

## **Intégration d'entreprises et intégration des services de santé - Convergences et enjeux communs**

**Yatim Fatima**

**Maître de Conférences, EA 7348 MOS, EHESP**

**Fatima.YATIM-DAUMAS@ehesp.fr**

**Sarah Gourdine**

**Directrice adjointe en charge des Affaires Financières**

**Centre Hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre/Abymes**

**[gourdine.indirah@gmail.com](mailto:gourdine.indirah@gmail.com)**

**Jihane Sebai**

**Maître de Conférences, Larequoui, UVSQ**

**[jihane.sebai@quoi.uvsq.fr](mailto:jihane.sebai@quoi.uvsq.fr)**

### **Résumé :**

---

Si les fusions d'entreprises privées ont largement été traitées dans la littérature en sciences de gestion, le mouvement concerne aussi les entreprises et organisations publiques, notamment dans le cadre des partenariats publics privés (PPP) (Wettenhall, 2003; Osborne et Johnson, 2003; Pongsiri, 2002). Dans le domaine de la santé en particulier, ce phénomène organisationnel a trouvé sa traduction dans les mouvements dits d'intégration des systèmes de santé (Busse et al., 2010; Coleman et al., 2009; Battersby, 2005) dont le but est d'assurer des parcours de soins et de santé cohérents et adaptés aux besoins des usagers (Couturier et al., 2016). Toutefois, tout comme les fusions qui peuvent renvoyer à des réalités diverses (Leroy, 2003), l'intégration dans le domaine de la santé se déploie en de multiples dimensions et à plusieurs niveaux (Couturier et al., 2016). Dans cet article, notre but est de rapprocher ces deux corpus de travaux afin d'identifier les convergences et les enjeux communs, ainsi que les implications pour les organisations de santé. Pour ce faire, nous mobilisons les résultats d'une étude de cas avec un double objectif. Il s'agit d'une part de nous focaliser sur la phase de pré-

intégration, peu étudiée dans la littérature en sciences de gestion, à travers l'étude d'un projet de fusion entre deux établissements dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées à domicile. D'autre part, il s'agit de dégager des enseignements plus généraux sur les conditions de réussite des fusions pour ce type de structures, à mettre en perspective par rapport aux conclusions de la littérature sur les fusions d'entreprises. Aussi, notre recherche montre que les questions liées à la création de sens autour de valeurs communes et d'une culture partagée sont essentielles. Nos résultats confirment donc les conclusions de la littérature (Buckley et Ghauri, 2002 ; Calipha et al., 2010 ; Schoenberg, 2006), mais ils les complètent en montrant que ces questions ne peuvent être posées a posteriori, en phase de post-intégration, mais doivent être pensées en amont car elle représentent un enjeu clé qui structure l'étape de la pré-intégration, elle-même centrale pour réussir l'intégration et in fine la fusion.

**Mots-clés :** Fusion, pré-intégration, systèmes de santé intégrés

---

## **Intégration d'entreprises et intégration des services de santé - Convergences et enjeux communs**

### **INTRODUCTION**

Bien qu'il n'existe pas de consensus sur la performance supérieure qu'elles permettent de réaliser, les fusions d'entreprises n'ont cessé de remodeler les différents secteurs d'activités (Buckley et Ghauri, 2002; Calipha et al., 2010; Schoenberg, 2006; Agrawal et al., 1992; Healy et al., 1992; Devos et al., 2009). Les dernières années ont même vu leur recrudescence, qu'il s'agisse de fusions d'entreprises, d'organisations publiques ou de fusions entre le public et le privé. Différents aspects ont été étudiés dans la littérature pour appréhender ce phénomène : étude des motivations et de l'adéquation des partenaires, évaluations comparatives des performances attendues et des performances réalisées, analyse des différentes phases du processus, étude des causes d'échec, etc. (Mirvis et Marks 1992; Haspelagh et Jemison 1991; Jemison et Sitkin 1986). Plus particulièrement, nombre de travaux a été consacré au processus d'intégration jugé central pour la réussite d'une fusion en raison des enjeux qui lui sont associés (Haspelagh et Jemison 1991). Sans que des travaux approfondis leur soient réservés, les auteurs soulignent cependant l'importance des phases qui précèdent l'intégration et la nécessité d'une préparation rigoureuse.

