler et à analyser les intérêts, valeurs et informations pertinents des participants pour établir des intérêts communs (ibid). Ensuite, le processus de définition vise à créer un sens partagé à travers des objectifs et une terminologie commune, en clarifiant les rôles et en établissant des critères d'évaluation (ibid). Enfin, la délibération est une étape cruciale, impliquant une communication honnête et raisonnée, essentielle pour gérer les conflits et pour construire un jugement commun afin d'aboutir à la phase de détermination (Emerson et collab., 2012).

Dans les motivations partagées, trois concepts clés en composent les ingrédients actifs : la confiance partagée entre les acteurs, la compréhension commune de leurs rôles et discours ainsi que la légitimité délibérée (Emerson et collab., 2012).

Enfin, la capacité d'agir de manière concertée reprend à la fois le principe de ressources disponibles (matérielles, économiques, humaines, etc.) pour activer la collaboration, tout comme les arrangements institutionnels qui forment le contexte organisationnel de celle-ci (Emerson et collab., 2012).

Le régime de gouvernance collaborative, au-delà d'un simple modèle descriptif, prend en compte à la fois les facteurs facilitant ou limitant ces dynamiques (p. ex., le leadership ou l'interdépendance des parties), mais aussi les effets qu'ils produisent (actions conjointes, retombées, etc.).

Étude de cas

Pour répondre à nos deux objectifs, nous avons choisi des méthodes de recherche qualitatives et inductives, car elles favorisent une approche directe avec le phénomène étudié et holistique, soit l'ensemble de la réalité comprise dans l'expérience du phénomène. Une étude de cas exploratoire, à cas unique (Prévost et Roy, 2012) a été menée à partir d'expériences de gouvernance collaborative au sein d'une organisation de santé dans une région métropolitaine, au Québec, aux échelles macro (système), méso (établissement) et micro (individuelle et relationnelle). Le cas à l'étude est un centre intégré

universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) en périphérie de Montréal. Il est représentatif d'autres centres intégrés urbains, dans le sens où il dessert un bassin de population très vaste, tant sur le plan démographique que géographique. Son hôpital général a été créé en 1978 et fournit des services de santé à environ 450 000 habitants. Il comprend également de nombreux établissements de soins de longue durée, dont six centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En 2015, le centre comptait 10 357 employés, dont 24 % d'infirmières. Son budget annuel était d'environ 970 M\$ CA.

Ce centre, tout comme les autres, a été particulièrement affecté, dans son organisation, par la réforme de 2015 (projet de loi n° 10 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*), qui visait à améliorer la qualité des soins en intégrant les services et en restructurant le système. Trois éléments majeurs de cette réforme, en lien avec cette étude, sont à noter :

1. L'intégration des services sociaux aux services médicaux, ce qui centralise fortement l'ensemble des services et installations d'une région, y compris pour les CHSLD;
2. L'attention prioritaire donnée aux soins aigus dans les hôpitaux, au détriment des clientèles non aiguës (p. ex., les personnes âgées et celles en perte d'autonomie); et
3. Un problème chronique de rétention du personnel, avec des taux élevés de roulement, notamment dans les CHSLD, où la pénurie était particulièrement grave. Ainsi, la crise sociosanitaire de COVID-19 a exacerbé une situation déjà critique, marquée par un sous-effectif chronique, particulièrement dans les CHSLD, entraînant des enjeux de gouvernance, notamment dans la répartition des rôles et responsabilités ou dans la reddition de comptes (Gabet et collab., 2023).

