

GÉRER EN RÉSEAU: UN DÉFI CONTEMPORAIN D'IMPORTANCE POUR LE MANAGEMENT

Lise LAMOTHE¹, Stéphanie COLLIN²,

¹l'Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM), CANADA

²Département d'administration publique,
Université de Moncton, CANADA

Rezumat

Gestionarea în rețea: o provocare contemporană majoră pentru management

Țările dezvoltate caută noi forme de organizare a sistemelor lor de sănătate, pentru a le adapta mai bine la presiunile demografice, tehnologice și economice actuale, asigurând totodată populația lor cu servicii de calitate.

Acest articol își propune să identifice provocările actuale privind implementarea unei organizații de rețea, în scopul de a identifica metode de îmbogățire a cunoștințelor și abilităților managerilor din sistemul de sănătate.

Cuvinte-cheie: gestionare în rețea, management, sistem de sănătate, provocări

Резюме

Управление в сети: одна из главных задач современного менеджмента

Развитые страны ищут пути организации своих систем здравоохранения, чтобы лучше адаптироваться к демографическим, технологическим и экономическим давлениям, обеспечивая при этом население качественными услугами.

Эта статья призвана выявить проблемы, связанные с реализацией управления в сети, для того, чтобы обогатить знания и навыки лидеров менеджмента.

Ключевые слова: управление в сети, менеджмент, здравоохранение, давление

Introduction

Au Canada, comme dans plusieurs pays, les transformations des impératifs de soins et services posent d'importants défis d'adaptation pour l'organisation des services de santé. Depuis déjà des décennies, les pays développés sont ainsi à la recherche d'arrangements organisationnels permettant à leur système de santé d'être mieux adapté aux pressions démographiques, technologiques et économiques qui s'exercent tout en assurant à leur population des services de qualité [1]. De manière générale, le besoin d'adaptation est ressenti à cause des difficultés rencontrées pour assurer à la population des soins et services continus et flexibles, notamment pour faire face à la grande diversité des besoins associés à une augmentation importante de la comorbidité.

Les efforts d'adaptation portent à la fois sur la recherche d'un meilleur arrimage du travail des professionnels conjointement engagés dans la production des soins et services que sur la recherche de nouveaux arrangements de gouverne, en inter-organisationnel, pour canaliser ces efforts [1]. L'organisation en réseau émerge afin de rallier une grande variété de producteurs de soins qui offrent collectivement des services coordonnés et continus, adaptés à la variété des patients eux-mêmes et celle de leur condition clinique.

Bien que l'émergence d'une organisation réseau soit inévitable, sa mise en œuvre pose encore aujourd'hui des difficultés puisque les dynamiques enracinées au centre de la production des soins et services de santé en sont bouleversées [1]. La création de réseaux préconise donc une redéfinition du noyau de l'organisation des soins et services de santé, exigeant entre autres l'intégration des activités cliniques dans un contexte où les frontières organisationnelles sont floues [1]. L'actualisation de ce changement d'importance en ce qui concerne la perspective avec laquelle on pense l'organisation des soins et services soulève des défis pour le management. Elle implique l'acquisition de compétences innovatrices en gestion associées à la création d'une forme organisationnelle nouvelle et peu comprise.

En conséquence, cet article vise à identifier les défis posés par la mise en œuvre d'une organisation réseau afin d'en dégager une réflexion qui vise notamment à enrichir les connaissances actuelles touchant les compétences nécessaires aux dirigeants pour la diriger. Ce texte s'appuie sur les résultats préliminaires d'une étude des transformations récentes des systèmes de santé du Québec et du Nouveau-Brunswick au Canada et comprend trois sections. Tout d'abord, nous présenterons l'organisation réseau. Ensuite, nous expliquerons quelles compétences sont essentielles au bon fonctionnement de l'organisation réseau. Enfin, nous démontrerons de quelles manières ces compétences sont liées entre elles et comment elles peuvent servir à la mise en œuvre de l'organisation réseau ainsi qu'à la création d'un leadership collectif.

