

Note : cet article ne peut faire l'objet de citations tant et aussi longtemps qu'une version finale n'aura pas été téléchargée vers le site Web de l'ACSP.

**Congrès de l'Association canadienne de science politique
Université de la Colombie-Britannique, 4-6 juin 2019**

THÈME CENTRAL : La politique autrement; parler franc, parler vrai

***Speaking Truth to Power* :**

La face cachée des réseaux en tant que modèle de gouvernance au Nouveau-Brunswick

Christine C. Paulin – Professeure adjointe, École des hautes études publiques (HEP), Université de Moncton

Stéphanie Collin – Professeure adjointe, École des hautes études publiques (HEP), Université de Moncton

Résumé

La question de la gouvernance est largement abordée dans le domaine de l'administration publique depuis ces dernières années (Chevalier, 2003; Osborne, 2010; Peters & Pierre, 1998; Pollitt & Bouckaert, 2017; Rhodes, 2000). Le cas de la province du Nouveau-Brunswick n'y fait pas exception, et mise notamment sur les dimensions du développement territorial (Mulamba & al., 2015; Guillemot, 2015), de l'immigration (Farmer et al., 2013), des communautés francophones en situation minoritaire (Landry & al., 2010; Forgues, 2014), de la santé (Collin, 2018) et de la démocratie délibérative (Paulin, 2016, 2017). Dans la foulée de ces travaux, nous nous intéressons à un modèle de gouvernance particulier, soit celui des réseaux de santé du Nouveau-Brunswick (Collin, 2018). Le Nouveau-Brunswick représente un cas particulièrement pertinent à étudier, puisque l'environnement est influencé par une conjoncture linguistique complexe, où les réseaux francophones et bilingues sont centraux aux dynamiques et rapports de pouvoir lors du processus décisionnel (Paulin, 2016). Cette recherche confirme d'ailleurs que cette conjoncture décisionnelle habite non seulement la notion de « Speaking Truth to Power » (Bourgault & Savoie, 2009; Savoie, 1999), elle influence également les rapports de pouvoir entre les acteurs d'un réseau et la prise de décision qui en découle.

Dans cet article, nous suggérons une lecture complémentaire entourant l'étude des réseaux et de ses modèles décisionnels. Nous visons, d'une part, à mieux comprendre comment s'articule le concept de la neutralité politique en contexte de gouvernance contemporaine au NB, où l'on retrouve dans le secteur de la santé un modèle de gouvernance en réseaux. D'autre part, nous nous intéressons à définir en quoi cette face cachée influence la capacité décisionnelle et l'atteinte des objectifs des réseaux de santé. Enfin, nous souhaitons proposer un cadre de gestion qui soit plus approprié à cette réalité du « Speaking Truth to Power »; cette dernière étant manifeste au sein de l'administration publique néo-brunswickoise, tant au niveau des ministères à vocation sociale (Paulin, 2016) que dans le modèle de réseau à l'étude.

INTRODUCTION

La question de la gouvernance est centrale au domaine de l'administration publique (Chevalier, 2003; Osborne, 2010; Peters & Pierre, 1998; Pollitt & Bouckaert, 2017; Rhodes, 2000; Yo, 2017). Au Canada, la province du Nouveau-Brunswick (NB) n'y fait pas exception, puisqu'il y est question des dimensions du développement territorial (Mulamba & al., 2015; Guillemot, 2015), de l'immigration (Farmer et al., 2013), des communautés francophones en situation minoritaire (Landry & al., 2010; Forgues, 2014), de la santé (Collin, 2018) et de la démocratie délibérative (Paulin, 2016, 2017).

Dans cette province, Paulin a étudié en 2016 la gouvernance dans le secteur des politiques sociales, sous l'angle de l'ingénierie des instruments de politiques publiques, conçus et mis en œuvre dans un contexte de « démocratisation de la démocratie » (Blondiaux, 2008). En particulier, elle s'est intéressée à l'influence des facteurs contextuels sur les mécanismes délibératifs, et par surcroît, sur le processus d'élaboration de politiques publiques. Cette chercheuse a notamment constaté que la culture de l'appareil gouvernemental est un facteur d'influence dominant lorsqu'on analyse le design des instruments délibératifs et le processus de formulation des politiques publiques qui en découle. Selon ses observations, la culture organisationnelle de la fonction publique néo-brunswickoise se caractérise par deux principaux éléments : 1) la peur des employés gouvernementaux de revendiquer envers leur employeur (concept de « Speaking Truth to Power ») et une très grande résistance aux changements, incluant ceux relatifs à l'utilisation d'un nouveau type d'instrument de politiques publiques, comme le *dialogue public*¹, pour accompagner la démarche de production des politiques publiques (Paulin, 2016). En ce sens, la fonction publique était non seulement partisane, mais elle était également imprégnée d'une culture de méfiance. Ainsi, par crainte de représailles, les acteurs composant les réseaux hésitaient à faire le « speaking truth to power » lors des exercices délibératifs à l'étude, ce qui se soldait par un processus de formulation des politiques publiques qui ne répondait pas aux prémisses que prône ce type d'instrument délibératif (Paulin, 2016). Certains répondants ont même suggéré que cette pratique contribue manifestement à l'évolution de modèles de gestion et à l'analyse de politiques publiques « *boiteuses* ».

En ce qui concerne cette fois-ci la gestion des affaires publiques, au fil des ans, divers rapports ont montré que la gouvernance des réseaux de santé était minée par des problèmes de légitimité et de crédibilité, ainsi que par une politisation importante de leurs dynamiques décisionnelles (IGOPP, 2008; 2014). Un projet de recherche en cours de Collin et Paulin (2019) porte sur ce modèle particulier de gouvernance. Ces chercheuses se penchent entre autres sur les rôles et responsabilités des acteurs clés du système de santé, les compétences et habiletés des membres des conseils d'administration, et aussi, le concept de neutralité politique. À l'instar de l'étude portant sur la

¹ Les instruments délibératifs encouragent un plus grand niveau d'engagement des citoyens et accordent aux participants concernés un pouvoir décisionnel conjoint, de même qu'un partage des responsabilités dans la mise en œuvre des solutions retenues, avec les autres acteurs concernés par l'enjeu public en cause. En outre, ces dispositifs ont pour fonction de rassembler tous les acteurs concernés par l'enjeu public, de favoriser le partage des ressources informationnelles qui s'appliquent à chacune des étapes de la démarche décisionnelle, et d'encourager les échanges et les occasions de délibérations publiques entre les participants, de manière à ce qu'ils puissent trouver un terrain d'entente au sujet des solutions à mettre en œuvre. Parmi ceux-ci se retrouvent les instruments délibératifs qui s'appuient sur une plus grande collaboration et concertation entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux pour l'atteinte des résultats ciblés en matière d'élaboration des politiques publiques. Ces outils délibératifs comprennent entre autres : les jurys de citoyens, les groupes de discussion, les forums de consensus et les *dialogues publics* (Shiplay et Utz 2012). Ces derniers suggèrent une nouvelle approche en termes d'élaboration des politiques publiques, mais également en matière de gestion des affaires de l'État. Non seulement le *dialogue public* se caractérise par sa capacité à cultiver la confiance et à réduire les conflits entre les divers intervenants concernés par l'enjeu, mais l'un de ses principaux résultats se traduit par des décisions éclairées, transparentes et légitimes aux yeux des acteurs impliqués dans l'exercice démocratique en question (Abelson et Gauvin 2006; Blondiaux 2008).

formulation des politiques publiques, les résultats préliminaires de ce projet de recherche montrent que la notion du « speaking truth to power » (Bourgault & Savoie, 2009; Savoie, 1999) est minée par le manque de neutralité politique. L'absence de neutralité de la part du gouvernement en place et le manque d'indépendance des administrateurs influencent les capacités décisionnelles des réseaux de santé, et donc, leur performance.