Collecte de données

La collecte de données correspond à une seconde vague, successive à une première vague d'entrevues (n = 12) réalisées en 2020 pour un projet sur la résilience des hôpitaux face à la pandémie (Ridde et collab., 2023), qui a permis de mieux comprendre la gouvernance collaborative en réponse à la crise sociosanitaire de COVID-19 par les organisations de santé en général et dans l'établissement ici considéré en particulier (Gabet et collab., 2023). Cette seconde étape a permis la réalisation d'entrevues semi-dirigées (n = 8) au printemps 2023 pour recueillir les perspectives postpandémiques. Les critères d'inclusion pour participer à cette vague d'entrevues étaient :

1. Avoir été en emploi dans l'organisation de santé étudiée pendant au moins six mois au cours de la période de mars 2020 à mars 2022;
2. Faire partie de l'une des catégories d'emploi ayant été concernées par des expérimentations de gouvernance collaborative :
 - membres de la haute direction;
 - gestionnaires;
 - professionnels;
 - représentants syndicaux employés; et
 - représentants de patients.

Les participants de la première phase ont été inclus dans le bassin potentiel de participants, sans que ceci constitue un critère d'inclusion absolu. Les entretiens ont été menés par vidéoconférence, sur la plateforme Teams, et ont été d'une durée moyenne de 45 minutes.

Les questions posées lors des entretiens ont été élaborées à partir de notre cadre conceptuel sur la gouvernance collaborative (Emerson et coll., 2012) et de la première vague d'entretiens (Gabet et coll., 2023). Les questions étaient les suivantes :

- Pouvez-vous décrire les expériences de gouvernance collaborative pendant et après la pandémie de COVID-19 dans votre organisation?
- Comment décririez-vous la « gouvernance collaborative »?
- Dans quelle mesure la gouvernance collaborative est-elle formalisée dans votre organisation?
- Dans quelle mesure y a-t-il une motivation partagée à exercer la gouvernance collaborative dans votre organisation?
- Dans quelle mesure y a-t-il une capacité à agir de façon concertée dans votre organisation?
- Dans quelle mesure y a-t-il des facteurs facilitant et/ou limitant la gouvernance collaborative, depuis la pandémie de COVID-19, dans votre organisation?

Analyse des données

Une fois la collecte des données terminée, les données ont été encodées pour effectuer une analyse thématique déductive à partir de notre cadre conceptuel (Braun et Clarke, 2008; Emerson et collab., 2012). Les entretiens ont été transcrits et codés à l'aide du logiciel de traitement des données qualitatives assisté par ordinateur QDA Miner. Le codage a été guidé par l'approche et par les principes de l'analyse de cadre, c'est-à-dire l'utilisation d'un cadre analytique prédéfini (présenté ci-dessus) et l'élaboration progressive de comptes rendus descriptifs et explicatifs pour donner un sens aux données à partir des entrevues (Smith et Firth, 2011).

2. Résultats

En réponse à notre premier objectif, trois types d'initiatives de gouvernance collaborative ont émergé dans le discours des personnes interrogées, soit les initiatives basées sur : une intégration communautaire, un arrimage clinico-administratif et des objectifs de performance plus ou moins partagés.

2.1 Types d'initiatives de gouvernance collaborative pendant et après la pandémie

Intégration communautaire

En ce qui concerne la description des initiatives de gouvernance collaborative et leur pérennité pendant et après la crise sociosanitaire de COVID-19, le premier type d'initiative est les tentatives de renforcement de l'ancrage communautaire et territorial, incluant les patients, les municipalités, les différents services offerts sur le territoire ainsi que les organisations communautaires au sein des trajectoires de soins et de services, dans une volonté de développer un écosystème plus large autour des établissements. Cette collaboration a utilisé des outils préexistants (p. ex., un bureau patient-partenaire) et a été observée dans les forums de consultation citoyenne et/ou communautaire. La pérennité de ce type de collaboration semble avoir ralenti après la pandémie, dans la pratique :

S'il y a quelque chose qu'on a un peu perdu à mon niveau, c'est la collaboration avec les organismes communautaires. On avait des tables, on s'asseyait ensemble, on réfléchissait ensemble aux trajectoires de services. Je trouve qu'on est aussi un petit peu plus au fait des besoins populationnels. Quand on travaille avec le communautaire, quand on travaille avec les écoles [...]. Je trouve que c'est quelque chose qu'on devrait développer dans notre gouvernance collaborative : se rapprocher des organismes communautaires. [...] C'était très intersectoriel, donc on avait tous souvent le milieu scolaire, les carrefours emploi, etc. (E5)