L'ORGANISATION RESEAU: DE QUOI S'AGIT-IL?

L'organisation réseau s'impose comme une forme organisationnelle complexe, qui émerge de manière organique par les actions d'une grande variété de professionnels ou d'organisations collectivement engagés dans la recherche d'une meilleure adéquation entre les besoins des patients/clients et l'organisation des soins et services, où la recherche de contrôle de l'incertitude par les professionnels exerce un rôle central, et qui repose davantage sur les flux d'information que sur les structures. Ainsi, la volonté de réduire l'incertitude liée à la prise de décision est souvent à l'origine de la création de nouveaux réseaux de coopération [2].

Une dimension importante de l'organisation réseau est que son centre de production est à la rencontre d'une variété de partenaires qui contribuent à la fonction de production [3]. L'explosion des frontières professionnelles et organisationnelles force ces partenaires à se centrer sur leurs interdépendances et à développer des relations plus serrées alors que paradoxalement le système dans sa globalité devient plus lâche parce que structuré autour d'une variété de processus de production interreliés, c'est-à-dire des réseaux [1, 4]. Une telle variété des processus de production est observée dans les systèmes de santé et elle découle notamment de la variété de la demande et des intrants (par exemple, la comorbidité chronique) et de changements technologiques rapides qui forcent les systèmes à devenir plus flexibles, structurés autour d'une variété de petites unités semi-autonomes adaptées à la nature du travail clinique requis [5].

La création d'une telle forme organisationnelle s'appuie sur un remodelage organisationnel où tant la différenciation (variété des unités de production) que l'intégration sont augmentées [6]. Un besoin d'intégration surgit pour le maintien d'une intégrité et cohérence organisationnelles. La gouverne assurant cette intégration peut elle aussi varier, allant d'une structure unique pour l'ensemble du réseau à une gouverne plus lâche reposant sur des ententes de partenariat. Le défi est donc de se structurer d'une manière qui permet une adaptation rapide aux changements, grâce à un espace laissé aux patterns d'interactions, tout en maintenant une cohérence d'ensemble pour la survie de l'organisation ou du système. L'efficacité d'une organisation réseau dépend alors de la circulation de l'information entre les unités constituantes, une prise de décision ad hoc à tous les niveaux de l'organisation et une gouverne qui porte son attention sur les mécanismes d'intégration entre plusieurs réseaux qui partagent des ressources [5]. Ces formes organisationnelles complexes demeurent difficiles à rendre tangibles.

Pourtant, elles s'appuient sur la conviction que dans un environnement changeant, la planification n'est pas rendue possible par une réduction de l'incertitude et de la complexité, mais par son augmentation; c'est alors que la créativité intervient [1, 5].

Le contexte pluraliste des organisations de santé est ainsi associé à la présence d'une diversité d'acteurs hétérogènes interagissant dans des rapports de négociation pour la promotion de leurs buts variés et multiples [7–10]. Le pouvoir y est donc diffus et le leadership partagé entre tous les niveaux de l'organisation; l'organisation réseau amplifie ce phénomène [11–17]. Les professionnels, au cœur de ce type d'organisations, s'appuient sur leur expertise et leurs compétences pour dégager une autonomie qui leur permet de s'engager dans les rapports de négociation [18, 19]. Il apparaît que ces derniers sont un passage obligé pour générer l'innovation et la créativité nécessaires à l'adaptation adéquate du système de production et sa gouverne. Ils découlent des rapports d'interdépendance qui unissent les professionnels entre eux et avec les gestionnaires [10, 20, 21]. Les ententes émergeant de ces négociations permettent une stabilisation momentanée des processus de production dont l'efficacité repose sur l'usage de mécanismes de coordination où la standardisation des qualifications et l'ajustement mutuel sont privilégiés [18, 19, 22, 23]. Afin que l'émergence d'une organisation en réseau soit rendue possible, de nouvelles relations de confiance solides et généralisées doivent prendre forme pendant que se déroule simultanément un apprentissage collectif [2, 24].

