

Gouvernance et fusions d'établissements sociosanitaires **Governance and merger of socio-sanitary establishments**

Alain Dupuis, Luc Farinas and Louis Demers

Volume 1, Number 2, 2004

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1039151ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1039151ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Centre d'études en gouvernance de l'Université d'Ottawa

ISSN

1912-0362 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Dupuis, A., Farinas, L. & Demers, L. (2004). Gouvernance et fusions d'établissements sociosanitaires. *Revue Gouvernance / Governance Review*, 1(2). <https://doi.org/10.7202/1039151ar>

Article abstract

The authors raise the question of which “coordination problems” are likely to be resolved by the merger of establishments. They attempt a response to this question on the basis of organizational theory and design, an approach rarely taken by studies which shed light on coordination problems and call for the integration of institutions and services. From the theories in point we learn that there is a multitude of governance and coordinate mechanisms with partially distinctive properties beyond the popular market/hierarchy/network trilog. Socio-sanitary systems create various combinations of these mechanisms. Mergers accentuate the importance of some of these mechanisms such as central authority, hierarchy, and formal rules. These mechanisms are indeed important, though it remains to be seen if the Quebec socio-sanitary system can be improved by strengthening them, as they have significant limitations in complex situations. The article analyzes the merger of socio-sanitary establishments from the perspective of the governance and coordination mechanisms involved.



Gouvernance et fusions d'établissements socio-sanitaires

Vol.1, No. 2, décembre 2004, Page 25

Alain Dupuis et Luc Farinas et Louis Demers

Résumé

Dans cet article, nous analysons la fusion d'établissements socio-sanitaires sous l'angle des mécanismes de coordination et de gouvernance. Nous mobilisons un cadre d'analyse qui met en valeur la variété de ces mécanismes et qui précise dans quels contextes ils peuvent faire leur travail adéquatement et dans quels contextes ils ne le peuvent pas. Lorsque la fusion d'établissement est analysée sous cet angle, il ne semble pas automatique, contrairement à l'idée reçue, qu'elle puisse améliorer la gouvernance du système de production de soins de santé et de services sociaux.

Grâce à la création de ces 12 centres de santé et de services sociaux sur l'île de Montréal, nous pourrions offrir aux citoyens des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture.

Louis Côté, directeur de l'information et de la planification de l'Agence montréalaise de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. 2004.

The urge to merge is an astounding, run-away phenomenon given the weak research base to support it, and those who champion mergers should be called upon to prove their case.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Myth : Bigger is always better when it comes to hospital mergers, 2002.

Les fusions d'établissements socio-sanitaires ont été très nombreuses aux États-Unis et en Angleterre dans les deux dernières décennies (Cereste, Doherty et Travers 2003; Fulop et al. 2005). Depuis les années 1960, le Québec a lui aussi connu plusieurs vagues de fusions d'établissements socio-sanitaires (Demers, Pelchat, Côté 2002). Les dernières en date regroupent des hôpitaux, des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres de soins de longue durée (CHSLD) dans de nouveaux centres de santé et de services sociaux. Les fusions auraient pour but d'assurer une meilleure « intégration » administrative et clinique de façon à réaliser une meilleure « coordination » de l'offre de services. La coordination permettrait de rationaliser l'offre de services, d'éliminer les doublons et les chevauchements, de réduire la fragmentation, d'améliorer l'efficacité et la cohérence du système de soins de santé et de services sociaux. Les bénéfices supposés des fusions d'établissements socio-sanitaires sont toutefois assez peu documentés et restent à démontrer (Markham et Lomas 1995). Les études présentent en général des résultats mitigés voire négatifs (Snail et Robinson 1998; Burns et Pauly 2002; Fulop et al. 2002; Field et Peck 2003). Selon nous, il faut mettre en question le lien présumé entre la coordination, la fusion et l'amélioration des soins de santé et des services sociaux¹.

Dans cet article, nous nous demandons quel est ce « problème de coordination » pour lequel les fusions d'établissements seraient une solution. Nous tentons de répondre à cette question en nous inspirant des théories de l'organisation et du design organisationnel, ce que font peu les études qui dénoncent les problèmes de coordination et qui appellent à l'intégration des établissements et des services. Ces théories nous apprennent qu'il existe, au-delà de la populaire trilogie marché-hiérarchie-réseau, une multitude de mécanismes de gouvernance et de coordination aux propriétés partiellement distinctes. Les systèmes socio-sanitaires combinent de diverses façons ces mécanismes. Les fusions ont pour effet d'accentuer l'importance de certains mécanismes tels que l'autorité centrale, la hiérarchie et les règles formelles. Ces mécanismes ont leur importance, mais il reste à faire la preuve que les renforcer puisse améliorer le fonctionnement du système socio-sanitaire québécois, car ils ont des limites importantes en situation de complexité. Dans cet article, nous analysons les fusions d'établissements socio-sanitaires sous l'angle des mécanismes de gouvernance et de coordination qui sont en jeu.

La coordination, pierre philosophale de notre époque

Certains auteurs associent la vague de fusions d'établissements socio-sanitaires au nouveau management public et à la tendance à importer les pratiques des entreprises privées dans les services publics (Bigelow et Arndt 2000; Kitchener et Gask 2003). Il y a certainement un fondement à cette idée, mais il faut voir que la fusion d'établissements socio-sanitaires s'inscrit parfaitement dans l'orthodoxie de l'administration publique qui tolère mal les systèmes multiorganisationnels (Chisholm 1989; Ostrom 1989). D'innombrables écrits publiés dans les dernières décennies

appellent à toujours plus de coordination et d'intégration organisationnelle dans les services publics (Chisholm 1989). La quête de la « coordination » se poursuit inlassablement sous diverses formes malgré les doutes sur son bien fondé théorique et l'absence de résultats pratiques (Morris et Hirsch Lescohier 1978; Weiss 1981). Pour cette raison, Harold Seidman (1998) la compare de façon imagée à la quête médiévale de la pierre philosophale. Elle apparaît comme la solution ultime et définitive à tous les maux qu'on croit percevoir dans les services publics et qui auraient pour cause la fragmentation, le cloisonnement, les dédoublements, les chevauchements, le fonctionnement en « silos » ou en « chapelles protégées » et les « guerres de clochers ».