Toujours sur ce type d'initiative, un élément plusieurs fois relevé est le développement de collaborations, notamment de tentatives de gouvernance collaborative avec les acteurs privés du monde de la santé. Ces liens sont décrits comme quasiment inexistants auparavant, puis permis par la pandémie, dans une volonté de durabilité :

Avant la COVID, on n'était pas tant au fait de ce qui se passait dans le privé. On était vraiment dans notre réseau public, puis [la pandémie] a permis de décroisonner, puis de voir ce qui se passe dans le privé. (E7)

C'est la confiance qui s'est développée entre nos organisations. [...] C'est des organisations privées que je n'ai pas le droit de forcer à faire quoi que ce soit, mais, comme la collaboration est grande, j'ai un plus grand pouvoir d'influence. (E4)

Arrimage clinico-administratif

Le deuxième type d'initiative est l'approche de cogestion clinico-administrative, caractérisée comme étant de nature horizontale, clinique et intradirection. Cette collaboration s'appuie fortement sur des outils relationnels et a été observée dans le cadre de comités cliniques et opérationnels créés pendant la pandémie. Cependant, la durabilité de ce type de collaboration s'est avérée faible, d'autant plus qu'elle a été freinée par le roulement de personnel :

Je dis qu'il y a une belle collaboration pour ça, mais on n'est pas très structuré sur ce qu'on veut comme collaboration. Quelles sont les attentes de part et d'autre? Dans quoi exactement on veut que notre chef soit impliqué? [...] C'est quoi son rôle? (E7)

Les équipes évoluent, les gens changent, puis ces relations-là, il y en a qui doivent se réformer. Il doit s'en former des nouvelles. Je ne sais pas si c'est ça qui fait en sorte qu'il y en a moins. On est revenu un peu dans nos intérêts personnels, nos intérêts pour notre direction et nos chasses gardées, parce qu'il faut qu'on fasse avancer nos propres projets. Puis, le but commun est moins là. (E4)

Objectifs de performance plus ou moins partagés

Enfin, de manière plus surprenante puisque non directement relié à notre cadre conceptuel portant sur la gouvernance collaborative, le dernier type d'initiative est relié à une gouvernance basée sur des objectifs de performance, qui a été décrite comme limitée à certains types d'acteurs, en particulier ceux exerçant des responsabilités stratégiques et/ou hiérarchiques. Cette collaboration entre membres de la direction, déjà décrite pendant la période pandémique (Gautier et collab., 2023), s'est renforcée à partir des principes de la gestion allégée (*lean management*) et a été observée dans des contextes tels que les conseils d'administration et les comités stratégiques.

La durabilité de ce type de gouvernance s'est avérée forte et semble avoir été encore plus encouragée dans la période postpandémique. Cela a entre autres – et paradoxalement – pu être expliqué par les participants comme un moyen de répondre à l'épuisement généralisé et à la pénurie de main-d'œuvre afin d'assurer une certaine performance des organisations. Tardif (2016), dans une étude sur le *lean management* au sein des organisations de santé québécoises, a mis de l'avant le rôle transformateur de ces pratiques, créant une culture à part entière et devenant source d'identification pour la main-d'œuvre. Il est également intéressant de noter que la période pandémique a pu être l'occasion d'un engagement (sur le plan de l'horaire/implication au travail) très fort des différentes parties prenantes, engagement qui a pu par la suite être à nouveau attendu de leur part et soutenu par cette nouvelle culture aux couleurs capitalistes (Tardif, 2016). Ainsi, le « nouveau normal » en matière de gouvernance collaborative a pu être perçu sous l'angle d'une culture de performance et d'innovation :