QUELLES COMPETENCES POUR LA GESTION?

Notre étude permet de confirmer que l'exercice d'un leadership adéquat en ce qui concerne la mise en œuvre d'une organisation réseau force les dirigeants à acquérir des compétences nouvelles [1, 25, 26]. Dans cet article, nous nous appuyons sur quatre groupes de compétences jugées d'importance afin d'exposer de quelles manières elles ont été intégrées dans la gestion pour une adaptation adéquate de la direction collective des transformations et comment elles ont permis une progression du changement. Ces quatre groupes de compétences sont: les compétences conceptuelles, les compétences au plan réflexif, les compétences cliniques et les compétences relationnelles.

Les personnes rencontrées dans le cadre de notre étude insistent sur l'importance des deux premiers groupes de compétences: des compétences conceptuelles, nécessaires à la créativité pour concevoir les réseaux et composer avec l'incertitude [27] et des compétences au plan réflexif également essentielles à la mesure du changement et de son efficacité [28].

Des *compétences conceptuelles* sont essentielles à la vision projetée de la finalité poursuivie et de la forme organisationnelle complexe qui la supporte. «Le dirigeant doit être le cerveau du projet de changement, le figure head». «Le dirigeant doit favoriser la création d'une vision partagée de la direction à prendre». Ces compétences sont aussi requises pour l'actualisation de cette vision; la mise en oeuvre progressive de l'organisation réseau. Elles sont notamment requises pour bien comprendre les cultures organisationnelles en présence et connaître de quelles manières les valeurs, les croyances et les normes qui les caractérisent se sont développées au fil du temps. [1]. Autrement dit, ces compétences visent à créer des solutions novatrices tout en étant en mesure d'expliquer les perceptions des acteurs au sein du réseau et de les influencer [7].

- «Il faut composer avec de l'incertitude. L'incertitude est souvent liée à la direction où on veut aller, à moyen et à long terme. Au Nouveau-Brunswick, présentement, on annonce la réorganisation des services sans connaître les rôles de chacun et sans avoir de résultats tangibles à atteindre. Les gestionnaires des réseaux doivent trouver des moyens pour faire face à l'incertitude».

Des *compétences au plan réflexif* sont donc intimement liées à la conception du changement. Elles permettent de préciser les résultats tangibles à atteindre. Cette réflexion doit toutefois pouvoir être alimentée par des données et des indicateurs de mesure de l'avancement du projet. Par exemple, il s'avère important de connaître les comportements de santé de la population et de mettre en oeuvre des stratégies visant à les influencer, d'évaluer les besoins des citoyens, de mettre en place de nouvelles mesures de performance et d'analyser les processus de production et leurs effets (qualité, coût et impact populationnel) [1, 29]. En somme, il est primordial de développer des compétences en mesure pour analyser les contingences et faire le monitoring des indicateurs de santé des citoyens ainsi que celui de la qualité des services et des soins offerts [9].

- «La mesure est essentielle pour alimenter la réflexion».

- «Il faut se donner un portrait global de ce qu'on fait, donner un sens».

- «Il faut se demander: voulons-nous un système axé sur les institutions, les professions et les personnes malades ou un système axé sur les citoyens? Ne faut-il pas se concentrer sur les résultats (ex. état de santé à atteindre) souhaités?».

- «La personne qui gère le réseau doit être interventionniste et doit agir comme coach pour pouvoir créer une culture axée sur les résultats en incorporant tous les différents groupes d'intervenants».

Les compétences des deux autres groupes, compétences cliniques et relationnelles, s'avèrent essentielles pour assurer une proximité avec les unités de production, nécessaire à la création de nouveaux ajustements organisationnels. Elles sont celles qui permettent l'actualisation du changement.

Des *compétences cliniques* doivent s'ajouter à celles des techniques de gestion afin de gérer les processus de soins et services selon la perspective de la trajectoire des individus et repenser et établir de nouvelles manières de lier les diverses composantes des réseaux [30]. Ainsi, un déplacement de focus des unités fonctionnelles de l'organisation vers les processus qui les lient requiert de s'imprégner de la physiologie de l'organisation [1]. En guise d'exemples concrets, ces compétences peuvent nécessiter une révision des protocoles et des guides de pratique afin de lier les diverses composantes du réseau.