Dans une analyse éclairante, Janet Weiss (1981) a expliqué pourquoi la coordination prenait tant d'importance dans nos représentations collectives malgré le peu de succès des réformes fondées sur le diagnostic d'une insuffisance de coordination. Les problèmes auxquels s'attaquent les services publics et les problèmes que pose l'organisation de ces services sont complexes et mal compris. On ne sait pas avec certitude et sans ambiguïté ce qu'il faut faire, selon quelles priorités ni comment il faut faire. Une multitude d'intérêts, de valeurs et de visions du monde plus ou moins ambiguës, incompatibles ou contradictoires sont en jeu. Dans ce contexte, les réorganisations administratives constituent des actions hautement symboliques affirmant des valeurs et des idéaux fondamentaux de la collectivité (March et Olsen 1983). C'est particulièrement vrai dans le domaine névralgique des soins de santé, où toute action publique prend nécessairement un caractère symbolique important. L'idée de « coordination » constitue justement un principe simplificateur puissant, symbolisant des valeurs communes profondes et rassembleuses. Pour cette raison, elle fait consensus. Si la coordination symbolise la rationalité, l'efficacité, la cohérence et la coopération, comment être contre (Wildavsky 1987)? Pour cette raison, elle est aussi abondamment exploitée par des acteurs (politiciens, gestionnaires et experts) en quête de légitimité sociale. La fascination persistante pour les fusions et l'intégration résulte de l'association du principe symbolique de la coordination avec un autre principe de même nature également important dans nos représentations collectives, celui de l'organisation machine.

L'organisation machine, mythe central de notre époque

La conception de structures organisationnelles constitue un problème extrêmement difficile à cerner, que nous comprenons assez peu et pour lequel il n'existe pas de méthodes intellectuelles systématiques permettant à coup sûr de trouver une bonne solution (Grandori 1997). On utilise donc des modèles simplificateurs pour décider collectivement comment s'organiser. Les consensus sur la façon de s'organiser se forment autour des modèles simplificateurs les plus connus et les plus légitimes, ceux qui symbolisent des valeurs et des normes fondamentales de notre civilisation (Meyer et Rowan 1977).

Le sens commun administratif et organisationnel semble largement dominé par un modèle simplificateur symbolisant puissamment l'ordre, la cohérence, la rationalité et l'intelligence. Il s'agit du modèle de l'organisation rationnelle, hiérarchique, centralisée, planifiée et formalisée (Scott 2003), le modèle de l'organisation machine (Mintzberg 1989). Malgré toutes les critiques et les remises en question dont il a été l'objet au cours du vingtième siècle, ce modèle simplificateur semble encore largement servir de cadre d'interprétation et d'intervention de l'action organisée et de sa gouvernance. En particulier, il influence encore l'analyse des systèmes de production de services publics (Wildavsky 1987; Chisholm 1989; Ostrom 1989). Ces systèmes, lorsqu'ils sont multiorganisationnels plutôt qu'unitaires, sont jugés fragmentés, affaiblis par des chevauchements et des dédoublements, insuffisamment coordonnés, minés par des guerres de clochers, le chaos et le gaspillage. Cette lecture de la réalité est relativement peu étayée sur les plans empirique (Warren, Rose et Bergunder 1974; Chisholm 1989; Oakerson 1999) et théorique (Lindblom 1965, 1990; Wildavsky 1987; Ostrom 1989; Landau 1991). Elle repose en bonne partie sur les présupposés théoriques du modèle de l'organisation rationnelle dirigée par un centre d'autorité unique (Ostrom 1989). C'est probablement ce modèle organisationnel, central dans notre imaginaire, plutôt qu'un constat empirique solidement étayé, qui nous incite à diagnostiquer des problèmes de coordination dans les systèmes multiorganisationnels et à souhaiter plus d'intégration (Chisholm 1989). Il faut envisager la possibilité que les systèmes sociosanitaires soient mieux coordonnés qu'on le pense habituellement et que les fusions ne constituent pas nécessairement une action pertinente. Il est important d'approfondir notre compréhension de la coordination et de ne pas nous en tenir aux symboles de façon non critique si nous ne voulons pas chercher éternellement des solutions illusoire à de faux problèmes.

L'organisation des liens de complémentarité

La coordination est une composante de toute action organisée. Elle accompagne la division du travail et la multiplication et la spécialisation croissantes de nos méthodes d'action, de nos objectifs et de nos connaissances. Nous arrivons collectivement à accomplir de plus en plus de choses de façon de plus en plus efficiente parce que nous nous divisons le travail et parce que nous développons continuellement des façons de faire spécialisées adaptées à la multitude des problèmes que nous posent le monde et la vie collective. Nous créons toujours plus de valeur (accomplissons plus de choses, de façon plus efficiente) parce que nous établissons divers liens de complémentarité, au sens le plus large, entre nos ressources et nos activités. La coordination consiste à établir et à maintenir cette complémentarité créatrice de valeur par un ajustement des décisions et des activités de chacun.

Contrairement à ce que peuvent nous laisser croire les modèles simplificateurs, y compris la trilogie hiérarchie-marché-réseau (ou État-marché-communauté), il existe une multitude de mécanismes de coordination et de

gouvernance aux propriétés distinctes permettant de favoriser l'ajustement et la complémentarité (Lindblom 1965; Grandori 2001a). Ces mécanismes produisent une coordination (un ajustement) souvent « invisible » à la lumière des modèles simplificateurs de l'organisation rationnelle et de l'organisation machine. C'est pourquoi les systèmes multiorganisationnels sont probablement plus « coordonnés » qu'on ne le pense en général (Warren, Rose et Bergunder 1974; Chisholm 1989).

Les mécanismes de coordination et de gouvernance vont de la règle formelle à la négociation en passant par l'autorité et la communauté. La plupart de ces mécanismes se retrouvent aussi bien dans les systèmes multiorganisationnels que dans les systèmes organisationnels unitaires. Ces systèmes organisationnels sont toujours composés d'une combinaison de plusieurs mécanismes de coordination. Nous en présentons ici une petite liste, sans chercher à distinguer les mécanismes élémentaires des mécanismes composites. Même si on ne peut faire justice ici à la variété de ces mécanismes et à leurs propriétés, il est important de les évoquer pour sortir du cadre étroit de l'organisation rationnelle qui rend invisible une partie de la coordination réelle dans les systèmes sociosanitaires multiorganisationnels.

En tant que mécanisme de coordination, les règles formelles prennent différentes formes, allant des plus générales aux plus particulières : constitutions, conventions, procédures, contrats (relationnels et transactionnels), actions programmées (ou plans). Les normes sociales prennent également plusieurs formes allant des plus générales aux plus particulières : valeurs et principes fondamentaux, codes de conduite et pratiques coutumières spécialisées. Des mécanismes de tampon peuvent être utilisés sous la forme du stockage ou de la file d'attente, selon les contextes. La « modularisation », c'est-à-dire la création d'unités organisationnelles quasi indépendantes, de même que la redondance et le chevauchement fonctionnels contribuent également à réaliser la complémentarité des décisions et des activités. Notons également un ensemble de mécanismes plus ou moins élémentaires qui se combinent pour constituer des mécanismes de coordination plus élaborés : l'adaptation unilatérale, l'autorité, le prix, l'échange social, la propriété, l'emboîtement hiérarchique, la compétition (droit de retrait, rivalité et redondance), le vote, la négociation, le marchandage, la compensation, l'intermédiation, la réputation, la discussion, l'argumentation et la persuasion. Parmi les mécanismes plus élaborés, on trouve : la hiérarchie dans ses diverses formes; le marché dans ses diverses formes (à base de compétition avec ou sans mécanisme de prix); l'arbitrage par une tierce partie; les systèmes de propriété ou de responsabilité partagée; les fonctions d'intégration combinant deux spécialités; l'équipe et le « réseau » de collaboration volontaire; l'assemblée collégiale et l'assemblée représentative; le réseau de communication spontané; enfin, la communauté, à base de normes sociales, d'échanges sociaux et de réputation, dans ses différentes formes, soit les communautés de pratiques, les communautés occupationnelles, les communautés épistémiques, les communautés sectorielles, les communautés civiques et autres.