Oui, c'est ça, [la gouvernance collaborative], ça reste à tous les niveaux. Tu sais, quand on parle de fluidité, puis tout [...] ce qui est trajectoire, c'est vraiment là. [...] Il y a plus de communication entre toutes les séquences d'une trajectoire. Il y a plusieurs directions dans la séquence; un usager va passer par plusieurs, mais il y a plus de communication. Puis, il y a plus de liens pour améliorer. [...] [La gouvernance collaborative], c'est la gestion intégrée du parcours optimisé de la clientèle, gestion intégrée par parcours. (E7)

Je pense que, quand on veut aller vers l'innovation, parce qu'on est ouvert aussi à la gouvernance collaborative, ça va un petit peu avec ça. Parce que ça veut dire qu'on est ouvert à des nouvelles solutions, à l'écoute des enjeux. (E3)

La culture de la performance préexistante à la pandémie dans le réseau paraît finalement se renforcer en intégrant le discours de la gouvernance collaborative dans une vision toujours basée sur les objectifs de performance. Ce qui est sujet de la collaboration devient dès lors la manière d'atteindre ces objectifs. La fixation des objectifs, elle, semble moins collaborative et laissée aux experts de l'organisation.

2.2 Types d'enjeux concernant la mise en œuvre et la pérennité de la gouvernance collaborative

Sur la base de notre second objectif, c'est-à-dire comprendre la dynamique de ces expériences, tant sur le plan des types d'initiatives que des types d'enjeux concernant leur mise en œuvre et leur pérennité, les résultats mettent en évidence plusieurs limites et questions clés qui ont émergé des expériences de gouvernance collaborative pendant la pandémie. Ces limites et ces questions soulèvent des considérations importantes pour améliorer les approches collaboratives lors de crises futures.

Nous avons identifié trois types d'enjeux pour une réelle gouvernance collaborative, soit ceux liés : au leadership comme principe d'engagement commun; à la motivation vis-à-vis de la réalisation et de la pérennité de la gouvernance collaborative; et à l'intégration des besoins communautaires.

Leadership comme principe d'engagement commun

Une des principales questions abordées est celle du rôle du leadership stratégique, porté entre autres par les instances ministérielles. Certains répondants font remarquer que des questions ont été soulevées au sujet de la définition commune des objectifs, réellement partagée par tous les acteurs concernés par la gouvernance des établissements, ainsi que de la pertinence des approches promues avec le projet de loi n° 15 en 2023 (qui a mené entre autres à la création de l'agence Santé Québec), notamment la centralisation de la stratégie au sein de l'Agence ou encore les efforts pour augmenter la représentativité de divers conseils consultatifs :

La gestion collaborative pour moi est garante justement d'amener de l'innovation parce que les deux parties s'expliquent sur comment arriver à la meilleure organisation. Les médecins vont amener les meilleures pratiques, les standards de pratique. Les autres professionnels vont être représentés par le gestionnaire, qui lui aussi va parler de ses contraintes. Et c'est cette émulation-là qui est intéressante. (E2)

[La gouvernance collaborative, c'est] le fait de mettre en place un conseil interdisciplinaire qui assoit ensemble des représentants de l'ensemble des disciplines. Mais, pour moi, c'est de la gouvernance collaborative parce que nous allons chercher les expertises de différents conseils. Ça, c'est dans les volets que je trouve intéressants. J'ai hâte de voir comment ça va s'actualiser [avec le projet de loi no 15]. (E5)

Motivation vis-à-vis de la réalisation et de la pérennité de la gouvernance collaborative

Un autre enjeu soulevé est la question de la motivation vis-à-vis de la réalisation et de la pérennité de la gouvernance collaborative. Les répondants perçoivent ces derniers éléments comme étant à « géométrie variable », avec un défi de maintenir un engagement commun et une volonté de collaborer, notamment dans une perspective de renouvellement des générations ou de conditions d'exercice inégales vis-à-vis des capacités sur le plan des ressources pour « faire » de la gouvernance collaborative (p. ex., se dégager du temps clinique, etc.) :