- «On peut concevoir les compétences cliniques comme une force du système de santé (au niveau des actes). L'enjeu est la coordination de ces actes individuels».

- «Il faut être capable de comprendre et décoder les référents des professionnels et les comportements associés».

Les réseaux supposent également de maîtriser des *compétences relationnelles*, notamment pour la participation aux rapports de négociations à tous les niveaux d'interaction, au développement des croyances et de valeurs partagées entre les personnes ainsi qu'entre les unités et organisations et à la résolution de conflits. Autrement dit, ces compétences sont nécessaires pour comprendre les interactions entre les acteurs et les organisations des réseaux et être en mesure de les guider [7]. Elles servent également à instaurer un climat de confiance, élément crucial dans les situations où le niveau d'incertitude est élevé [10].

- «Dans le réseau, des compétences de relations interpersonnelles sont essentielles. Actuellement, il y a une déficience de confiance dans le système de santé. Il y a beaucoup d'incertitude, la méfiance prime. Dans un tel contexte, où il n'existe pas la confiance, il est impossible d'améliorer le travail des gestionnaires».

- «Il faut créer volontairement des partenariats basés sur la confiance, des alliances ponctuelles».

- «Il faut que la personne qui gère le réseau ait la capacité de créer un climat de coopération, un esprit d'équipe (...) il faut qu'elle soit en mesure d'inculquer un climat d'engagement et de participation dans les équipes».

Des interactions répétées entre les professionnels d'organisations différentes s'avèrent importantes pour la formation des réseaux de services. Elles sont essentielles à l'acquisition de nouvelles connaissances, tacites et explicites, qui à leur tour

permettent une stabilisation des rapports de production (ex. protocoles et ententes informelles). L'efficacité de ces mécanismes de liaison découle donc directement du degré de confiance généré entre les professionnels conjointement engagés dans la production de soins et services à une clientèle donnée. Divers mécanismes facilitant les interactions entre les professionnels peuvent canaliser cet apprentissage comme les formations ou les stages [1, 31]. L'apprentissage et la confiance apparaissent donc être des médiateurs de changement importants pour la transformation de l'organisation de la production des services de santé.

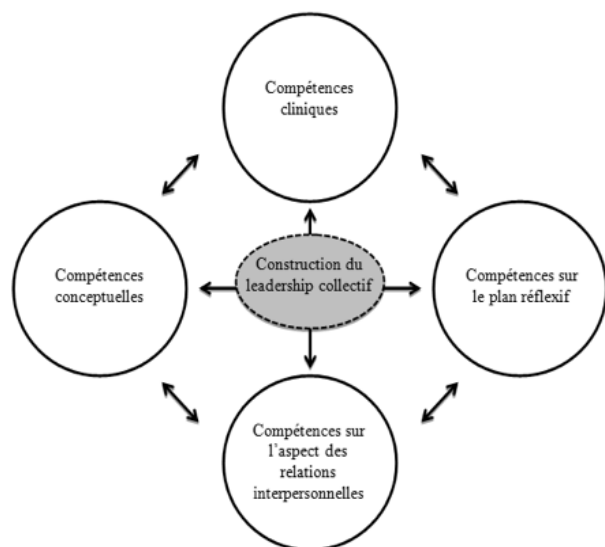
Cette dynamique d'émergence implique la présence d'un leadership clinique crédible et affirmé; il s'avère essentiel à la progression du projet de changement. Nos études antérieures nous ont permis d'observer que la crédibilité du leader était directement associée à la confiance que les autres professionnels accordaient à son expertise et ses compétences [31].

- «Il faut que la personne qui gère le réseau puisse lancer, parrainer et mettre en œuvre les changements organisationnels et aide les autres à les gérer. Il doit agir comme un agent de changement en s'assurant que les bottines suivent les babines».