Combinés de multiples façons, ces mécanismes assurent un certain ajustement des décisions de chacun et permettent d'organiser l'échange et la mise en commun profitables de nos ressources. Pour évaluer la contribution possible des fusions d'établissements sociosanitaires à l'ajustement des décisions et des activités, il faut comprendre les propriétés de chacun de ces mécanismes.

Un cadre d'analyse pour la gouvernance et les problèmes de coordination

Il y a des contextes où tous les mécanismes de coordination et de gouvernance peuvent fonctionner correctement, quoique de façon plus ou moins efficace. Il y a d'autres contextes où seuls quelques-uns d'entre eux peuvent fonctionner. En fait, leur fonctionnement est compliqué par diverses caractéristiques du travail collectif qu'il faut accomplir et de la « tâche » collective qu'il faut réaliser. Ces caractéristiques concernent nos connaissances, nos objectifs et nos intérêts. Elles expliquent ce que les différents mécanismes peuvent et ne peuvent pas accomplir. Elles nous aident à établir quels sont les mécanismes les plus appropriés selon le travail collectif à réaliser, et nous aident à évaluer le modèle de gestion et de gouvernance proposé par les partisans des fusions d'établissements sociosanitaires. On pourrait répartir ces caractéristiques en quatre grandes catégories : 1) le niveau de complexité des connaissances et des valeurs, qui est lié au niveau de complexité du travail à accomplir et des méthodes utilisées; 2) la différenciation des points de vue et des perspectives sur ce qu'il faut faire et sur la façon de le faire; 3) le caractère tacite des connaissances, des valeurs et des jugements qui permettent de décider ce qu'il faut faire et comment accomplir le travail à faire; et 4) les conflits d'intérêts (Grandori 2001b).

Quels mécanismes de gouvernance pour l'organisation des soins de santé et des services sociaux?

Pris dans leur totalité, les soins de santé et les services sociaux constituent un ensemble énorme de « tâches » caractérisé par un niveau élevé de complexité et de différenciation et par une proportion importante de savoir et de jugements tacites. Ils sont également un enjeu de société fondamental combinant une multitude d'intérêts plus ou moins divergents. Pour que le système de soins de santé et de services sociaux fonctionne, pour qu'il puisse accomplir son travail, il doit être organisé de façon à pouvoir composer avec chacune de ces caractéristiques.

La complexité épistémique et axiologique dans l'organisation des soins de santé et des services sociaux

Le système de production de soins de santé et de services sociaux doit composer avec un niveau élevé de complexité épistémique et axiologique (ambiguïté, incertitude, incohérence et faillibilité de nos connaissances et de nos valeurs). Les fins et les moyens y sont multiples, problématiques et ambigus (Hasenfeld et English 1974). Ils font l'objet de conflits de jugements et d'intérêts dans la population et chez les experts. Dans nos représentations collectives, les soins de santé poursuivent au moins cinq fins plus ou moins incompatibles et plus ou moins tacites : la promotion de la santé, l'assistance à personne en difficulté, le réconfort moral, la dignité humaine et la reconnaissance d'une humanité commune (sous forme d'accessibilité universelle et égale) (Bloche 2003). Dans un contexte de ressources limitées, ces multiples fins et moyens sont nécessairement en compétition les uns avec les autres. Comme les multiples valeurs, préférences et fins chez les individus et dans la société sont partiellement incompatibles, contradictoires, incohérentes et fluctuantes, il n'existe pas de technique « rationnelle » pour établir un ordre de priorité systématique et « objectif » (Braybrooke et Lindblom 1963; Bloche 2003). Tout choix de pratiques et d'allocation des ressources est un choix d'ordre moral et idéologique (Hasenfeld 1992; Bloche 2003), une prise de position par rapport à un ensemble de dilemmes moraux et cognitifs impossibles à résoudre par une méthode analytique. La finalité de ces services demeure toujours partiellement ambiguë, tiraillée entre des valeurs difficiles à concilier en pratique comme, par exemple, les visées de prise en charge ou d'autonomisation des personnes. La tâche à accomplir demeure nébuleuse, ses contours sont vagues et les problèmes à résoudre ne comportent pas nécessairement de solutions. Les objectifs ne peuvent être qu'abstraits, flous ou encore difficiles à traduire en résultats attendus concrets (Hasenfeld et English 1974; Rossi, 1978). Ces objectifs flous et le fait qu'il s'agit d'intervenir dans la vie de personnes impliquent une légitimité sociale instable : il faut répondre à des attentes diverses et à des demandes contradictoires de la part de groupes d'intérêts variés (Sarri et Hasenfeld 1978).

À la complexité des fins s'ajoute la complexité des moyens. Les méthodes connues pour produire les soins de santé et les services sociaux sont faillibles et produisent des résultats plus ou moins indéterminés (Hasenfeld et English 1974). Ces méthodes doivent composer avec un niveau élevé d'inconnu, d'incertitude et d'ambiguïté, aussi bien en médecine que dans les services sociaux. Il y a de l'incertitude dans à peu près toute décision d'ordre médical (McNeil 2001; Bloche 2003). Le savoir médical est faillible, exploratoire, incomplet et en constante révision (Kerwin 1993). En médecine clinique, il faut composer avec l'incertitude sur l'état de santé du patient, sur l'efficacité des traitements et sur les valeurs et les préférences du patient (Balsa, Seiler, McGuire, Bloche 2003). On fait face à de l'ambiguïté et à de l'incertitude dans l'interprétation des symptômes, des tests et des analyses de laboratoire. Il y a également incertitude sur l'efficacité relative des différents diagnostics et traitements possibles. Cette incertitude clinique se répercute sur toutes les questions de politiques publiques et rend problématique, par exemple, toute démarche visant l'« équité » et l'« efficacité » (Bloche 2003). On retrouve la même difficulté dans de nombreux volets des services sociaux comme, par exemple, le travail avec les personnes suicidaires (Mishna, Antle et Regehr 2002) ou les « itinérants ».