OBJECTIFS DE RECHERCHE

Dans le cadre de cet article, nous présentons une lecture complémentaire entourant l'étude des réseaux et de ses modèles décisionnels. Donc, au sein d'une même conjoncture sociopolitique, nous nous intéressons au secteur des politiques sociales et aux facteurs contraignants observés dans le cadre d'une recherche sur les facteurs contextuels inhérents aux mécanismes délibératifs (Paulin, 2016), et aussi, au secteur de la santé, où il existe actuellement deux réseaux de santé sur l'ensemble du territoire pour la gestion des affaires publiques en ce domaine (Collin, 2018). La question principale de notre recherche est la suivante : Comment certains facteurs organisationnels déjà identifiés au sein de l'administration publique du NB, comme le manque de neutralité politique et de confiance entre acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, influencent-ils la prise de décision au sein des réseaux de santé et l'atteinte de leurs objectifs?

Notre recherche a pour objectifs spécifiques de : 1) comprendre comment s'articule le concept de la neutralité politique en contexte de gouvernance contemporaine au NB, en s'intéressant particulièrement aux réseaux de santé, 2) définir en quoi cette face cachée influence la capacité décisionnelle et l'atteinte des objectifs définis par les réseaux de santé, et 3) proposer un cadre conceptuel de gouvernance qui soit plus approprié à cette réalité du « Speaking Truth to Power ». En somme, nous désirons démontrer qu'un cadre analytique permettant de jeter un regard inédit sur la gouvernance dans le secteur public peut être construit sous les angles des politiques publiques et de gestion publique.

MISE EN CONTEXTE

L'implication des réseaux dans le processus décisionnel et la notion du « speaking truth to power »

Dans une recherche en analyse des politiques publiques portant sur l'étude des facteurs contextuels relatifs aux mécanismes délibératifs et le processus de formulation des politiques publiques dans le secteur social au Nouveau-Brunswick, Paulin (2016) a notamment étudié la question de la gouvernance selon l'angle des politiques publiques et dans un contexte de « démocratisation de la démocratie » (Blondiaux, 2008). En ce sens, la question de gouvernance est intimement liée à celle de gouvernement, où l'on observe une « incapacité » des gouvernements à répondre efficacement aux enjeux sociétaux qui leur sont soumis et à s'ajuster adéquatement à de nouvelles formes d'organisation sociale, économique et politique.

À partir de la littérature recensée sur le sujet, Paulin (2016) a remarqué que même si les opinions varient au sujet des limites de la démocratie représentative, les auteurs sont nombreux à reconnaître que le système de gouvernance traditionnel et la démarche décisionnelle qui s'y rattache ne suffisent plus pour satisfaire aux réalités modernes du 21^e siècle. Selon, Ballamingie (2009), c'est l'évolution du contexte démographique qui justifie l'urgence des réformes dans le domaine de l'élaboration des politiques publiques. Non seulement nos sociétés sont plus ouvertes et diversifiées en matière d'immigration et d'écarts intergénérationnels, mais les besoins, les préférences et les valeurs culturelles qui s'en dégagent sont d'autant plus variés de nos jours (Baker, Coaffe et Sherriff, 2007). Ainsi, l'implication de cette diversité citoyenne dans les délibérations qui entourent la prise de décision pourrait se traduire par une façon d'accroître l'efficacité du processus décisionnel, puisqu'elle

permettrait de considérer de nouvelles informations lors de la prise de décision (des caractéristiques importantes, mais qui pourraient autrement être ignorées au moment de l'analyse décisionnelle). De plus, Baker, Coaffe et Sherriff (2007) ajoutent que la participation du public dans les exercices décisionnels qui les concernent directement permettrait d'amplifier la légitimité des décisions entre les participants, particulièrement en ce qui concerne la mise en œuvre et l'utilisation des services publics qui nécessitent une participation citoyenne active pour contribuer à leurs succès.

En plus de répondre à un problème d'efficacité en termes d'élaboration des politiques publiques, les pratiques contemporaines de gouvernance suggèrent également une porte d'entrée pour permettre aux acteurs non gouvernementaux de participer plus activement à la démarche décisionnelle : les relations entre les groupes d'intérêts compris au sens large (associations, professionnelles, citoyens, firmes, syndicats, etc.) et l'État. Les auteurs britanniques sont d'ailleurs pionniers dans cette approche en politiques publiques, qu'ils caractérisent par des recherches sur les « réseaux de politiques publiques » (*policy network*). Rhodes (2006) est d'ailleurs l'un d'entre eux qui soutiennent que ces travaux mettent particulièrement l'accent sur cinq éléments : les formes horizontales d'interaction entre les acteurs concernés par l'enjeu en cause; les interdépendances, la régularité et les règles d'interaction et d'échange entre ces acteurs impliqués; leur niveau d'autonomie à l'égard de l'État; les processus de coordination des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux et, parfois, les facteurs contraignants associés à la prise de décision.

Pour sa part, Le Galès (1995 : 14) définit cette notion de réseaux comme étant « le résultat de la coopération plus ou moins stable, non hiérarchique, entre des organisations qui se connaissent et se reconnaissent, négocient, échangent des ressources et peuvent partager des normes et des intérêts ». De nombreuses recherches à l'égard de ce type de réseaux précisent qu'ils peuvent jouer un rôle déterminant à toutes les étapes du processus de production des politiques publiques (Lee, 2011; Hajer et Wagenaar, 2003; Marsh et Smith, 2000; Howlett, 2002; Klijn et Skelcher, 2007; Rhodes, 2006; Klijn et al., 2010). En effet, les acteurs qui forment les réseaux sont plus éduqués et mieux informés en ce qui a trait aux enjeux publics qui les concernent. À partir d'une stratégie de partage d'informations et de ressources plus efficaces et plus efficaces (notamment par l'entremise des outils technologiques), ces acteurs peuvent réussir à influencer la mise à l'avant d'un enjeu public ou encore contribuer favorablement à la conception d'une politique publique et à sa mise en œuvre. De plus, les réseaux peuvent jouer un rôle de premier plan au moment de l'évaluation de la politique publique (par exemple, si cette dernière répond toujours adéquatement aux besoins et aux intérêts des citoyens). L'État peut bénéficier de la participation active des réseaux dans le processus de production des politiques publiques en recueillant des informations privilégiées qui peuvent ensuite alimenter, au besoin, la mise à jour de ces politiques. Les membres de ces types de réseaux sont également mieux outillés pour tirer pleinement avantage de leurs capacités et de leurs connaissances respectives à l'égard des affaires publiques qui les concernent.