Les conclusions de la littérature permettent ainsi de disposer d'un socle de connaissances susceptible d'éclairer un mouvement parallèle que connaît le secteur de la santé. En effet, les organisations de santé sont confrontées aux cloisonnements et à la rigidité des frontières professionnelles, organisationnelles et institutionnelles. Ce constat a amené à la conclusion que seuls des systèmes de santé intégrés permettraient de garantir aux patients et à l'ensemble des usagers des prises en charge cohérentes, efficaces et efficientes. L'intégration des services de santé est alors envisagée dans de nombreux pays depuis plusieurs décennies, et en France depuis quelques années, et les tentatives de mise en œuvre se sont multipliées. Toutefois, tout comme les fusions qui peuvent renvoyer à des réalités diverses (Leroy, 2003), l'intégration dans le domaine de la santé se déploie en de multiples dimensions et à plusieurs niveaux (Couturier et al., 2016). Or, malgré les travaux qui lui sont consacrée, essentiellement des

travaux en santé publique, il n'existe pas de conclusions robustes quant aux conditions de réussite notamment en raison du manque d'appréhension de la dimension organisationnelle. Aussi, les travaux en sciences de gestion sur les fusions fournissent à notre sens des grilles d'analyse adéquates.

Dans cet article nous mobilisons les résultats d'une étude de cas avec une triangulation des données pour répondre à un double objectif. Il s'agit d'une part de nous focaliser sur la phase de pré-intégration, peu étudiée dans la littérature en sciences de gestion, à travers l'étude d'un projet de fusion entre deux établissements dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées à domicile. D'autre part, il s'agit de dégager des enseignements plus généraux sur les conditions de réussite des fusions pour ce type de structures, à mettre en perspective par rapport aux conclusions de la littérature sur les fusions d'entreprises.

## **1. INTEGRATION D'ENTREPRISES ET INTEGRATION DES SERVICES DE SANTE**

Pour Leroy (2003), une fusion représente à la fois une opportunité pour une transformation organisationnelle et une interpénétration de deux organisations. L'auteur assimile la fusion à une greffe organisationnelle, dont les promesses de succès ne peuvent occulter les risques de rejet. La littérature recense ainsi de nombreuses motivations aux mouvements de fusions d'entreprises malgré les risques que cela représente; un plus large accès aux marchés, valorisation boursière, accès à des compétences stratégiques notamment dans les secteurs intensifs en connaissances, exploitation des synergies et réduction de la concurrence, etc. (Shrivastava, 1986; Meier et Schier, 2009). Les motivations premières peuvent donc être diverses avec un but final commun qui est celui de la recherche d'une meilleure performance (Meier et Schier, 2009). Toutefois, la littérature suggère également que, quelles qu'elles soient, les motivations restent déterminantes car elles influencent les modèles organisationnels permettant l'intégration des entreprises, objets de la fusion, mais aussi le niveau de performance réalisé. En effet, selon Sargis Roussel (2004), une fusion motivée par un but stratégique et organisationnel à titre d'exemple, rencontre moins de difficultés dans la réalisation de son intégration qu'une fusion motivée par un objectif purement financier.

Si les fusions d'entreprises privées ont largement été traitées dans la littérature en sciences de gestion, le mouvement concerne aussi les entreprises publiques, notamment dans le cadre des partenariats publics privés (PPP) (Wettenhall, 2003; Osborne et Johnson, 2003; Pongsiri, 2002). Dans le domaine de la santé en particulier, ce phénomène organisationnel a trouvé sa

traduction dans les mouvements dits d'intégration des systèmes de santé (Busse et al., 2010; Coleman et al., 2009; Battersby, 2005). L'on parle de systèmes de santé intégrés pour désigner des structures publiques, privées ou parapubliques, qui s'inscrivent dans une logique de parcours de soins et de parcours de santé pour proposer une offre globale cohérente aux usagers des services de santé, à l'intérieur et à l'extérieur des frontières organisationnelles (Couturier et al., 2016). En France, le concept d'intégration ou de systèmes de santé intégrés a été plébiscité tardivement comparativement à d'autres pays à l'image des Etats Unis. L'intégration vient pallier les limites d'une coordination transversale, souvent informelle, qui peine à se transformer en processus intégrés par-delà les frontières organisationnelles, professionnelles et institutionnelles (Amyot 2010).