Les « technologies » de production des services sociaux et humains doivent s'adapter à une « matière première » extrêmement variable, pas toujours très stable et assez mal connue, les êtres humains (Hasenfeld et English 1974). Ces derniers ont un comportement complexe dont plusieurs facettes peuvent être difficiles à voir, à analyser et à prévoir. Les êtres humains sont des entités auto-activées et non pas une matière morte inerte. Ils ont un rôle actif à jouer dans le traitement ou le service (Hasenfeld et English 1974; Sarri et Hasenfeld 1978). Les soins de santé et les services sociaux sont largement fondés sur des interactions humaines, avec toute la complexité et toutes les difficultés que ces interactions comportent. L'indétermination des conduites humaines nécessite une bonne part d'adaptabilité de la part du système de production de soins de santé et de services sociaux.

La théorie de l'organisation soutient depuis plusieurs décennies qu'un niveau élevé de complexité épistémique et axiologique rend inopérants les moyens de l'organisation machine (Thompson et Tuden 1959; Burns et Stalker 1961; Braybrooke et Lindblom 1963; Mintzberg 1989; Scott 2003). Parce que le niveau de complexité des soins de santé et des services sociaux est élevé, certains moyens de coordination ne sont pas efficaces et d'autres sont nécessaires pour en assurer la production.

En situation de complexité épistémique, les mécanismes de gouvernance et de coordination doivent favoriser l'évolution des idées, des pratiques et des valeurs. Ils doivent permettre l'existence en parallèle d'une variété de points de vue, de jugements, d'approches et de méthodes relativement découplés les uns des autres et des processus de critiques mutuelles entre ces points de vue. Ils doivent mettre en œuvre une certaine dose de redondance et de chevauchement de façon à assurer l'existence de mécanismes de sécurité et de processus de correction des erreurs (Landau 1969). L'autorité centralisée, la hiérarchie décentralisée, les prix, le vote, le plan et la négociation fonctionnent mal en contexte de complexité épistémique (Grandori 2001a). Il faut plutôt, ou en plus, faire appel à différentes combinaisons de communautés (normes, échanges sociaux, réputations), d'assemblées collégiales et d'équipes, de modularisation, d'ajustement unilatéral, de redondance et de compétition (droit de retrait, rivalité, redondance).

La différenciation dans l'organisation des soins de santé et des services sociaux

Un niveau élevé de spécialisation et de différenciation limite également l'ensemble des moyens de coordination et

de gouvernance efficaces dans la production des soins de santé et des services sociaux. Ces derniers doivent faire appel à la spécialisation pour développer des cadres d'intervention raffinés et adaptés à la variété et à la difficulté des problèmes à résoudre. Cette spécialisation nécessite une différenciation des orientations, des modes de pensée, des pratiques et des priorités (Lawrence et Lorsch 1967). Les travailleurs de rue et les neurochirurgiens, par exemple, travaillent dans des univers cognitifs qui ont peu d'éléments en commun. Les hôpitaux qui offrent des soins physiques de courte durée ont des cadres d'intervention fort différents des centres de soins de longue durée ou des CLSC qui doivent composer avec les milieux de vie et les conditions socioéconomiques des gens qu'ils desservent. À l'intérieur des hôpitaux, les activités cliniques sont elles-mêmes très variées et très différenciées, nécessitant des modes de production distincts (Lamothe 1999).

Lorsqu'on évoque des problèmes de coordination et la nécessité d'une meilleure « intégration » dans le système de santé et de services sociaux, on fait généralement référence aux complémentarités à établir entre les diverses spécialités, les services de courte durée, le suivi dans le milieu de vie, les services de longue durée, les soins de santé physique et de santé mentale, et les services sociaux. Le niveau élevé de différenciation entre ces fonctions limite la liste des mécanismes d'ajustement et de coordination utilisables.

Les ensembles d'individus qui se spécialisent développent des langages, des théories, des méthodes, des préoccupations, des perceptions et des pratiques qui leur sont propres (des cultures particulières). C'est ce qui fait toute la valeur de la spécialisation pour résoudre la grande variété et la grande difficulté des problèmes que nous posent le monde et la vie en société. Les mécanismes de coordination et de gouvernance doivent préserver cette différenciation, qui n'est pas sans créer de problèmes. Elle crée une distance cognitive et culturelle plus ou moins importante entre les ensembles spécialisés d'individus. Plus cette distance est grande, plus la communication et l'intercompréhension deviennent difficiles, plus les jugements peuvent diverger et devenir difficiles et coûteux à ajuster.

L'autorité, la hiérarchie, le réseau de communication et les communautés peuvent difficilement coordonner un niveau élevé de différenciation. L'intermédiaire (intégrateur, arbitre), l'équipe, le marché et l'adaptation unilatérale ont de meilleures capacités sur ce plan, quoique des capacités distinctes. L'intermédiaire ne peut fonctionner dans un contexte de complexité épistémique élevée. Il faut plutôt dans ce cas faire appel à une forme d'équipe qui fera un travail de combinaison des connaissances. La combinaison du marché, de la modularisation et des prix en argent, permet de coordonner des échanges de ressources génériques sans avoir à combiner les connaissances très spécialisées associées à ces ressources. L'adaptation unilatérale permet également de faire l'économie de l'intégration de deux univers cognitifs différents. Lorsque deux professions ou deux organisations développent des orientations et des approches d'intervention très distinctes, il peut, à la limite, être suffisant (efficace et efficient) que chacune effectue son travail en prenant en compte les résultats du travail de l'autre sans chercher à l'influencer ou à réaliser une intégration rationnelle des deux approches.

En situation de complexité épistémique, une intégration rationnelle et forcée de deux « cultures » fort différentes risque grandement d'appauvrir les deux cultures ou d'en faire disparaître une au profit de l'autre. L'existence d'unités organisationnelles distinctes et relativement indépendantes les unes des autres joue un rôle important dans la préservation et la prise en compte de la variété de nos valeurs, de nos idées et de nos pratiques, qui présentent une part non négligeable et irréductible d'incohérence et d'incompatibilité les unes avec les autres (Litwak 1961; Litwak et Hylton 1962; Lindblom 1965; March 1994).

La complexité computationnelle

Si tout était intensivement relié à tout, nous serions paralysés par la complexité computationnelle. Cette dernière résulte du nombre d'éléments à prendre en compte, de leur variabilité, de leur dispersion et du nombre de liens à établir entre ces éléments. Les mécanismes de coordination et de gouvernance qui permettent de composer avec la complexité computationnelle doivent assurer la complémentarité entre ces éléments sans qu'aucun individu ou ensemble d'individus n'ait à rassembler, à connaître et à analyser tous ces éléments et tous ces liens. Ces mécanismes doivent économiser les ressources cognitives des individus, sans quoi la coordination à grande échelle est impossible. Tout n'est pas étroitement relié à tout et c'est ce qui permet au système de soins de santé et de services sociaux de fonctionner efficacement en l'absence de mécanismes de coordination pour coupler de façon étroite toutes les décisions et toutes les activités les unes avec les autres.