En fin de compte, les études de Paulin (2016, 2019) sur la gouvernance et les réseaux de politiques publiques ont permis d'apporter un éclairage substantiel sur la trajectoire des changements et des spécificités qui influencent le design des instruments délibératifs utilisés au NB dans l'optique de la formulation des politiques sociales. Parmi les dimensions analysées, Paulin (2016) a identifié une liste de facteurs contraignants, et ce, tant au niveau de l'ingénierie des instruments, qu'au niveau de la démarche décisionnelle en contexte délibératif. Deux freins importants à la prise de décision ressortent de cette étude : la question de l'ingérence politique (manque de *neutralité*) et la présence d'une culture organisationnelle dans laquelle les employés gouvernementaux et non gouvernementaux craignent d'avancer objectivement leur analyse décisionnelle auprès de la figure autoritaire (notion de « Speaking Truth to Power »). À la lumière de ces constats, nous souhaitons donc élargir notre spectre d'analyse, afin d'étudier en parallèle et en profondeur les réseaux de santé au NB.

Le contexte de la présente étude : les réseaux de santé au NB

Au NB, la dernière réforme du système public de santé a été implantée en 2008, impliquant des changements significatifs à l'égard de la gouvernance des régies régionales de la santé (RRS). En matière de levier structurel, il est utile de préciser que les huit RRS étaient alors fusionnées en deux, connues dorénavant sous les noms du Réseau de santé Vitalité (RRS A) et du Réseau de santé Horizon (RRS B). Ayant pour objectif un recentrage sur les intérêts généraux de la population et des patients, les modifications apportées à la *Loi sur les régies régionales de la santé* spécifiaient que tous les membres (17) du conseil d'administration des RRS seraient rémunérés et nommés par le ministre de la Santé, en fonction des habiletés et compétences requises, et aussi, de « critères géographiques, linguistiques et de sexe » (Ministère de la Santé, 2008 : 25). Cette décision s'appuyait sur des pratiques exemplaires dans le domaine de la gouvernance ministérielle ainsi que sur la nécessité d'une expertise particulière pour gérer les RRS. Les conseils d'administration des RRS relevaient alors du ministre de la Santé et les présidents directeurs généraux se rapportaient directement aux présidents des RRS (Ministère de la Santé, 2008).

En 2011, à la suite du mécontentement de certains acteurs clés de la communauté francophone et acadienne de la province, de l'ouverture du gouvernement de l'époque envers un dialogue, et des recommandations émises dans le rapport LeBlanc (2010), des modifications considérables étaient apportées à la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Ainsi, la langue de fonctionnement de la RRS était précisée : celle de la RRS A allait être le français tandis que celle de la RRS B allait être l'anglais. En matière de gouvernance, les conseils d'administration des RRS allaient être composés de quinze membres ayant le droit de vote : huit membres seraient élus par suffrage universel, tandis que le ministre de la Santé allait nommer les sept membres en fonction de leurs habiletés et compétences. Peu de temps après, une autre modification à la *Loi sur les régies régionales de la santé* allait toucher les pouvoirs accordés aux présidents-directeurs généraux des RRS. Dorénavant, ces derniers seraient nommés par le ministre de la Santé et ils allaient occuper ce poste « au gré » de ce dernier, alors qu'ils continueraient à rendre compte au conseil d'administration (Ministère de la Santé, 2012). Ci-dessous, le Tableau 1 présente les principales caractéristiques du modèle de gouvernance qui nous intéresse particulièrement, soit les réseaux de santé du NB.

Tableau I : Caractéristiques du modèle de gouvernance des réseaux de santé du NB

Caractéristiques de la gouvernance des réseaux de santé	Description
<p>Loi sur les régies régionales de la santé – Administration et structure</p>	<p><u>Composition du CA :</u> quinze membres ayant droit de vote, dont : - sept membres nommés par le ministre, - huit membres élus; trois membres sans droit de vote, dont : - le directeur général - le président du comité professionnel consultatif - le président du comité médical consultatif</p> <p><u>Règles de désignation :</u> - « Le ministre nomme un directeur général, lequel occupe son poste au gré du ministre et rend compte au conseil de la gestion générale et de la conduite des affaires internes de la régie régionale de la santé dans le cadre des politiques et des directives du conseil. »² - Le ministre nomme le président du CA, parmi ses membres ayant droit de vote.</p> <p><u>Processus de nomination :</u> - le ministre « établit les compétences nécessaires pour assurer la réalisation de la mission du conseil et tient compte du sexe des personnes nommées, de la représentation des secteurs urbains et ruraux, des autochtones et de la priorité accordée aux communautés linguistiques officielles. »³</p> <p><u>Durée du mandat :</u> - Un membre nommé occupe son poste au gré du ministre, pour une durée renouvelable de quatre ans. - L'administration des élections tenues en vertu de la Loi sur les régies régionales de la santé est assurée par le directeur des élections municipales régi par la <i>Loi sur les élections municipales</i>. Donc, le mandat des membres élus est de quatre ans.</p>
<p>Loi sur les régies régionales de la santé – Rôles et responsabilités des RRS</p>	<p><u>Responsabilités des RRS :</u> - Les RRS assurent la prestation des services de santé et les administrent dans le territoire pour lequel elles sont établies.</p> <p><u>Détermination des besoins :</u> Les RRS : - déterminent les besoins de santé de la population qu'elles desservent - déterminent les priorités concernant la prestation des services de santé à la population qu'elles desservent - affectent les ressources conformément au plan régional de la santé et d'affaires</p> <p><u>Plan régional de la santé et d'affaires :</u> - les RRS soumettent au ministre un plan régional de la santé et d'affaires dans le délai et selon la forme fixée par celui-ci</p>
<p>Loi sur les régies régionales de la santé – Pouvoir et responsabilités du ministre</p>	<p><u>Plan provincial de la santé :</u> - Le ministre établit et peut modifier un plan provincial de la santé</p> <p><u>Cadre de responsabilités :</u> - Le ministre établit un cadre de responsabilités qui décrit les rôles du ministre, d'autres ministres du gouvernement et des RRS et qui énumère les responsabilités de chacun</p> <p><u>Autres pouvoirs et fonctions :</u> - Le ministre peut donner des directives à RRS pour, par exemple, fixer des priorités et des lignes directrices, ou encore, il peut fixer des objectifs de rendement⁴</p>

² Article 26 de La loi sur les régies régionales de la santé (L.R.N.-B. 2011, ch. 217), qui est disponible en cliquant sur le lien suivant : <http://laws.gnb.ca/fr/showfulldoc/cs/2011-c.217//20190227>.

³ Se référer à l'article 20 (1.1) de la loi sur les régies régionales de la santé (L.R.N.-B. 2011, ch. 217).

⁴ Le lecteur qui désire en savoir davantage sur les directives du ministre ou sur les objectifs de rendement, peut se référer aux articles 8 et 9 respectivement de de La loi sur les régies régionales de la santé (L.R.N.-B. 2011, ch. 217).

MÉTHODOLOGIE

En considérant que le lien entre la neutralité politique et la capacité décisionnelle des réseaux de santé, au regard de l'atteinte de leurs objectifs, n'est pas complètement élucidé, la recherche en cours est de nature exploratoire. Afin d'atteindre nos objectifs de recherche, nous avons opté pour un devis d'une étude de cas unique, soit un réseau de santé. Par ailleurs, les stratégies qualitatives utilisées pour la collecte de données sont cohérentes avec nos objectifs de recherche et notre approche générale. Ainsi, trois (3) stratégies de collecte de données qualitatives ont été mobilisées, soit : l'analyse documentaire, les entretiens individuels semi-dirigés et l'observation non participante.