LA CREATION DE L'ORGANISATION RESEAU ET LE LEADERSHIP COLLECTIF

Il apparaît qu'une dynamique d'interrelation entre ces quatre groupes de compétences en développement soit intimement imbriquée dans le processus même de création de l'organisation réseau. La figure illustre comment ces compétences sont interreliées pour favoriser l'apprentissage nécessaire à la création de l'organisation réseau.

Developpement dynamique de compétences pour la création de l'organisation réseau



La mise en place de l'organisation réseau suppose une dynamique de conceptualisation dans l'action alimentée par une rétroaction constante. Cette créativité raisonnée suppose le développement d'une culture de monitoring continu du changement qui est encore peu répandue dans les systèmes de santé. Cette créativité est aussi rendue possible par une connaissance intime des compétences cliniques et par la participation active des professionnels concernés. La gestion d'un tel changement implique donc de coopter ces professionnels dans le processus de changement. Leur engagement dans la création de nouveaux processus de production implique de revoir les ordres négociés établis pour en créer de nouveaux et ceci exige des compétences relationnelles efficaces. Les réseaux supposent en effet une participation aux rapports de négociations à tous les niveaux d'interaction. La formation de coalitions et la résolution des conflits comptent ainsi parmi les habiletés requises.

Les nouvelles relations de confiance créées sont fondamentales à la coopération et à la coordination entre les professionnels et les organisations [10, 32–36]. Selon Cover (2008), «la capacité d'établir, d'accroître, d'accorder et de restaurer la confiance avec toutes les parties prenantes, (...) est la compétence-clé pour les dirigeants de la nouvelle économie» [37, p. 31]. En effet, les relations de confiance scellent les ententes sur les règles et évitent de constamment reprendre les négociations et permettent un partage des responsabilités de soins, surtout lorsque le degré d'incertitude est important [1, 10, 38]. En effet, le travail en réseau entraîne les professionnels dans des relations d'interdépendance plus complexes et chacun se voit donc davantage dépendant des autres pour satisfaire ses buts professionnels et organisationnels.

L'ensemble des compétences requises afin d'assurer le bon fonctionnement de l'organisation réseau est essentiellement lié à la capacité de créer un *leadership collectif* permettant une «gouverne clinique» dans un contexte en mutation. Dans les organisations pluralistes, le leadership collectif souligne l'importance d'une multiplicité d'acteurs, et donc, la valorisation de compétences diverses ayant des sources de légitimité variées [17, 39]. Le leadership collectif propose une conception plus «fluide» de la construction et de l'exercice de la gouverne, et confère aux professionnels une participation active. Il suppose que des constellations de leadership se forment sur le plan des opérations cliniques en introduisant une réciprocité dans les rapports hiérarchiques verticaux qui caractérisent souvent la gestion des établissements de santé [40].

Une telle façon de concevoir le leadership permet de reconnaître le rôle fondamentalement

stratégique des professionnels. Par l'évolution de leur savoir et leur maîtrise des technologies (pouvoir d'expertise), ils impriment des orientations de changement. La cohérence d'ensemble repose sur la participation des personnes en autorité. Cette façon d'illustrer la gouverne rend plus dynamiques les rapports d'influence entre les opérations cliniques et la direction au sommet de l'organisation.

CONCLUSION

L'organisation réseau est définie comme une forme organisationnelle (1) qui émerge de manière organique par les actions de différents professionnels ou organisations qui sont engagés collectivement dans la recherche d'une meilleure adéquation entre les besoins des patients/clients et l'organisation des services et des soins de santé (2) où la recherche de contrôle de l'incertitude exercé par les professionnels joue un rôle central et (3) qui repose davantage sur les flux d'information que sur les structures. L'organisation réseau demeure tout de même un concept complexe et difficile à rendre tangible puisque celle-ci suppose de reconceptualiser l'offre de services, ce qui génère beaucoup d'incertitude tant en ce qui concerne l'objet même du changement que la manière d'y arriver.