Ma nouvelle génération n'est pas comme l'ancienne. [...] Ce qu'on veut faire, ce sont des réunions pendant notre temps clinique, puis tu vas me rémunérer en conséquence pour que je puisse me dégager. Mais les affaires des réunions le matin plus tard ou le soir, ils ne sont pas là, fait que ça change la donne. (E2)

Intégration des besoins communautaires

Enfin, l'intégration des besoins de la communauté et de la population a également été discutée comme un enjeu. Cela comprend trois aspects spécifiques. Premièrement, il y avait des défis à relever pour intégrer les données sur les besoins de la population et pour suivre ces dernières, aussi bien pendant qu'après la pandémie. Deuxièmement, l'intégration des récits d'expériences des patients pour améliorer les trajectoires cliniques est soulevée comme un domaine à améliorer. Ensuite, nos répondants suggèrent qu'il y a un plus grand besoin de communication et de mécanismes de coordination afin d'arrimer l'offre de services aux besoins de la population.

3. Discussion

Globalement, les résultats de cette étude pointent vers de réels questionnements quant à l'existence réelle et tangible d'une gouvernance collaborative au sens d'Emerson et ses collègues (2012) et quant à la pérennité des initiatives pouvant s'y apparenter en postpandémie. Dans tous les cas, les répondants semblent posséder un certain niveau de littératie quant au concept de gouvernance collaborative, ce qui peut conforter l'idée que la volonté exposée dans les orientations ministérielles est du moins entendue, si ce n'est mise en œuvre. Aussi, des espoirs sont présents quant à la pérennisation des activités associées à la gouvernance collaborative, tout en laissant transparaître des craintes quant aux réelles « leçons apprises » en postpandémie. Au final, les conditions gagnantes reliées au véritable changement de culture requis pour l'exercice de la gouvernance collaborative semblent peu présentes et durables (malgré les discours), aussi bien du point de vue des principes d'engagement commun que de la motivation partagée ou encore des capacités d'action concertée :

C'est ça qui est important comme learning, mais il n'y a personne qui a fait réellement cette réflexion-là, à ma connaissance. Certainement pas au niveau de l'établissement. Présentement, on a trop de chats à fouetter, puis, au niveau du ministère, je n'ai pas l'évidence de ça. [...] Fait que, qu'est-ce qui perdure de tout ça ou qu'est ce qui a été appris pour moi, c'est pauvre. (E6)

Cette étude exploratoire visait à définir ce qu'a pu être ou est encore la gouvernance collaborative après la pandémie de COVID-19 dans un organisme de santé québécois, puis à comprendre la dynamique de ces enjeux concernant leur mise en œuvre et leur pérennité. Pendant la pandémie, plusieurs éléments de gouvernance collaborative ont été mis en place tels que des comités délibératifs ou visant à communiquer sur la crise. Certains étaient d'ailleurs déjà en processus de mise en œuvre avant la pandémie. Certains éléments sont au moins en partie pérennes en postpandémie, que ce soit à l'échelle du système (nouvelle loi pour rendre plus efficace la performance du système de soins) ou de l'établissement (trajectoires avec

intégration du communautaire initialement déployées pour les soins à domicile, mais qui perdurent pour d'autres besoins que ceux de la pandémie). Malgré tout, de nombreux enjeux persistent, essentiellement en lien avec les ingrédients actifs de la gouvernance collaborative telle qu'elle est décrite par Emerson et ses collègues (2012), en particulier du point de vue du leadership, de la motivation et de l'intégration des besoins communautaires.