Tout d'abord, entre septembre 2018 et février 2019, nous avons procédé à l'analyse documentaire (Cellard, 1997) des procès-verbaux des réunions du conseil d'administration du réseau de santé (2008 à 2018). Puisqu'il était question de faire ressortir les rapports de pouvoir entre les acteurs et les enjeux qui apparaissent prioritaires pour les parties impliquées, notre analyse a aussi inclus d'autres documents, comme des règlements ou des stratégies gouvernementales. En somme, l'étude des procès-verbaux et des autres documents d'intérêt nous a permis de tracer l'évolution des thématiques abordées aux réunions du conseil d'administration, par exemple, ses relations avec le ministre de la Santé.

Ensuite, des entretiens semi-dirigés (Poupart, 1997) ont été entamés auprès d'acteurs clés associés au conseil d'administration, autant des membres votant, comme des administrateurs, que des membres non-votant, comme des individus au sein de l'équipe de direction. Jusqu'à présent, nous avons interviewé un total de 10 répondants et la durée moyenne de ces entretiens est d'environ soixante (60) minutes. Ces acteurs ont été identifiés sur la base du matériel documentaire puis, une fois la collecte débutée, par l'entremise de l'approche « boule de neige ». D'ici la fin de l'année 2019, nous souhaitons avoir terminé nos entretiens semi-dirigés auprès de tous les répondants associés au conseil d'administration du réseau de santé.

Enfin, entre septembre 2018 et avril 2019, afin de mieux saisir les jeux de pouvoir, les dynamiques de prise de décision et les enjeux des acteurs impliqués dans les délibérations, nous avons procédé à des observations non participantes de séances à huis clos (2) et publiques (3) du conseil d'administration (Jaccoud et Meyer 1997; Patton 2002). L'observation de ces séances nous a permis de mettre l'accent sur le caractère dynamique des échanges au sein du conseil d'administration, d'observer « en direct » l'expression de ces dynamiques et des rapports de force qui les sous-tendent.

Les données ont été analysées de manière inductive, à partir de grands concepts correspondant à nos objectifs de recherche. En ce qui concerne la neutralité politique et les habiletés et compétences des membres du conseil d'administration, notre analyse s'est appuyée sur les bonnes pratiques de gouvernance (IGOPP, 2008; 2014). En matière de rôles et de responsabilités des acteurs clés, et tout particulièrement, de leurs actions au sein du système public de santé, nous avons fait appel au concept d'« enjeu » de Crozier et Friedberg (1977). À cet effet, des techniques de compression et de présentation des données similaires à celles suggérées par Miles et Huberman (2003), comme des matrices ou tableaux, ont été mobilisés.

RÉSULTATS

Un « art de gouverner » qui est remis en cause

Lorsqu'il est question de gouvernance des organisations publique, une des définitions les plus partagées est celle qui a trait à l'art de gouverner. En gestion publique, il est donc question, pour le politique, de donner un sens à l'action collective, voire d'influencer son parcours, tout en laissant le soin de la mise en œuvre des opérations à une autre autorité. Dans ce sens, la gouvernance traite du lien entre l'État et les parties prenantes, par rapport à un enjeu de société (Bernier, 2012).

Ceci n'est pas sans rappeler l'émergence du nouveau management public (NMP), proposant du même coup un modèle de performance remettant en question les interactions entre les dimensions politiques et administratives. Il était alors question de scier ces dimensions, en se fondant sur la différenciation entre conception et exécution des politiques publiques (de Visscher, 2004). Autrement dit, les réformes associées au NMP tendent à réduire le leadership politique à la définition des grandes orientations, en laissant aux gestionnaires autonomes la responsabilité de la gestion des organisations publiques (Fortier, 2010). Dès lors, il est question de performance, mais aussi, de notions comme celles de délégation de pouvoir, d'imputabilité et d'efficience (Charest, 2012).

Au NB, c'est dans une optique d'une définition des rôles et responsabilités des acteurs clés du système public de santé, c'est-à-dire le ministre de la Santé et les RRS, que la *Loi sur les régies régionales de la santé* a été créée en 2002. Cette loi précisait que le ministre doit élaborer, en collaboration avec les RRS, un plan provincial de la santé devant établir l'orientation générale de la province en matière de santé. Par ailleurs, en plus d'établir un cadre de responsabilités, le ministre de la Santé offrirait des lignes directrices aux RRS et fixerait des priorités. Les rôles et les responsabilités des RRS seraient de déterminer les besoins en matière de santé de la population desservie et les services de santé requis pour répondre à ces besoins, ceci, afin d'allouer les ressources nécessaires pour satisfaire ces besoins, conformément au plan régional de la santé et d'affaires. En somme, selon la *Loi sur les régies régionales de la santé*, les RRS devraient s'assurer de la prestation et de la gestion des services et des soins de santé sur un territoire établi.

Or, les résultats préliminaires qui découlent de notre étude tendent à démontrer que la frontière entre l'autorité qui gouverne et celle qui gère est mouvante. Autrement dit, alors que l'État s'est donné des règles par rapport aux rôles et responsabilités du ministre de la Santé et des RRS, il lui arrive parfois de les dévier. À cet égard, des répondants suggèrent que le ministre de la Santé a tendance « à vouloir se mêler dans les affaires des RRS ». En guise d'exemple concret, le Réseau de santé Vitalité a présenté aux citoyens de la province en 2015 un plan de transformation et de modernisation des soins de santé axée sur les services de santé primaires. Dans ce plan, il était question notamment de moderniser le Programme extra-mural (PEM) afin d'améliorer la santé de la population, et aussi, de faire des économies de près de 10 millions de dollars (Réseau de santé Vitalité, 2015)⁵. L'optimisation du PEM était également un des résultats escomptés par l'organisation dans son dernier plan stratégique (2017-2020) (Réseau de santé Vitalité, 2017). Malgré la *Loi sur les régies régionales de la santé* qui indique que les RRS gèrent les soins de santé sur le territoire qu'elles desservent, une entente de service était signée entre la province et Service de santé Medavie Nouveau-Brunswick en

⁵ Le PEM fournit des soins à domiciles est communautaires aux citoyens du NB. L'hôpital extra-mural (HEM), qui a été fondé en 1981, apparaissait comme une solution de rechange à la prestation de services en milieu hospitalier. En 1996, l'HEM subissait une restructuration importante qui visait à améliorer la continuité des services de santé. En effet, un changement législatif modifiait cette organisation et déléguait la gestion des diverses unités de prestation de ce nouveau PEM aux huit Corporations hospitalières régionales de l'époque. Dans cette logique évolutive, les deux RRS se sont assurés de la prestation les services offerts par le PEM jusqu'à la fin de l'année 2017, avant qu'ils soient coordonnés par l'entreprise Service de santé Medavie Nouveau-Brunswick.

janvier 2018. Ceci signifiait que la coordination des services du PEM allait dorénavant être assurée par cette entreprise, et donc, que celle-ci serait hors de la portée des réseaux de santé.