Toutefois, tout comme les fusions qui peuvent renvoyer à des réalités diverses (Leroy, 2003), l'intégration dans le domaine de la santé se déploie en de multiples dimensions et à plusieurs niveaux (Couturier et al., 2016). Ainsi, trois degrés d'intégration sont distingués par Leutz (2005). Un premier degré qui renvoie à une intégration-liaison. Il s'agit d'un dispositif organisationnel reliant de manière systématique des acteurs professionnels ou organisationnels de la santé demeurant autonomes sur le plan décisionnel, mais qui conviennent de mieux gérer ensemble leurs interfaces pour une meilleure prise en charge des patients. La liaison s'effectue autour de fonctions simples comme l'échange d'information. Un second niveau qui correspond à une intégration-coordination, dispositif intégrateur coordonnant de manière systématique les interdépendances fonctionnelles entre acteurs professionnels et organisationnels demeurant autonomes sur le plan décisionnel et juridique. Elle s'effectue autour des fonctions cliniques complexes comme la planification et la délivrance des soins et des services connexes. Et un troisième niveau qui aboutit à une pleine intégration. Il s'agit à ce dernier niveau d'un dispositif coordonnant de manière systématique les interdépendances fonctionnelles entre acteurs professionnels et départements d'une grande organisation responsable de l'ensemble des services et qui anime une concertation intersectorielle de façon à couvrir l'ensemble des besoins de la population sous sa responsabilité (avec des configurations juridiques et structurelles diverses).

Ces trois niveaux trouvent leurs équivalents dans le cadre des fusions. En effet, pour Haspeslagh et Jemison (1991), l'intégration d'entreprises à la suite d'une fusion peut revêtir trois principaux degrés selon son intensité. Une intégration faible dite de préservation où "l'acquéreur" exerce un faible pouvoir décisionnel au niveau opérationnel et où "la cible" garde son autonomie. Une intégration dite de rationalisation qui consiste à revoir les activités

des entreprises fusionnées afin de minimiser les coûts et d'exploiter les synergies, et où les deux structures deviennent interdépendantes. Et enfin, une intégration dite de symbiose où les entreprises sont à la fois interdépendantes et ont un fort besoin d'autonomie, et où l'enjeu est celui de l'équilibre à opérer entre la recherche de synergies et la préservation de la culture de la cible qui peut être à l'origine d'un avantage concurrentiel (Chalençon, 2013).

Aussi, qu'il s'agisse des entreprises privées ou des organisations de santé, l'intensité et le niveau de l'intégration sous-tendent trois cas de figure comme le montrent les travaux de Shrivastava (1986) : une intégration procédurale (des systèmes d'information et de gestion afin d'assurer la coordination et le contrôle), une intégration physique (redéploiement des locaux et des personnels) et une intégration socio-culturelle (alchimie complexe en termes de culture et de valeurs). La littérature en sciences de gestion montre largement l'imbrication et l'importance d'une réalisation conjointe de ces trois types d'intégration (Sargis Roussel, 2004). En effet, pour de nombreux auteurs, le fort taux d'échec que connaissent les mouvements de fusion peut s'expliquer par une certaine incapacité à dépasser les premiers stades d'intégration, pour se limiter à la mise en place d'une organisation hybride où se croisent des savoir-faire, des croyances, des systèmes de répartition du pouvoir et des outils hétérogènes, sans une cohérence d'ensemble porteuse de sens (Connolly et Klein, 2002; McKinsey 2000; Cartwright et Cooper 1993; Napier, 1989).