Parce que le travailleur de rue et le neurochirurgien ont des tâches à peu près indépendantes, les mécanismes de coordination et de gouvernance n'ont pas un gros travail à faire pour assurer leur complémentarité. Simon (1947) a montré que pour avoir la capacité d'accomplir leur travail efficacement, les mécanismes de coordination doivent exploiter à fond le fait que tout n'est pas relié à tout et qu'on peut diviser les problèmes en sous-problèmes relativement indépendants les uns des autres de façon à limiter les efforts de coordination. La modularisation découpe ou décompose les problèmes et limite la complexité computationnelle du travail à accomplir. Pour la grande majorité des problèmes et des clientèles, il n'y a probablement pas de raisons de tenter d'augmenter le niveau d'intégration de l'ensemble du système de santé et de services sociaux (Morris et Hirsch Lescohier 1978).

On a montré que le marché avec prix et adaptation unilatérale économise les ressources cognitives et permet

d'atteindre un niveau de coordination impossible à atteindre autrement dans un contexte de grande dispersion des connaissances (Hayek 1948) et d'une grande variété des fins. Dans un contexte de moins grande dispersion et variété, c'est également ce que fait la hiérarchie conçue comme une forme de modularisation des activités et l'emboîtement hiérarchique de ces modules, c'est-à-dire une forme de décentralisation (Simon 1947). Le vote permet également de prendre en compte un grand nombre d'avis (donc de connaissances et de fins), mais sur un nombre limité d'éléments. Par contre, l'autorité centralisée, le plan, la procédure, la négociation, l'équipe de même que le réseau de communication spontané ne permettent pas, à eux seuls, de composer avec un grand nombre d'éléments et de liens, ni leur grande variété ou leur dispersion. Les normes sociales et les règles formelles générales (constitutions, valeurs fondamentales, principes généraux et autres) sont quant à elles aptes à organiser un grand nombre d'éléments même lorsqu'ils sont dispersés dans l'espace et le temps.

Les règles et les normes plus particulières, celles qui prescrivent des actions précises dans des contextes particuliers, deviennent progressivement moins efficaces avec l'augmentation de la variété des éléments à considérer. Les situations sont souvent trop complexes et trop variées pour que le travail à faire puisse être « programmé » efficacement sous forme de règles écrites précises (Lipsky 1980). Il faut pouvoir compter sur le jugement de ceux qui donnent les services et leur accorder l'autonomie nécessaire à l'exercice de ce jugement. Ils sont les seuls à pouvoir prendre en compte les informations propres à chaque situation et à adapter les services en conséquence. On évite l'arbitraire du jugement individuel par une coordination combinant entre autres équipes, communautés (civique, occupationnelle, de pratique) et normes sociales.

Les connaissances et les valeurs tacites

S'il n'est pas possible de programmer efficacement le travail de ceux qui produisent les soins de santé et les services sociaux, c'est aussi parce que les connaissances, les valeurs et les jugements qui entrent dans la composition de ce travail sont toujours plus ou moins tacites et difficiles à formuler et à communiquer. L'intuition et l'« expérience », qui sont largement tacites, constituent une part importante des savoir-faire (Simon 1983) qui permettent d'accomplir les tâches complexes et ambiguës des soins de santé et de services sociaux. Cette caractéristique rend difficile, voire impossible, le rassemblement des connaissances dispersées, et accentue les phénomènes liés à la différenciation des connaissances. En bref, elle impose des contraintes, des obstacles et des coûts à la coordination. La communauté de pratiques est l'une des rares formes de gouvernance à pouvoir agencer des connaissances, des valeurs et des jugements largement tacites. Elle contribue donc à encadrer l'autonomie individuelle, à assurer une coordination des jugements malgré leur caractère tacite et l'autonomie de ceux qui les portent.

Les conflits d'intérêts

Finalement, il s'ajoute souvent des divergences dans les fins ou des conflits d'intérêt aux conflits de jugements, ce qui nécessite des mécanismes particuliers de décision et de coordination (Thompson et Tuden 1959). L'équipe peut être paralysée par une situation de conflit d'intérêts. L'assemblée collégiale aussi. L'autorité, l'assemblée représentative, la hiérarchie, les prix, l'arbitre et la négociation permettent de surmonter les conflits d'intérêts en l'absence de complexité épistémique et dans la mesure où il existe une entente possible, un compromis duquel toutes les parties en présence peuvent s'accommoder. Si ce n'est pas le cas, il faut se rabattre sur un terrain d'entente procédural établi par des normes sociales ou des règles formelles.

La règle formelle et la norme sociale peuvent établir un terrain d'entente sur les processus en laissant indéterminé a priori la distribution des coûts et des gains tirés de l'échange ou de la mise en commun des ressources (règles des systèmes d'assurances, règles et normes d'équité, norme de réciprocité indéfinie, etc.). En situation de conflits d'intérêts le moins intense, les communautés de pratique peuvent difficilement se former. Toutefois, en situation de conflit d'intérêts faible, les différentes formes de communautés accumulent du capital social (sous forme de normes de réciprocité, de valeurs communes et d'engagements réciproques) et ce capital peut être mobilisé dans d'autres situations où le conflit pourrait être plus important (Putnam 1993).

Quels mécanismes de gouvernance pour la réforme du système de santé et de services sociaux?

L'organisation des soins de santé et des services sociaux est contrainte par des niveaux variables mais assez importants de complexité, de dispersion, de différenciation, de caractère tacite et de conflits d'intérêts. Il n'est pas possible, pour cette raison, de tirer d'une analyse comme celle que nous venons de faire, un plan complet pour l'organisation des soins de santé et des services sociaux. La conception et l'implantation des mécanismes de gouvernance et de coordination de cette organisation constituent elles-mêmes un problème difficile à cerner, de grande complexité computationnelle et épistémique, et comportant une bonne part de conflits d'intérêts. Elles ne peuvent pas être accomplies seulement par « cogitation », seulement par raisonnement (Wildavsky 1987) et par une approche « top-down ». Aucun raisonnement, ni aucun « expert », ne peut surmonter l'ambiguïté, l'incertitude, l'incohérence, le grand nombre d'éléments à prendre en compte, de même que leur variété et leur dispersion, les nombreux risques d'erreur, les divergences de jugements et les conflits d'intérêts qui caractérisent la tâche de concevoir et de mettre en œuvre un système organisationnel et technique aussi complexe (Braybrooke et Lindblom

1963). L'autorité et le plan ne peuvent jouer qu'un rôle limité dans la constitution de ces mécanismes. Ça ne signifie pas que les gouvernements élus n'ont pas un rôle à jouer, mais que ce rôle doit être conçu autrement, comme nous y incitent, par exemple, les partisans de la « nouvelle gouvernance » (Rhodes 1996; Stoker 1998; Kooiman 2003)² et ceux de la gouvernance polycentrique (Wildavsky 1987; Ostrom 1989). Les gouvernements ont une responsabilité centrale dans la gouvernance démocratique (March et Olsen 1995) qui dépasse le cadre étroit de l'autorité hiérarchique et du plan. Dans ce sens, la décision d'imposer par autorité la fusion d'établissements sociosanitaires nous semble s'inscrire dans une démarche de réorganisation sujette à caution car peu adaptée à la difficulté du problème.