L'indépendance d'esprit et la neutralité politique

À l'instar de la recherche menée par Paulin (2016), les résultats préliminaires de l'étude en cours montrent que le système public de santé est politisé. Comme Bernier (2012) l'indique, un des enjeux du secteur public est la mise en œuvre des principes de gouvernance. L'indépendance de la majorité des administrateurs est une dimension centrale du développement de pratiques exemplaires de gouvernance et elle a des répercussions sur la crédibilité du conseil d'administration.

Nous avons déjà expliqué que la gouvernance en réseau relève d'une approche pluraliste et interactive de l'action collective et que cette méthode de régulation est caractérisée par des formes horizontales (Chevallier, 2003). Les acteurs qui sont en relation doivent être suffisamment indépendants les uns des autres, ceci, afin qu'aucun d'entre eux ne puisse imposer à lui seul une décision ou une solution à un problème (Schmitter, 2000). Une fois de plus, nous constatons que l'État ne respecte pas toujours les règles qu'il s'est données, en nommant en fonction de leur allégeance politique des administrateurs au sein des conseils d'administration des réseaux de santé.

L'arrivée d'un nouveau gouvernement à l'Assemblée législative du NB peut être envisagée comme un moment charnière pour les organisations du secteur public, car elle bouleverse souvent leur gouvernance. En guise d'exemple, la venue d'un nouveau parti politique dans cette province en novembre 2018 allait de pair avec la démission de la présidente du Réseau de santé Horizon, un geste posé à la demande du ministre de la Santé⁶. La mobilisation de ce cas d'actualité sert à illustrer que l'État contourne la *Loi sur les régies régionales de la santé* en ne nommant pas les administrateurs en fonction de certaines compétences. Or, comme l'affirmait en 2014 un groupe d'experts mandaté par l'IGOPP, la partisanerie affecte le travail des conseils d'administration des réseaux de santé en ne leur permettant pas d'atteindre les cibles qu'ils se sont fixées :

« ne permet pas [...] de tirer le plein potentiel de direction, d'orientation et d'innovation que pourrait lui apporter un conseil d'administration plus indépendant, responsable et crédible auprès de toutes les parties prenantes et capable d'instituer une culture de la performance mesurée et de la reddition de comptes franche, claire, ouverte et complète » (IGOPP, 2014, p. 18).

Les compétences et les habiletés : au-delà de la démographie

La nomination des membres d'un conseil d'administration d'une organisation du secteur public devrait s'appuyer sur une grille de compétences que cette instance établit en fonction de ses besoins particuliers (Bernier, 2012). Cette grille fait état de différentes compétences techniques ou de connaissances nécessaires à la gestion d'un réseau de santé, et ultimement, sert à conseiller l'État sur le recrutement d'individus permettant au conseil d'administration d'assumer pleinement ses responsabilités.

⁶ En effet, les principaux médias de la province rapportaient au début janvier 2019 que Grace Losier, la présidente du conseil d'administration du Réseau de santé Horizon, avait remis sa lettre de démission au ministre de la Santé Hugh Flemming. Le lecteur peut notamment lire Radio-Canada (Ici Nouveau-Brunswick). 2019. « La présidente du CA d'Horizon quitte son poste à la demande du ministre de la Santé », en ligne : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1144941/presidente-conseil-administration-reseau-horizon-demission>, comme visité le 19 avril 2019.

Les premières observations découlant de notre étude signalent que cette grille de compétences est effectivement produite par le réseau de santé et qu'elle est présentée au ministre de la Santé. Or, la *Loi sur les régies régionales de la santé* spécifie que le ministre de la Santé établit les compétences nécessaires à la réalisation du mandat des conseils d'administration des réseaux de santé. Selon nous, cette précision dans le texte législatif remet en cause la valeur ou l'utilité de la matrice de compétences élaborée par l'organisation. Des répondants soulignent d'ailleurs qu'il y a lieu de s'interroger sur le caractère « proactif » ou « réactif » de cet outil de légitimation. Dans le cas du NB, la grille de compétence est fournie au ministre de la Santé en réaction aux élections des huit membres du conseil d'administration qui ont lieu à chaque quatre ans⁷.

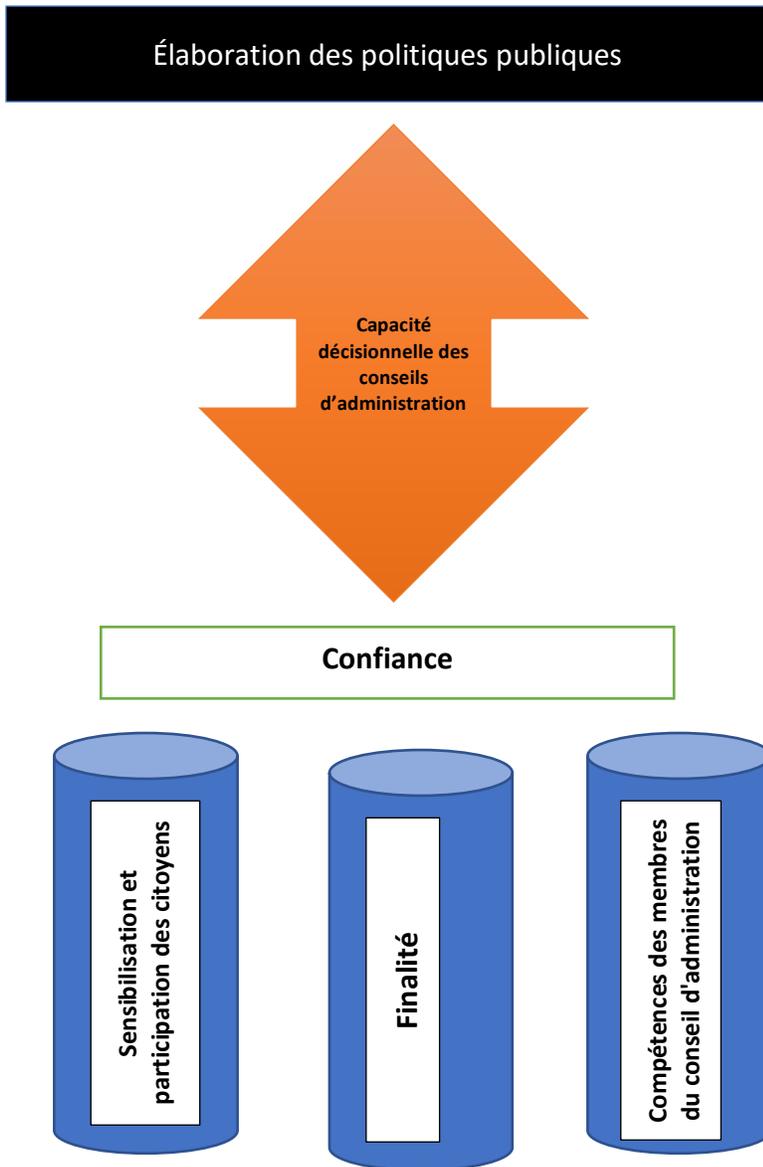
Pour Chevallier (2003), la compétence technique transforme l'« expert » en « sage », car cet acteur dispose de la hauteur de vues nécessaire, c'est-à-dire d'une connaissance intime du secteur à réguler. Cette notion même de compétence, ou d'expérience requise afin de gérer de façon efficace des organisations complexes faisant face à diverses contraintes environnementales se doit d'être bien définie. D'après nous, il importe d'aller au-delà des compétences démographiques, comme le sexe et la région géographique, et s'interroger plus profondément sur l'expertise recherchée, en droit ou en systèmes d'information par exemple. L'État doit aussi s'intéresser à la gamme de services offerts par les instances régionales dans le but de répondre aux besoins des citoyens. Dans le secteur de la santé, il est question notamment de compétences dans le domaine de la santé mentale ou des maladies chroniques.