Aussi, parmi les causes d'échec des fusions identifiées dans la littérature, l'absence d'une identité commune de la structure fusionnée a souvent été mentionnée (Buckley et Ghauri, 2002 ; Calipha et al., 2010 ; Schoenberg, 2006). Bien que la nouvelle structure juridique et la nouvelle organisation soient des éléments déterminants pour fournir un modèle de référence, elles ne peuvent garantir la création de sens et le partage de valeurs communes et d'une identité propre (Sachs et Rühli, 2001). D'autant que les fusions représentent une période de forte incertitude et annonce un futur instable où l'un des enjeux majeurs est celui de la capacité des acteurs à se projeter dans un nouvel ordre commun en substitution de celui établi dans chaque structure candidate à la fusion (révision des activités, des rapports de force, etc.) (Noda et Bower, 1996).

Il s'agit donc de favoriser l'émergence de sens et ce dès les phases amont, lors de la pré-intégration. De nombreux travaux permettent de souligner en effet que ces questions ne peuvent être posées a posteriori, en phase de post-intégration, mais doivent être pensées en amont car elle représentent un enjeu clé qui structure l'étape de la pré-intégration, elle-même centrale pour réussir l'intégration et in fine la fusion (Sargis Roussel, 2004 ; Napier, 1989).

Aussi, parmi les hypothèses formulées à ce niveau, certains travaux évoquent l'importance de la construction du sens de la fusion au même titre que l'importance du choix du partenaire (Jemison et Sitkin, 1986), de l'évaluation de l'environnement ou encore de la stratégie d'intégration (Haspelagh et Jemison 1991). La phase pré-intégration est donc centrale et son étude présente un intérêt majeur pour pallier partiellement les lacunes de la littérature sur l'intégration des entreprises dans le cadre des fusions. Mais elle est également à forte portée dans le domaine de la santé en particulier, où la question de l'intégration se trouve au centre d'enjeux sanitaires, économiques, sociaux, mais aussi organisationnels.

En effet, qu'il s'agisse d'intégration verticale grâce aux réformes structurelles menées dans les différents pays (exp; fusions d'établissements publics) ou d'intégration horizontale (exp; centres et réseaux de santé, groupements d'établissements), les travaux sur l'intégration des soins et des services dans le domaine de la santé sont nombreux. Toutefois, en raison de leur orientation médico-économique centrée sur des problématiques de santé publique, ces travaux occultent toute la dimension organisationnelle qui sous-tend l'intégration et qui structure de manière plus large la question de la coordination des soins (Yatim et Minvielle, 2016; Sebai, 2016). Les causes des échecs demeurent donc peu explorées, de même que les conditions de réussite. Aussi, les travaux en sciences de gestion sur les fusions fournissent à notre sens des grilles d'analyse adéquates.

Dans cet article nous mobilisons les résultats d'une étude de cas pour répondre à un double objectif. Il s'agit d'une part de nous focaliser sur la phase de pré-intégration, peu étudiée dans la littérature en sciences de gestion, à travers l'étude d'un projet de fusion entre deux établissements dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées à domicile. D'autre part, il s'agit de dégager des enseignements plus généraux sur les conditions de réussite des fusions pour ce type de structures, à mettre en perspective par rapport aux conclusions de la littérature sur les fusions d'entreprises.

## **2. LE CAS DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE**

### **2.1. CONTEXTE**

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi vieillissement, entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016, ambitionne d'améliorer les conditions de la prise en charge des personnes âgées. Elle se fonde sur les projections de l'INSEE qui augmentent d'un tiers la population des plus de 60 ans en France à horizon 2030. Cette évolution laisse envisager une

croissance importante des besoins en termes de services, de professionnels et de dépenses. En prévision de ces contraintes amenées à peser sur les ressources humaines, logistiques et financières, la nouvelle loi vieillissement encourage une dynamique de modernisation de l'organisation des services à domicile. Cette modernisation se manifeste notamment par la relance du dispositif SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile) créé en 2004. Il s'agit de structures qui assurent des services de soins infirmiers et des prestations d'accompagnement à domicile dans les actes de la vie quotidienne à destination de publics fragilisés par l'âge, la maladie ou des troubles fonctionnels. L'objectif par ce biais est de maintenir les services existants, de manière séparée au sein des SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile) et SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile), mais en fusionnant les deux types de structures. Or, en plus de 10 ans, seule une centaine de SPASAD a vu le jour.