Fusions et intégration dans l'organisation des soins de santé et des services sociaux

Quel peut être l'effet des fusions sur les mécanismes de coordination et de gouvernance? Les fusions visent à créer une centralisation plus grande de l'autorité sur le territoire où elles sont réalisées. Elles infléchissent le système vers l'intégration dans une hiérarchie décentralisée unique, et ce même dans le cas d'un simple regroupement des conseils d'administration. Ces mécanismes ont une capacité limitée à assurer l'ajustement des actions dans certains contextes, comme nous l'avons vu.

Tous les obstacles et toutes les contraintes que nous avons présentés dans les pages précédentes se retrouvent dans le travail que doit accomplir le système de santé et de services sociaux. L'autorité centralisée compose mal avec la complexité computationnelle et la dispersion des connaissances. L'autorité centralisée et la hiérarchie décentralisée composent mal avec la complexité épistémique, la différenciation des connaissances, des objectifs et des valeurs, de même qu'avec le caractère tacite d'une bonne part de ces connaissances, de ces valeurs et des jugements. S'ils reposent uniquement sur l'autorité centralisée ou la hiérarchie décentralisée, les bénéfices attendus des fusions sont bien hypothétiques. Par ailleurs, en situation de complexité, on diminue la variété et l'adaptabilité et on augmente les risques en favorisant une démarche d'optimisation et de couplage fort qui mène à l'élimination des dédoublements et de la redondance (Landau 1991). Cette démarche est le propre du modèle simplificateur de l'organisation machine et anime en arrière-fond l'esprit des fusions et des démarches d'« intégration », fussent-elles en « réseau »³.

Dans leur recension des écrits sur les fusions d'établissements hospitaliers, Markham et Lomas (1995) rapportent qu'aucune étude empirique ne vient étayer les affirmations sur les bénéfices supposés des fusions et des relations entre hôpitaux. Les coûts, les dangers et les difficultés des fusions d'établissements sont par contre bien réels et bien documentés (Field et Peck 2003). Les économies espérées ne se réalisent habituellement pas alors que des coûts « inattendus » apparaissent. La qualité des soins et la satisfaction de la clientèle n'augmentent pas. Les listes d'attentes ne sont pas réduites. Le moral du personnel se détériore. La philosophie, la mission et les pratiques des organisations de plus petites tailles sont menacées par une fusion d'établissements et par une « coordination » ou une « intégration » poussées. Sans la protection d'une autonomie organisationnelle suffisante, les services sociaux sont ainsi « écrasés » par les soins de santé (Hudson 2002) et les approches particulières des organismes communautaires sont éliminées au profit des approches dominantes des services gouvernementaux (White et Mercier 1991).

La fusion d'établissements sociosanitaires pose un problème organisationnel énorme. C'est ce qu'a montré une étude de Denis, Lamothe et Langley (1999) sur la fusion d'hôpitaux universitaires. Chaque établissement constitue un assemblage complexe et original de mécanismes de gouvernance élaboré au fil des ans, des discussions, des négociations, des compromis, des trêves, des problèmes rencontrés, des pistes explorées et des communautés occupationnelles en présence. Chaque établissement fonctionne grâce à un ensemble plus ou moins en équilibre de règles formelles, de normes sociales, de communautés occupationnelles, d'équipes, d'assemblées collégiales, d'assemblées représentatives et d'autorité plus ou moins résiduelle. Cet assemblage en équilibre constitue le capital social de gouvernance de l'établissement. Ce capital résulte d'investissements importants au fil des années où il s'est constitué et il joue un rôle fondamental dans l'accomplissement de la mission de tout établissement. La fusion bouleverse cet équilibre et provoque la destruction d'une partie du capital de gouvernance dont les établissements disposaient avant la fusion. Il faut alors réaliser des investissements importants pendant plusieurs années pour reconstituer en tout ou en partie ce capital social. Lorsque deux organisations de taille très différente sont fusionnées, c'est en général la plus petite qui risque le plus de voir son capital social de gouvernance ainsi détruit.

Pour expliquer la nécessité d'une plus grande coordination dans les soins de santé et les services sociaux, on évoque habituellement les complémentarités associées à la spécialisation dans le traitement des personnes qui souffrent de maux chroniques multiples (personnes en perte d'autonomie, sans-abri ou souffrant de troubles mentaux graves) : santé physique et santé mentale défaillante, toxicomanie, dénuement matériel extrême, déficience intellectuelle et pauvreté des liens sociaux, par exemple. Il s'agit souvent de problèmes difficiles, caractérisés par un grand niveau de complexité épistémique et de différenciation cognitive et axiologique. L'autorité et la hiérarchie décentralisée sont malheureusement de peu de secours dans ce contexte. Il faut plutôt compter sur des équipes, des communautés, de l'ajustement unilatéral, de la compétition et de la redondance (Demers, Dupuis et Poirier 2002).

Ne peut-on pas penser que la réunion de plusieurs organisations en une seule favorise la création et l'entretien d'équipes et de communautés de pratiques, comme une lecture de Granovetter (1985) pourrait nous y inciter? Cette

propriété des organisations de densifier les relations interpersonnelles et de favoriser les équipes et les communautés de pratique est malheureusement contrebalancée par un autre effet des fusions, soit l'augmentation de la taille des organisations. Toutes les études montrent depuis les années 1960 que plus les organisations sont grosses, plus elles ont tendance à compter sur les règles formelles pour assurer l'ajustement de leurs activités (Donaldson 2001; Scott 2003).