DISCUSSION et CONCLUSION

Dans la figure 1, ci-dessous, nous proposons un cadre conceptuel, dans lequel nous présentons de « nouveaux piliers » afin de construire un pont entre l'élaboration des politiques publiques et la gestion publique.

⁷ En effet, le directeur des élections municipales assure la direction et la supervision des huit membres élus du conseil d'administration de chacune des RRS. Sept membres du conseil d'administration sont nommés par le ministre de la Santé à la suite des élections qui se déroulent à chaque quatre ans. Le mandat de l'ensemble des 15 membres du conseil d'administration peut donc se terminer à une même date.

Figure 1 : Gouvernance en réseaux du secteur public et politiques publiques démocratiques



La confiance

La notion de **confiance** se situe au cœur de notre cadre conceptuel, puisqu'elle représente un enjeu qui refait constamment surface dans les discussions tant au niveau de l'appareil administratif, qu'aux ministères à vocation sociale (Paulin, 2016) et au réseau de santé qui est actuellement à l'étude. Dans le cas particulier de l'étude des facteurs contextuels inhérents aux instruments délibératifs, nous avons remarqué une forte crainte chez les acteurs gouvernementaux d'affirmer leur position auprès de l'autorité décisionnelle (« Speaking Thruth to Power »). Ce même constat s'applique également chez les groupes/réseaux francophones étudiés, qui n'osent pas toujours traduire leur façon de penser auprès des décideurs publics, souvent par crainte de perdre leur financement et les liens qu'ils établissent avec l'État. De plus, ces observations s'appliquent tant au niveau des fonctions relatives

à la gestion publique qu'à celles de l'analyse des politiques publiques. Ainsi, même si les données probantes recueillies au sujet d'un enjeu démontrent clairement que les paramètres d'une décision donnée sont imprécis ou encore improbables, un bon nombre d'employés gouvernementaux se restreignent à aborder ces éléments directement auprès des décideurs publics. Certains concluent que cette culture contribue à définir la fonction publique néo-brunswickoise comme étant très « *politisée* », c'est-à-dire « *à la merci du gouvernement* ». Selon ces mêmes répondants, il s'agit d'une situation observée dans tous les secteurs de la fonction publique, que ce soit dans le domaine des politiques sociales ou des politiques en santé.

Au lieu de percevoir ce geste comme une forme d'analyse des politiques publiques objective et impartiale, cette « dénonciation » est plutôt considérée comme une revendication contre le gouvernement. Les acteurs communautaires qui sont sollicités auprès du gouvernement pour collaborer à l'avancement de certains enjeux publics entendent souvent ce discours où ils présentent aux employés gouvernementaux des données objectives, mais contradictoires à l'analyse préparée par leurs collègues au palier gouvernemental. Dans un tel contexte, ces derniers n'osent simplement pas confirmer publiquement leur point de vue ou encore présenter ouvertement une analyse décisionnelle qui serait différente de celle souhaitée par l'autorité publique (soit parce qu'il s'agit d'une priorité gouvernementale ou encore d'une directive partisane de la part d'un élu). Cette spécificité de la culture organisationnelle du gouvernement provincial favorise difficilement l'intermédiation des intérêts et l'expression ouverte des conflits; des conditions de réussite pourtant prônées par les défenseurs de la démocratie délibérative (Blondiaux, 2008; Callon, Lascoumes et Barthe, 2001; Fung, 2006).

D'autres répondants nous ont par ailleurs partagés que cette culture de méfiance contribue à l'appréhension des acteurs gouvernementaux au sujet de leur sécurité professionnelle au sein de la fonction publique, par exemple la perte de leur emploi ou encore la difficulté d'atteindre ses objectifs professionnels à cause d'ingérence politique à ce niveau. Une observation similaire a été remarquée au niveau des acteurs non gouvernementaux (les réseaux de politiques publiques à l'étude), qui bénéficient de subventions gouvernementales comme principales sources de revenus, craignant la fin des collaborations entre eux et l'État (incluant les collaborations financières)

Les compétences et la finalité

En plus du profil de **compétences** qui a déjà été expliqué **dans une autre section**, nous croyons que l'État doit jouer son rôle de préciser une **finalité**, et ceci, en toute transparence. Dans le cas particulier des réseaux de santé, cette action de l'État d'explicitier des priorités et des lignes directrices est inscrite dans la *Loi sur les régies régionales de la santé*. Alors que le partage d'une finalité ainsi que sa mesure peuvent mettre en évidence certaines failles présentes au sein du système public de santé, et donc, soulever des risques politiques, nous pensons que ceci peut permettre à l'État d'être plus légitime aux yeux des citoyens (Collin, 2018). L'adoption d'une telle pratique serait un appui indéniable dans le développement d'une haute qualité de gouvernance des réseaux de santé, car elle leur offrirait un plein potentiel d'action. Autrement dit, la concrétisation de cette pratique pourrait se révéler comme un levier à l'amélioration de la performance des réseaux de santé.

La sensibilisation et la participation des citoyens

En ce qui concerne la sensibilisation et la participation des citoyens dans le processus de prise de décision, de nombreux auteurs ne pourraient être plus explicites quant à son importance et sa valeur ajoutée, certains allant même jusqu'à comparer la démocratie délibérative à un nouveau paradigme de l'action publique pour mieux répondre aux réalités du 21^e siècle. Pour certains, c'est la multiplication et la densification des réseaux de politiques publiques au sein de nos sociétés

contemporaines qui influencent la façon de concevoir les politiques publiques (Le Galès et Thatcher, 1995). Pour d'autres, la valeur ajoutée de la participation publique s'explique par le fait qu'il n'existe aucune élite suffisamment compétente pour réussir à tout prendre en considération de manière à maximiser la légitimité du processus de production des politiques publiques :

[...] aucune élite, aussi éclairée soit-elle, aussi diversifiée et riche en compétences multiples soit-elle, aussi bien équipée soit-elle, ne peut couvrir l'ensemble des considérations à prendre en compte. Il lui manquera toujours une partie des données nécessaires à la formulation complète des problèmes, et elle se retrouvera bien vite à prendre des décisions qui seront rejetées et jugées inacceptables. Callon et al. (2001 : 340)

En ce sens, l'appareil étatique est sollicité à créer des opportunités qui favorisent un plus grand rapprochement entre l'État et les citoyens. Les demandes citoyennes pour une plus grande proximité entre le gouvernement et la communauté se manifestent entre autres au niveau d'une participation active dans le processus de production des politiques publiques. À ce sujet, Fischer (1998 : 141-142) suggère qu'il faut repenser la relation et les rôles entre les analystes en politiques publiques, les citoyens et les décideurs publics. Ce qu'il appelle « *participatory policy analysis* » dans une perspective postpositiviste, se traduit entre autres par la transformation du rôle de l'expert en tant que facilitateur auprès des citoyens : « Rather than providing technical answers designed to bring political discussions to an end, the task of the analysts as facilitator is to assist citizens in their efforts to examine their own interests and to make their own decisions (Caldwell, 1975; Fischer, 1990). ».