Néanmoins, les initiatives de gouvernance collaborative pendant la pandémie de COVID-19 ont révélé un écart important entre le potentiel perçu des approches collaboratives et les réalités (Gabet et collab., 2023). Nos résultats suggèrent que la réponse à la crise a été plus axée sur le déploiement de « cellules » et de comités ad hoc que sur la mise en œuvre de stratégies et d'orientations collaboratives bien définies. En fait, les divers éléments du cadre théorique de la gouvernance collaborative sont largement absents des verbatims; les répondants mettent l'accent sur la consultation (p. ex., avec des acteurs du privé ou autres professionnels de santé), plutôt que sur la véritable collaboration, et encore moins sur l'intégration des besoins de la communauté. Ce résultat pose la question de la réelle présence d'une gouvernance collaborative au sein des établissements.

Les problèmes liés à la persistance des approches centrées sur la performance de l'hôpital ou sur un leadership descendant ont pu être relevés, comme dans d'autres études similaires (Anton, 2020 ; Klimovsky et collab., 2021; Webb, 2023). La formalisation des processus collaboratifs est souvent dominée par des outils inspirés de ces démarches, ce qui pose des questions sur les véritables finalités de ces activités. L'accent a ainsi été mis sur la fluidité et sur la performance, plutôt que sur la définition de rôles et de responsabilités dans des structures collaboratives, ce qui peut également remettre en question le rôle des gestionnaires locaux dans la conduite de ces initiatives (Béland et collab., 2024). Dans l'ensemble, nos résultats indiquent que la crise sociosanitaire de COVID-19 semble avoir mis en lumière une « restriction » des perceptions de ce que la gouvernance collaborative pourrait accomplir, peut-être déjà préexistante, soulignant les défis liés à la traduction des cadres théoriques en pratiques efficaces, intégrées et durables lors d'une urgence majeure de santé publique.

Également, les expériences des initiatives de gouvernance collaborative révélées par notre étude mettent de l'avant une réalité complexe qui remet en question la notion d'un simple « retour à la normale » ou d'une « nouvelle normalité » qui serait plus collaborative. Nos résultats suggèrent que la crise a perturbé le système par certains aspects (p. ex., réorientation des usagers, priorisation différente des soins dits critiques), mais en a aussi radicalisé certains aspects (p. ex., culture de performance), faisant de la gestion allégée (*lean management*) une condition, voire une forme de gouvernance collaborative. Cela rend également difficile le maintien de certaines initiatives de collaboration ou la réalisation complète d'autres (Webb, 2023).

La disponibilité des ressources, incluant la motivation et le temps nécessaire, reste une préoccupation centrale qui nécessite une culture de la gouvernance collaborative qui se pratique à différentes échelles (système, organisation et individu). En outre, la nécessité d'aller au-delà d'une approche centrée sur l'hôpital ou descendante est soulignée, avec la pertinence de certains modèles collaboratifs, comme le renforcement de la place (au-delà des discours) de la triade « gestionnaire-patient-partenaire », qui permettrait de dépasser les clivages entre l'administration et le corps médical. Une façon potentielle de relever ces défis pourrait être de réexaminer le sens du travail et des soins, qui n'a pas été explicitement discuté dans l'étude, malgré les liens évidents, mais qui est ressorti de manière manifeste au cours de la pandémie (Béland et collab., 2024 ; David et collab., 2023).

Enfin, nos résultats soulignent la nécessité d'explorer le potentiel des perspectives ou des communautés de pratique interprofessionnelles, à mobiliser davantage dans le cadre d'approches de gouvernance collaborative, en positionnant la gouvernance collaborative comme un outil pour ralentir et mieux prendre en compte les besoins des communautés sur le territoire. Ces aspects sont théoriquement au cœur de la mission populationnelle des établissements de santé au Québec.

4. Limites

Cette étude présente certaines limites. En raison du faible nombre d'entrevues réalisées ($n = 8$), la diversité des perspectives recueillies a pu être limitée, augmentant ainsi le risque de biais et réduisant la généralisation des résultats à l'ensemble de la population étudiée. Néanmoins, dans un contexte exploratoire tel que celui de cette étude, même un petit nombre d'entrevues peut être suffisant pour identifier des tendances émergentes et pour formuler des hypothèses pertinentes pour des recherches futures à plus grande échelle.