Dans la mesure où la fusion favorise l'autorité centrale, la hiérarchie décentralisée et les règles formelles, elle nuit aux mécanismes moins formalisés tels que les communautés, les équipes et les assemblées, et donc à la reconstitution du capital de gouvernance de l'organisation unifiée. Demers, Pelchat et Côté (2002) ont montré cet effet paralysant des fusions forcées, ou de la menace de fusions forcées, sur la collaboration de type équipe (ou « réseau ») entre les établissements d'une même sous-région administrative. Le même constat a été fait en Angleterre (Hudson 2002). En créant de multiples situations de conflits d'intérêts, la fusion mine le fonctionnement des mécanismes de coordination et de gouvernance qui y sont fragiles, comme les équipes et les communautés. Par ailleurs, elle surcharge les autres mécanismes plus robustes sur ce plan mais peu adaptés aux situations de complexité, comme l'autorité, la négociation et la règle formelle (le contrat, par exemple). Bref, il nous semble peu probable que les fusions améliorent l'ajustement des activités dans la production des soins de santé et des services sociaux.

Plutôt que de tenter d'intégrer toutes les activités du système de santé et de services sociaux dans une seule hiérarchie décentralisée, il faut favoriser l'émergence de mécanismes de gouvernance supplémentaires pour les clientèles fragiles et à problèmes multiples (Morris et Hirsch Lescohier 1978). Ces moyens incluent des équipes multidisciplinaires et des communautés de pratiques spécialisées, de la redondance et des chevauchements, de façon à tisser un filet aux mailles serrées permettant la correction des erreurs et la continuité des services (Demers, Dupuis et Poirier 2002). Rien n'indique que ces moyens soient plus faciles à mettre en œuvre dans une seule grande organisation fusionnée que dans un système multiorganisationnel (Chisholm 1989; Grandori 2001b).

Conclusion

On justifie la fusion d'établissements sociosanitaires en invoquant la nécessité d'une meilleure coordination. On semble souhaiter que nos systèmes de production deviennent des tous cohérents, parfaitement agencés et optimisés. Ce n'est malheureusement pas possible, entre autres du fait de la faillibilité de toute connaissance et de toute valeur (Braybrooke et Lindblom 1963; Wildavsky 1987; Bloche 2003). Nous avons plutôt besoin de processus continus de correction d'erreurs, d'apprentissage et de découverte intégrés dans le fonctionnement normal du système. Nous avons besoin d'éléments catalyseurs pour stimuler les relations interfonctionnelles et interétablissements dans certains secteurs qui nécessitent une coordination plus intense. Si les fusions d'établissements ont pour effet, comme nous le pensons, de renforcer l'autorité, la hiérarchie décentralisée et les règles formelles, la preuve reste à faire qu'elles peuvent augmenter les complémentarités fonctionnelles et l'ajustement des actions dans la production des services.

Références bibliographiques

- Balsa, A.I., N. Seiler, T. G. McGuire et M. G. Bloche (2003), « Clinical Uncertainty and Healthcare Disparities », *American Journal of Law and Medicine*, Summer-Fall, 2003.
- Bigelow, B. et M. Arndt (2000), « The More Things Change, The More They Stay the Same », *Health Care Management Review*, 25 (1), 65-72.
- Bloche, M.G. (2003), « The Invention of Health Law », *California Law Review*, 91 (2), 247-322.
- Braybrooke, D. et C.E. Lindblom (1963). *A Strategy of Decision: Policy Evaluation as a Social Process*. New York : Free Press.
- Burns, L.R. et M.V. Pauly (2002), « Integrated Delivery Networks: A Detour on the Road to Integrated Health Care? », *Business of Health*, July/August, 128-143.
- Burns, T. et G.M. Stalker (1961). *The Management of Innovation*. Londres : Tavistock Publications.
- Cereste, M., N.F. Doherty et C.J. Travers (2003), « An Investigation into the Level and Impact of Merger Activity Amongst Hospitals in the UK's National Health Service », *Journal of Health Organization and Management*, 17 (1), 6-24.
- Chisholm, D. (1989). *Coordination Without Hierarchy: Informal Structures in Multiorganisational Systems*. University of California Press.
- Côté, L. (2004) cité par S. Caron « L'Agence de services de santé et services sociaux propose 12 réseaux locaux, L'informateur, 7 avril, 3, <www.linformateurdp.com>.
- Demers, L., A. Dupuis et M. Poirier (2002), « L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements ?

», *Santé mentale au Québec*, vol. 27, no 2, 74-92.

Denis, J.-L., L. Lamothe et A. Langley (1999), « The Struggle to Implement Teaching-Hospital Mergers », *Canadian Public Administration/Administration publique du Canada*, 42 (3), 285-311.

Donaldson, L. (2001). *The Contingency Theory of Organizations*. Londres : Sage Publications.

Field, J. et E. Peck (2003), « Mergers and Acquisitions in the Private Sector: What Are the Lessons for Health and Social Services? », *Social Policy and Administration*, 37 (7), 742-755.

Fleury, M.-J. (2003), « Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, no 2, 7-15.

Fleury, M.-J. et Y. Ouadahi (2003), « Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, no 2, 16-36.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2002), « Myth: Bigger is always better when it comes to hospital mergers », *Myth busters* (http://www.fcrrs.ca/mythbusters/pdf/myth7_e.pdf).

Fulop, N., G. Protopsaltis, A. Hutchings, A. King, P. Allen, R. Walters (2002), « Process and Impact of Mergers of NHS Trusts: Multicentre Case Study and Management Cost Analysis », *British Medical Journal* 325, 246.

Fulop, N., G. Protopsaltis, A. King, P. Allen, A. Hutchings, C. Normand (2005), « Changing Organizations: A Study of the Context and Processes of Mergers of Health Care Providers in England », *Social Science and Medicine*, 60, 119-130.

Grandori, A. (1997), « Governance Structures, Coordination Mechanisms and Cognitive Models », *Journal of Management and Governance*, 1, 29-47.

Grandori, A. (2001a), *Organization and Economic Behavior*, Londres et New York : Routledge.

Grandori, A. (2001b), « Neither Hierarchy nor Identity: Knowledge-Governance Mechanisms and the Theory of the Firm », *Journal of Management and Governance*, 5, 381-399.

Granovetter, M. (1985), « Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness », *American Journal of Sociology*, Volume 91, numéro 3, novembre, 481-510.

Hayek, F.A. (1948). *Individualism and Economic Order*. Chicago : The University of Chicago Press.

Hasenfeld, Y. (1992), « The Nature of Human Service Organizations », dans Y. Hasenfeld, (dir.), *Human Services as Complex Organizations*. Londres : Sage Publications.

Hasenfeld, Y. et R.A. English (1974), « Introduction. Human Service Organizations: A Conceptual Overview » dans Y. Hasenfeld et R.A. English (dir.), *Human Service Organizations*, Ann Arbor (Michigan) : University of Michigan Press.

Hudson, B. (2002), « Integrated Care and Structural Change in England: The Case of Care Trusts », *Policy Studies*, vol. 23, no 2, 77-95.

Kerwin, A. (1993), « None to Solid. Medical Ignorance », *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 15 (2), 166-185.