Des compétences, rassemblées dans quatre groupes, sont considérées importantes par des gestionnaires d'expérience, dans «le feu de l'action», pour la construction d'une organisation réseau. Ainsi, des compétences conceptuelles et réflexives sont essentielles, lesquelles peuvent s'exercer grâce au développement de compétences cliniques, pour un ancrage dans le système de production, et relationnelles pour la mobilisation d'un ensemble d'acteurs concernés. Il apparaît qu'une dynamique d'interrelation entre ces compétences en développement est intimement imbriquée dans le processus même de création de l'organisation réseau. En effet, une *créativité raisonnée* doit pouvoir apparaître, mais celle-ci doit être collective parce qu'elle doit s'ancrer dans les processus de production et ainsi intégrer une diversité de personnes concernées, incluant les professionnels. L'apprentissage et la confiance sont des médiateurs de changements qui donnent une fluidité au processus tout en permettant la création d'un leadership collectif cohérent et efficace pour la progression du projet. En d'autres mots, la création d'une forme organisationnelle en réseau est le résultat d'un processus d'apprentissage interactif et continu, orchestré par la mobilisation de compétences nouvelles et partagées.

Bibliographie

1. Lamothe L. *La recherche de réseaux de services intégrés: un appel à un renouveau de la gouverne*. In: Gestion, 2002, nr. 27(3), p. 23-30.
2. Béjean S., M. Gadreau. *Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé*. In: Revue d'économie industrielle, 1997, nr. 81(1), p. 77-97.
3. Schilling M.A., H.K. Steensma. *The use of modular organizational forms: an industry-level analysis*. In: Academy of Management Journal, 2001, nr. 44(6), p. 1149-1168.
4. Orton J.D. and K.E. Weick. *Loosely coupled systems: A reconceptualization*. In: Academy of management review, 1990, nr. 15(2), p. 203-223.
5. Lamothe L., J.-L. Denis. *The emergence of new organizational forms: The case of networks of integrated services in healthcare*. In: Managing change in the public services. Ed. Wallace, M., Fertig, M., Schneller, E. Blackwell, 2006.
6. Powell M.J., D.M. Brock, and C. Hinings. *The changing professional organization*. In: Restructuring the professional organization: Accounting, health care and law. 1999, p. 1-19.
7. Klijn E.H., B. Steijn, and J. Edelenbos. *The impact of network management on outcomes in governance networks*. In: Public administration, 2010, nr. 88(4), p. 1063-1082.
8. O'Toole Jr. L.J. *Treating networks seriously: Practical and research-based agendas in public administration*. In: Public administration review, 1997, p. 45-52.
9. Turrini A., et al. *Networking literature about determinants of network effectiveness*. In: Public Administration, 2010, nr. 88(2), p. 528-550.
10. Klijn E.-H., J. Edelenbos, and B. Steijn. *Trust in Governance Networks Its Impacts on Outcomes*. In: Administration & Society, 2010, nr. 42(2), p. 193-221.
11. Gilbert F. et al. *Le pilotage des réformes*. In: Le système socio-sanitaire du Québec: gouvernance, régulation et participation, 2007, p. 39-47.
12. Denis J.-L., L. Lamothe, and A. Langley. *The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations*. In: Academy of Management journal, 2001, nr. 44(4), p. 809-837.
13. Contandriopoulos D. and J.-L. Denis. *Leading transformation in public delivery systems*. In: Leadership in the Public Sector: Promises and Pitfalls, 2012, p. 44.
14. Salamon L.M. *The tools of governance: A guide to the new governance*. 2002, Oxford University Press.
15. Stoker G. *Governance as theory: five propositions*. In: International social science journal, 1998, nr. 50(155), p. 17-28.
16. Rhodes R.A.W. *The new governance: governing without government*. In: Political studies, 1996, nr. 44(4), p. 652-667.
17. Denis J.-L., A. Langley, and L. Rouleau. *Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames*. In: Human Relations, 2007, nr. 60(1), p. 179-215.
18. Mintzberg H. *Structures et dynamique des organisations*. In: Economica, Paris (éd. originale: The Structuring of Organizations, 1979), 1982.
19. Lamothe L. *La reconfiguration des hôpitaux: un défi d'ordre professionnel*. In: Ruptures, 1999, nr. 6(2), p. 132-148.
20. Contandriopoulos A.-P. et al. *Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre*. In: Ruptures, 2001, nr. 8(2), p. 38-52.