Ainsi, même si les tendances observées pourraient être spécifiques aux individus interrogés et ne pas refléter des réalités plus larges, d'autres recherches menées dans des contextes similaires ont fait émerger des résultats semblables, notamment du point de vue des tensions avec la gestion allégée (*lean management*) (Béland et collègues, 2024; Anton, 2024). De futures études propres au contexte des organisations de santé québécoises et à partir de cadres conceptuels spécifiques à la gouvernance collaborative seraient nécessaires pour renforcer la robustesse des résultats.

Conclusion

Nos résultats mettent en évidence à la fois les initiatives et les enjeux d'approches de gouvernance collaborative dans les organisations de santé lors d'urgences de santé publique majeures comme la pandémie de COVID-19. Bien que la gouvernance collaborative soit apparue comme une solution évidente aux incertitudes amenées par la pandémie, il a été difficile de pérenniser certaines initiatives de collaboration ou d'en réaliser pleinement d'autres pendant cette crise. Des problèmes liés aux ressources, à la motivation et à la nécessité de surmonter les approches centrées sur l'hôpital ou descendantes ont été notés.

Les éléments associés à une gouvernance collaborative efficace pendant la pandémie de COVID-19 comprennent un leadership fort, la capacité de favoriser une motivation et un engagement partagés entre les partenaires ainsi que la capacité d'adapter les approches collaboratives à l'évolution des besoins et des répercussions de la pandémie.

La réponse à la pandémie semble avoir suscité, dans le cadre de cette étude, plus de consultations que de véritables collaborations, et encore moins d'intégration des besoins et des perspectives de la communauté, ne menant pas à un changement de culture requis pour un réel changement de pratique. La gouvernance collaborative semble parfois avoir été réappropriée dans un discours managérial inspiré de la gestion allégée (*lean management*), assez loin des objectifs initiaux décrits dans les cadres théoriques de la gouvernance collaborative.

Cette dernière observation amène à deux leçons, possiblement contradictoires : la prudence requise vis-à-vis de cette catégorie et ce qu'elle signifie et met en action sur le plan des pratiques, et l'instrumentalisation possible de cette catégorie selon la culture organisationnelle présente en amont de sa mise en œuvre. Mieux comprendre et partager le sens donné à cette catégorie de gouvernance, pouvant aussi bien être utilisée comme moyen de ralentir les processus décisionnels, permettrait de mieux prendre en compte et intégrer les besoins des communautés, plutôt que de renforcer des impératifs d'innovation ou de performance.

Nous remercions chaleureusement les différents organismes financeurs ayant permis la réalisation de cette étude. La première phase de l'étude, citée dans cet article et dirigée par les professeurs.es Kate Zinszer et Valéry Ridde, a été financée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC), subvention numéro DC0190GP. L'étude présentement rapportée dans cet article scientifique a été financée par le Programme de soutien à la recherche, Pôle 1- Recherche sur les transformations des pratiques cliniques et organisationnelles du CISSS de Laval sous la direction des professeurs Pierre-Marie David et Arnaud Duhoux.