Kitchener, M. et L. Gask (2003), « NPM Merger Mania. Lessons from an Early Case », *Public Management Review*, 5 (1), 19-44.

Kooiman, J. (2003). *Governing as Governance*. Londres : Sage Publications.

Lamothe, L. (1999), « La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6 (2), 132-148.

Landau, M. (1969), « Redundancy, Rationality, and the Problem of Duplication and Overlap », *Public Administration Review*, 24(4), 346-358.

Landau, M. (1991), « On Multiorganizational Systems in Public Administration », *Journal of Public Administration* 1 (janvier), 5-18.

Lawrence, P.R. et J.W. Lorsch (1967). *Organization and Environment*. Homewood, Illinois : Richard D. Irwin.

Lindblom, C.E. (1965). *The Intelligence of Democracy*. New York : The Free Press.

Lindblom, C.E. (1990). *Inquiry and Change. The Troubled Attempt to Understand and Shape Society*. New Haven et New York : Yale University Press and Russell Sage Foundation.

- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York : Russel Sage Foundation.
- Litwak, E. (1961), « Models of Bureaucracy Which Permit Conflict », *American Journal of Sociology*, 67, septembre, 177-189.
- Litwak, E. et L.F. Hylton (1962), « Interorganizational Analysis: A Hypothesis on Co-ordinating Agencies », *Administrative Science Quarterly* 6, mars, 395-420.
- March, J.G. (1994). *A Primer on Decision Making*. New York : The Free Press.
- March, J.G. et J.P. Olsen (1983), « Organizing Political Life: What Administrative Reorganization Tells Us about Government », *American Political Science Review*, vol. 77, 281-296.
- March, J.G. et J.P. Olsen (1995). *Democratic Governance*. New York : The Free Press.
- Markham, B. et J. Lomas (1995), « Review of the Multi-Hospital Arrangements Literature: Benefits, Disadvantages and Lessons for Implementation », *Healthcare Management Forum*, 8(3), 24-35.
- McNeil, B.J. (2001), « Hidden Barriers to Improvement in the Quality of Care », *New England Journal of Medicine*, vol. 345, no. 22, 1612-1620.
- Meyer, J.W. et B. Rowan (1977), « Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony », *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management. Inside Our Strange World of Organizations*. New York : The Free Press.
- Mishna, F., B.J. Antle et C. Regehr (2002), « Social Work With Clients Contemplating Suicide: Complexity and Ambiguity in the Clinical, Ethical, and Legal Considerations », *Clinical Social Work Journal*, 30 (3), 265-280.
- Morris, R. et I. Hirsch Lescohier (1978), « Service Integration: Real Versus Illusory Solutions to Welfare Dilemmas », dans R.C. Sari et Y. Hasenfeld (dir.) *The Management of Human Services*. New York : Columbia University Press.
- Oakerson, R.J. (1999). *Governing Local Public Economies*. Oakland (Californie) : ICS Press.
- Ostrom, V. (1989). *The Intellectual Crisis of American Public Administration*. 2^e édition, Tuscaloosa : University of Alabama Press.
- Peters, B.G. et J. Pierre (1998), « Governance Without Government? Rethinking Public Administration », *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8 (2), 223-243.
- Putnam, R.D. (1993). *Making Democracy Work : Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton (New Jersey) : Princeton University Press.
- Rhodes, R.A.W. (1996), « The New Governance: Governing without Government », *Political Studies*, XLIV, 652-667.
- Rossi, P.H. (1978), « Some Issues in the Evaluation of Human Service Delivery » dans R.C. Sarri. et Y. Hasenfeld (dir.), *The Management of Human Services*. New York: Columbia University Press, p. 235-261.
- Sarri, R.C. et Y. Hasenfeld (1978), « The Management of Human Services: A Challenging Opportunity » dans Rosemary C. Sarri et Y. Hasenfeld (dir.). *The Management of Human Services*. New York : Columbia University Press, p. 1-18.
- Scott, W.R. (2003). *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems*. New Jersey : Prentice Hall Upper Saddle River, 5^e édition.
- Seidman, H. (1998). *Politics, Position and Power*. Oxford : Oxford University Press, 5^e édition.
- Simon, H.A. (1947). *Administrative Behavior*. New York : Free Press, 4^e édition, 1997.
- Simon, H.A. (1983). *Reason in Human Affairs*. Stanford (Californie) : Stanford University Press.
- Snail, T.S. et J.C. Robinson (1998), « Organizational Diversification in the American Hospital Industry », *Annual Review of Public Health*, 19, 417-453.
- Stoker, G. (1998), « Cinq propositions pour une théorie de la gouvernance », *Revue internationale des sciences sociales*, no 155, 19-29.
- Thompson, J.D. et A. Tuden (1959), « Strategies, Structures, and Processes of Organizational Decision », dans Thompson, J.D., A. Tuden et al. (dir.), *Comparative Studies in Administration*, Pittsburgh: University of Pittsburgh

Press, 195-216.

Warren, R.L., S.M. Rose et A.F. Bergunder (1974). *The Structure of Urban Reform*. Lexington (Massachusetts) : Lexington Books.

Weiss, J.A. (1981), « Substances vs. Symbol in Administrative Reform: The Case of Human Services Coordination », *Policy Analysis*, 7, 21-45.

White, D. et C. Mercier (1991), « Coordinating Community and Public-Institutional Mental Health Services: Some Unintended Consequences », *Social Science and Medicine*, vol. 33, no 6, 729-739.

Wildavsky, A. (1987). *Speaking Truth to Power, the Art and Craft of Policy Analysis*. Transaction Publishers, New Brunswick (USA) : Transaction Publishers.

1 Kitchener et Gask (2003, p. 20) soulignent le paradoxe : « Despite mounting international evidence that NPM mergers fail to deliver targeted cost savings and improvements in synergy, 'merger mania' (Fuchs 1997) has spread from US hospitals to many other fields of public service organizations. In the UK, the phenomenon emerged early among NHS trusts with ninety-nine cases presenting since 1997 (Allen et al. 2002). Newer strains include: the creation of social care trusts and mental health 'super-trusts' in England (Peck et al. 2002); the health care reconfiguration programme in Wales (Welsh Office 1997) [...]. »

2 Peters et Pierre (1998 : 27) : « Governments do have a number of instruments at their disposal, but they tend to focus only on a few familiar ones that involve direct intervention. The adoption of the governance perspective on their roles and their opportunities enables governments to see that they can use a number of less direct forms of intervention as the means to achieve their ends. »

3 Voir Fleury (2003) et Fleury et Ouadahi (2003) pour la présentation d'une vision des réseaux sociosanitaires « intégrés » inspirée directement de l'organisation machine avec l'accent mis sur la réduction des duplications et de la fragmentation, la rationalisation des rôles et des fonctions, la coordination, la cohérence et l'efficience.