21. Foudriat M. *Sociologie des organisations*. Pearson, 2011.
22. Brock D.M. *The changing professional organization: A review of competing archetypes*. In: *International Journal of Management Reviews*, 2006, nr. 8(3), p. 157-174.
23. Lamothe L. and Y. Dufour. *Systems of interdependency and core orchestrating themes at health care unit level: a configurational approach*. In: *Public Management Review*, 2007, nr. 9(1), p. 67-85.
24. Harrisson D. and M. Laberge. *Innovation, identities and resistance: The social construction of an innovation network*. In: *Journal of Management Studies*, 2002, nr. 39(4), p. 497-521.
25. Agranoff R. and M. McGuire. *Big questions in public network management research*. In: *Journal of public administration research and theory*, 2001, nr. 11(3), p. 295-326.
26. Williams P. *The competent boundary spanner*. In: *Public administration*, 2002, nr. 80(1), p. 103-124.
27. Alexander J.A., S.-Y.D. Lee, and G.J. Bazzoli. *Governance forms in health systems and health networks*. In: *Health Care Management Review*, 2003, nr. 28(3), p. 228-242.
28. Klijn E.-H. and G.R. Teisman. *Strategies and games in networks*. In: *Managing complex networks. Strategies for the public sector*, 1997, p. 98-118.
29. Kickert W.J. and J.F. Koppenjan. *Public management and network management: An overview*. Netherlands Institute of Government, 1997.
30. Kickert W.J., E.-H. Klijn, and J.F.M. Koppenjan. *Managing complex networks: strategies for the public sector*. 1997, Sage.
31. Lamarche P. et al. *L'intégration des services: enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques*. In: *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2001, nr. 8(2), p. 71-92.
32. Arrow K.J. *The economics of information*. Vol. 4. Harvard University Press, 1984.
33. Coleman J.S. *Foundations of social theory*. Harvard university press, 1994.
34. Agranoff R. and M. McGuire. *Collaborative public management: New strategies for local governments*. Georgetown University Press, 2004.
35. McAllister D.J. *Affect and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations*. In: *Academy of management journal*, 1995, nr. 38(1), p. 24-59.
36. Contandriopoulos A.-P. *L'hôpital en restructuration: regards croisés sur la France et le Québec*. PUM, 2005.
37. Clover S. *Le pouvoir de la confiance*. First Edition, 2008.
38. Lascoumes P. *Rendre gouvernable: de la «traduction» au «transcodage». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique*. 1996.
39. Denis J.-L. *Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada*. 2002, Novembre.
40. Lamothe L. *Le rôle des professionnels dans la structuration des réseaux: Une source d'innovation*. In: *La gouvernance et la régulation des services de santé et services sociaux au Québec*, Ed. Gaëtan Morin, 2006.

Prezentat la 25.09.2015



DIN ÎNȚELEPCIUNEA TIMPURILOR

• *Un organism sănătos este camera de oaspeți a sufletului; un organism bolnav este o închisoare.*

(Francis Bacon)

• *Cel mai bine e să fii sănătos, frumos și bogat în mod cinstit.*

(Platon)

• *A păstra sănătatea este o datorie morală și religioasă, sănătatea este baza tuturor virtuților sociale și ele nu mai pot fi utile atunci când nu suntem bine.*

(Samuel Johnson)

• *Cartea îți este prietenul în ceasurile de neliniște, e doctorul la începutul bolilor, e sfătuitorul de bine în nevoi, e bătrânul care te netezește pe cap și-ți arată calea cea adevărată.*

(Ion Simionescu)