RÉFÉRENCES

- Alibašić, H. et Casula, M. (2024). Navigating collaborative governance in Florida: An analysis of local governments resilience amidst the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Affairs*, 24(1), e2890. <https://doi.org/10.1002/pa.2890>
- Ansell, C. et Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Anton, P. (2020). Agilité organisationnelle et gestion de la pandémie Covid-19: contribution d'une approche exploratoire réalisée auprès de managers hospitaliers français. *Question (s) de management*, 29(3), 45-59.
- Baril, G., Hémond, Y., Lépine, C., Préval, J., Robert, B. et Thérien, M.-C. (2020). *Projet # 570 011 : démarche de gouvernance collaborative d'appréciation des risques des systèmes essentiels* [Rapport final]. ENAP. https://espace.enap.ca/id/eprint/367/1/Therien_202010_demarche_gouvernance_collaborative.pdf
- Béland, J. P., Carignan, L. et Bernard, S. (2024). En temps de crise, quelle place pour la souffrance des soignant? Quelles solutions éthiques y apporter?. *Revue Organisations & territoires*, 33(3), 72-88.
- Braun, V. et Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM). (2019). *La gestion par trajectoire de soins et de services : guide théorique et pratique*. Gouvernement du Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3647758?docref=sBBSL9fslCYPRMPHfMgVA>
- David, P.-M., Gabet, M., Duhoux, A., Traverson, L., Ridde, V., Zinszer, K. et Gautier, L. (2023). Adapting hospital work during COVID-19 in Quebec (Canada). *Health Systems & Reform*, 9(2). <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2200566>
- Denis, J.-L., Côté, N., Fleury, C., Currie, G. et Spyridonidis, D. (2021). Global health and innovation: A panoramic view on health human resources in the COVID-19 pandemic context. *International Journal of Health Planning and Management*, 36(S1), 58-70. <https://doi.org/10.1002/hpm.3129>
- Emerson, K., Nabatchi, T. et Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1-29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
- Gabet, M., Duhoux, A., Ridde, V., Zinszer, K., Gautier, L. et David, P.-M. (2023). How did an integrated health and social services center in the Quebec province respond to the COVID-19 pandemic? A qualitative case study. *Health Systems & Reform*, 9(2). <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2186824>
- Gautier, L., Noda, S., Chabrol, F., David, P.-M., Duhoux, A., Hou, R., Oliveira, S. R. de A., Traverson, L., Zinszer, K. et Ridde, V. (2023). Hospital governance during the COVID-19 pandemic: A multiple-country case study. *Health Systems & Reform*, 9(2). <https://doi.org/10.1080/23288604.2023.2173551>
- Klimovsky, D., Malý, I. et Nemec, J. (2021). Collaborative governance challenges of the COVID-19 pandemics: Czech Republic and Slovakia. *Central European Public Administration Review*, 19(1), 85-106. <https://ssrn.com/abstract=3867438>
- Lee-Geiller, S. et Lee, T. (D.). (2022). How does digital governance contribute to effective crisis management? A case study of Korea's response to COVID-19. *Public Performance & Management Review*, 45(4), 860-893. <https://doi.org/10.1080/15309576.2022.2054434>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : cadre de référence*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>

- Prévost, P. et Roy, M. (2012). Les études de cas: un essai de synthèse. *Revue Organisations & territoires*, 21(1), 67-82.
- Ridde, V., Traverson, L. et Zinszer, K. (2023). Hospital resilience to the COVID-19 pandemic in five countries: a multiple case study. *Health Systems & Reform*, 9(2), 2242112.
- Smith, J. et Firth, J. (2011). Qualitative data analysis: The framework approach. *Nurse Researcher*, 18(2), 52-62.
<https://doi.org/10.7748/nr2011.01.18.2.52.c8284>
- Tardif, M. (2016). *Devenir Lean au temps de l'amélioration continue : récit de la transformation culturelle du système public de santé et de services sociaux au Québec* [Thèse de doctorat, Concordia University]. Spectrum.
https://spectrum.library.concordia.ca/id/eprint/981798/1/Tardif_MA_F2016.pdf
- Torring, J. (2018). Collaborative innovation in the public sector: The argument. *Public Management Review*, 21(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1430248>
- Touati, N., Maillet, L., Paquette, M.-A., Denis, J.-L. et Rodríguez, C. (2018). Understanding multilevel governance processes through complexity theory: An empirical case study of the Quebec health-care system. *International Journal of Public Administration*, 42(3), 205-217. <https://doi.org/10.1080/01900692.2017.1423501>
- Webb, A. (2023). *Pandemic collaborative governance facilitation: A first look at COVID-19's impact on collaborative governance* [Thèse de doctorat]. Portland State University. <https://doi.org/10.15760/honors.1416>