À l'instar des cas à l'étude dans le cadre des travaux de Paulin et Collin, force est de constater que la dynamique sociopolitique observée au cours de ces dernières décennies entraîne une réflexion à l'égard du mode de gouvernance. Cette mouvance exige en quelque sorte l'État à renouveler, mais surtout à adapter, son processus d'élaboration des politiques publiques (Fung, 2006). Selon Patten (2001 : 222), dans un tel contexte de démocratisation, des instruments d'élaboration de politiques publiques à caractère inclusif, qui sont transparents et qui tiennent compte des préférences citoyennes, font depuis quelques années leur apparition aux côtés des outils de nature plutôt « traditionnelle » :

Working through the crux of the democratic challenge requires that we focus on the opening up the democratizing policy formulation within the executive branch of government. Moreover we must recognize that this can best be accomplished via a renewed (and transformed) commitment to democratic public consultation and, very importantly, the democratization of those aspects of public administration that facilitate societal input into policy-making.

Dans le même ordre d'idée, Fung (2006) ajoute que dans un contexte de « nouvelle gouvernance », la gestion publique des affaires de l'État est à revoir. De cette manière, le pouvoir décisionnel se veut davantage décentralisé par rapport aux formes classiques de démocratie représentative :

Some observers have coined the term "governance", in contrast to "government", to mark this decentering of public decision making and action away from the boundaries of formal state institutions. Addressing issues such as public safety in violent neighborhoods, the education of children, and many social services, for example, requires not only the active consent, but sometimes positive contribution (coproduction) and even joint decision making (co-governance) by beneficiaries and other affected citizens (Fung, 2006 : 681).

En réponse à ces limites et à ces nouvelles réalités sociétales, la littérature dans ce domaine nous permet de conclure que le concept et l'approche qui entourent la démocratie délibérative gagnent en popularité auprès des gouvernements. Cette forme de démocratie contemporaine, de même que ses répercussions sur les instruments de politiques publiques, sont observées à tous les paliers gouvernementaux, et ce, dans plusieurs pays à travers le monde, y compris : le Canada, les États-Unis, la Chine, le Brésil, la Turquie, la France, l'Italie, l'Allemagne, l'Espagne et les Îles grecques, pour ne

nommer que ceux-ci (Einsiedel et al., 2001; Beebeejaun et Vanderhoven, 2010; Zhong et Mol, 2008; Sintomer et al., 2007; Tas et al., 2009; Simard et al., 2006; Royo et al., 2011; Yanez, 2004, et Kallis et al., 2009). Nous ajoutons à cette liste la province du Nouveau-Brunswick, avec notamment l'étude des réseaux en contexte d'élaboration des politiques sociales et en contexte d'élaboration des politiques en santé.

La notion du « speaking truth to power » et l'élaboration de politiques publiques

En somme, la flèche orange rappelle qu'à défaut d'un conseil d'administration neutre et compétent, et d'un gouvernant qui manifeste une réelle volonté de renforcer les capacités d'action des organisations publiques régionales ou des réseaux locaux, la notion du « speaking truth to power » demeure une utopie. À l'instar de la recherche menée par Paulin (2016), les observations qui découlent jusqu'à présent de notre étude montrent que le manque d'autonomie des réseaux de santé envers le ministre de la Santé ou son ministère met un frein à une prise de décisions éclairées visant l'atteinte d'objectifs mesurables. Pour que les conseils d'administration puissent concrétiser de bonnes pratiques de gouvernance, il est indispensable que l'État leur fournisse des conditions d'exercice appropriées, dans lesquelles ils se sentent à l'aise de « dire la vérité ». Ce contexte sera favorable à une gestion plus performante du système public de santé, et mènera, comme il en est question dans le rectangle noir, à un processus d'élaboration de politiques publiques plus efficace, voire démocratique.

Références

- Baker, M., J. Coaffee et G. Sherriff (2007). "Achieving Successful Participation in the New UK Spatial Planning System", *Planning Practice & Research*, 22, 79-93.
- Beebeejaun, Y. et D. Vanderhoven (2010). "Informalizing Participation: Insights from Chicago and Johannesburg", *Planning Practice & Research*, vol. 25(3), 283-296.
- Bergevin, Y., Habib, B., Elicksen-Jensen, K., Samis, S., Rochon, J., Denis, J. L., & Roy, D. (2016). Transforming regions into high-performing health systems toward the triple aim of better health, better care and better value for Canadians. *HealthcarePapers*, 16(1), 34-52.
- Bernier, L. (2012). « Gouvernance des entreprises publiques », dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*, [en ligne], www.dictionnaire.enap.ca.
- Blondiaux, L. (2008). *Le nouvel esprit de la démocratie : Actualité de la démocratie participative*, France, Éditions du Seuil et La République des Idées.
- Bourgault, J. & Savoie, D. J. (2009). *Des gestionnaires sous influence : la nouvelle réalité des hauts dirigeants du secteur public*, *Télescope*, 12.
- Callon, M., P. Lascoumes, et Y. Barthe (2001). « Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique », Paris, Seuil.
- Cellard, A. (1997) « L'analyse documentaire », dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx et al. (dir.) *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin : 251-271.
- Charest, N. (2012). « Management public », dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*, [en ligne], www.dictionnaire.enap.ca.
- Chevallier, J. (2003). *La gouvernance, un nouveau paradigme étatique?.* *Revue française d'administration publique*, (1), 203-217.
- Collin, S. (2018). « Pilotage et mise en œuvre d'une réforme d'un système public de santé : dynamiques entre acteurs d'une gouverne pluraliste », Thèse Université de Montréal.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- de Visscher, C. (2004). *Autorités politiques et haute administration: une dichotomie repensée par la NGP?.* *Revue internationale de politique comparée*, 11(2), 205-224.
- Einsiedel, E. F., E. Jelsoe, et T. Breck (2001). "Publics at the Technology Table: The Consensus Conference in Denmark, Canada, and Australia", *Public Understanding of Science*, 10(1), 83-98.
- Farmer, D., N. Bélanger & L. Cyr (2013). Pour une gouvernance renouvelée dans le secteur de l'immigration au Nouveau-Brunswick : représentation et mobilisation autour d'un instrument d'action publique, *Revue gouvernance*, 44(1), 129.
- Fischer, F. (1998). "Beyond Empiricism: Policy Inquiry in Postpositivist Perspective", *Policy Studies Journal*, 26(1), 129-146.

- Forgues, É. (2014). La gouvernance de la communauté acadienne au Nouveau-Brunswick, dans Oueslati, S. & Magord, A. (dir.), *Qui gouverne aux États-Unis et au Canada?*, Cahiers du MIMMOC, 11, 23.
- Fortier, I. (2010). La modernisation de l'État québécois : La gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme1. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 35-50.
- Fung, A. (2006). "Chapter 33 - Democratizing the policy process", in M. Moran, M. Rein et R. E. Goodin (edited by) (2006), *The Oxford Handbook of Public Policy*, Oxford (New York), University Press, 669-685.
- Guillemot, J. (2015). La gouvernance des territoires : obstacles et opportunités en Acadie. *Port Acadie*, (28), 59-78.
- Hajer, M. A. et H. Wagenaar (2003). "Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society", Cambridge, Cambridge University Press.
- Howlett, M. (2002). "Do Networks Matter? Linking Policy Network Structure to Policy Outcomes: Evidence from Four Canadian Policy Sectors 1990-2000", *Canadian Journal of Political Science*, 35(2), 235-267.
- IGOPP (2008). Pour s'assurer d'une gouvernance en santé. Rapport du Groupe de travail sur la gouvernance des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Montréal : Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques (IGOPP).
- IGOPP (2014). Faire mieux autrement : Propositions pour une gouvernance axée sur le patient. Rapport du Groupe de travail de l'IGOPP sur la gouvernance du réseau de la santé, Montréal : Institut sur la gouvernance d'organisations privées et publiques (IGOPP).
- Jaccoud, M et R Meyer (1997). « L'observation en situation et la recherche qualitative » in J Poupart, JP Deslauriers, LH Groulx et al. (éds.) *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin : 211-249.
- Kallis, G., D. Hatzilacou, A. Meza, H. Coccossis et E. Svoronou (2009). "Beyond the Manual: Practicing Deliberative Visioning in a Greek Island", *Ecological Economics*, 68(4), 979-989.
- Klijn, E.-H. et C. Skelcher (2007). "Democracy and Governance Networks: Compatible or not?", *Public Administration*, 85(3), 587-608.
- Klijn, E.-H., B. Steinjn et J. Edelenbos (2010). "The Impact of Network Management on Outcomes in Governance Networks", *Public Administration*, 1-20.
- Landry, R., Forgues, É & Traisnel, C. (2010). Autonomie culturelle, gouvernance et communautés francophones en situation minoritaire au Canada, *Politique et Sociétés*, 29(1), 91-114.
- LeBlanc, G. (2010). *Pour un système de santé en français amélioré au Nouveau-Brunswick : rapport présenté au premier ministre du Nouveau-Brunswick*, Fredericton : ministère de la Santé.
- Lee, C. W. (2011). "Five Assumptions Academics Make About Public Deliberation, And Why They Deserve Rethinking", *Journal of Public Deliberation*, 7(1), 1-48.

Le Galès, P. & Thatcher, M. (1995). *Les réseaux de politiques publiques : Débat autour des policy networks*, Paris, Éditions L'Harmattan.

Le Galès, P. (1995). « Introduction — Les réseaux d'action publique entre outil passe-partout et théorie de moyenne portée », dans P. Le Galès et M. Thatcher (sous la direction de) (1995), *Les réseaux de politiques publiques : Débat autour des policy networks*, Paris, Éditions L'Harmattan : 13-28.

Lynn Jr, L. E., Heinrich, C. J., & Hill, C. J. (2000). Studying governance and public management: Challenges and prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 233-262.

Marsh, D. et M. Smith (2000). "Understanding Policy Networks: towards a Dialectical Approach", *Political Studies*, 48, 4-21.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris : De Boeck.

Ministère de la Santé. (2008). Faire progresser les soins de santé en mettant les patients au premier plan Nouveau-Brunswick.

Ministère de la Santé. (2012). Rapport annuel 2011-2012. Nouveau-Brunswick.

Mulamba, G., Chouinard, O., Leclerc, A. & Beaudin, M. (2015). L'Association des pêcheurs de l'île et le développement territorial de Lamèque : leadership, mobilisation sociale, autonomisation et gouvernance. *Port Acadie*, (28), 129-151.

Nouveau-Brunswick (2008). *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé 2008-2012 Initiatives majeures*. Fredericton : province du Nouveau-Brunswick.

Osborne, S. P. (Ed.). (2010). *The new public governance: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. Routledge.

Patten, S. (2001). "Democratizing the Institutions of Policy-Making: Democratic Consultation and Participatory Administration", *Journal of Canadian Studies*, 35, 221-239.

Paulin, C. C. (2016). « Articulation entre facteurs contextuels relatifs aux mécanismes délibératifs et processus de formulation des politiques publiques : Le cas des politiques sociales au Nouveau-Brunswick. » Thèse de doctorat en administration publique, Université d'Ottawa (Ontario).

Paulin, C. C. (2017). L'exercice délibératif dans le contexte de rapports linguistiques complexes : le cas du Nouveau-Brunswick. *Revue Gouvernance*, 14(1), 20-42.

PAULIN, C. C. (2019). « Analyse des réseaux dans un contexte de rapports linguistiques complexes : typologie, mode de gouvernance et effets produits par leurs actions », *Revue internationale des Francophonies*, (acceptée).

Patton, MQ (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3rd edition). Thousand Oaks : Sage.

Peters, B. G., & Pierre, J. (1998). Governance without government? Rethinking public administration. *Journal of public administration research and theory*, 8(2), 223-243.

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public management reform: a comparative analysis-into the age of austerity*. Oxford University Press.

Poupart, J. (1997). « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques » in J. Poupart, JP Deslauriers, LH Groulx et al. (éds.) *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin : 173-209.

Réseau de santé Vitalité. (2015). Plan des services cliniques Phase 1 : Développement des services de santé primaires.

Réseau de santé Vitalité. (2017). *En route vers la modernisation et la transformation du système de santé Plan stratégique 2017-2020*.

Rhodes, R. A. W. (2000). Governance and public administration. *Debating governance*, 54, 90.

Rhodes, R. A. W. (2006). "Policy Network Analysis", in M. Moran, M. Rein et R. R. Goodin, (eds.), *The Oxford Handbook of Public Policy*, 425-447.

Royo, S., A. Yetano et B. Acerete (2011). "Citizen Participation in German and Spanish Local Governments: A Comparative Study", *International Journal of Public Administration*, 34, 139-150.

Savoie, D. J. (1999). *Governing from the Centre: The Concentration of Power in Canadian Politics*, Toronto, University of Toronto Press.

Schmitter, C. (2000). « Réflexions liminaires à propos du concept de gouvernance », pp. 51-59 in : C. Gobin, B. Rihoux (éds.) *La démocratie dans tous ses états : systèmes politiques entre crise et renouveau*, Louvain-La-Neuve, Bruylant-Academia.

Simard, L. et al. (2006) (sous la dir.), *Le débat public en apprentissage : aménagement et environnement. Regards croisés sur les expériences française et québécoise*, Paris, L'Harmattan.

Sintomer, Y., C. Herzberg et A. Roche (2007). "From Porto Alegre to Europe: Potentials and Limitations of Participatory Budgeting", dans J. Franzke, M. Boogers, J. M. Ruano et L. Schaap (ed.), *Tensions Between Local Governance and Local Democracy*, Book series "Local Governance and Democracy", 1, 113-127.

Tas, M., N. Tas et A. Cahantimur (2009). "A Participatory Governance Model for the Sustainable Development of Cumalikizik, a Heritage Site in Turkey", *Environment and Urbanization*, 21(1), 161-184.

Yanez, C. J. N. (2004). "Participatory Democracy and Political Opportunism: Municipal Experience in Italy and Spain (1960-93)", *International Journal of Urban and Regional Research*, 28(4), 819-838.

Yo, H. (2017). Network Structure and Governance Performance: What Makes a Difference?, *Public Administration Review*, 11.

Zhong, L-J et A. P. J. Mol (2008). "Participatory Environmental Governance in China: Public Hearings on Urban Water Tariff Setting", *Journal of Environmental Management*, 88(4), 899-913.