La remise à l'agenda politique des SPASAD amène à interroger les conditions d'adoption et de mise en œuvre concrète de ce type de dispositifs et les freins à leur développement. Aussi la question traitée est celle du modèle stratégique, économique et organisationnel qui permet de concevoir, dans un territoire donné, un SPASAD qui satisfasse, de façon pérenne, les besoins des personnes âgées dépendantes. Pour répondre à cette question, nous nous basons sur une étude de cas d'un projet de fusion entre un SAAD et un SSIAD pour la création d'un SPASAD.

## **2.2. PRESENTATION DES STRUCTURES**

Les structures concernées par le projet de fusion sont un SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile) rattaché à un grand centre de gérontologie localisé dans le département des Hauts de Seine; et un SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) rattaché à une entreprise privée de services à la personne.

Le SSIAD compte 190 places de service de soins infirmiers à domicile et permet d'assurer le suivi de patients âgés qui souhaitent continuer à vivre à leur domicile. Il est rattaché au centre depuis 2004 et a connu tout d'abord une augmentation de capacité de plus de 165%, puis a gagné 15 places de plus en 2013 dont 7 places pour adultes handicapés. Cette dernière autorisation a été aussi l'occasion d'étendre son agrément territorial qui couvre actuellement 7 communes du centre des Hauts de Seine. Le territoire d'intervention du SSIAD correspond ainsi à une population de plus de 232 000 habitants. Il est animé par une cellule de coordination dotée de 3 infirmières, dont 1 responsable, 2 infirmières coordinatrices (IDEC),

et 2 secrétaires. Cette cellule encadre une équipe de 10 d'infirmiers (IDE), 40 aides-soignants (AS) et auxiliaires médico-psychologiques (AMP).

Le SAAD est quant à lui une agence rattachée à une entreprise privée créée en 2007. Il s'agit d'une société privée à but lucratif spécialisée dans le maintien et l'aide à domicile des personnes fragilisées, dépendantes et/ou en situation de handicap. Le réseau national de l'entreprise est constitué de 50 agences qui accompagnent à leur domicile plus de 2000 bénéficiaires dont 7 agences dans les Hauts de Seine.

L'agence SAAD est implantée sur le même territoire que le SSIAD, et a été créée en 2010 sous la forme d'une société à responsabilité limitée (NOSA services SARL) franchisée du réseau national. Elle accompagne plus de 200 bénéficiaires dans la réalisation de leurs projets de vie en coordination avec les aidants, les assistantes sociales et les équipes médicales. Elle propose un service d'astreinte téléphonique disponible en dehors des heures d'ouverture de l'agence et emploie en mode prestataire près de 70 intervenants, avec une équipe encadrante composée de 4 personnes (un directeur, un directeur adjoint et deux responsables de secteur).

## **2.3. COLLECTE DES DONNÉES, L'ÉTUDE DE CAS**

### **2.3.1. L'observation participante**

Les données exploitées pour cette étude de cas sont issues d'une mission menée par l'un des auteurs<sup>1</sup> de l'article pour la préparation d'une réponse à l'appel à candidature de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île de France pour lancer des expérimentations de SPASAD au cours de l'année 2016. Pendant la période de préparation de la réponse à l'appel à candidature, l'auteur a eu en charge de collecter et de structurer, au fil de l'eau, les données des deux structures qui souhaitent fusionner, de constituer le dossier de réponse et d'animer les réunions du groupe projet. Ce dernier a été constitué de : la directrice du centre de gérontologie, directeur adjoint aux finances, directeur adjoint juridique, responsable du SSIAD, infirmières cadres du SSIAD, directeur de l'agence SAAD, son adjoint, responsable de secteur de l'agence, et un consultant qui accompagne le projet. Les réunions entre les différents partenaires ont eu pour objet d'échanger sur le contenu du projet (objectifs et missions, périmètre, organisation et fonctionnement, droits des usagers, coordination avec les partenaires externes), sur les actions à mettre en œuvre en vue de l'intégration des activités et sur le budget et les modes de financement du dispositif.

---

<sup>1</sup> L'auteur intervenait dans le cadre d'un stage professionnel en sa qualité d'Elève-Directeur d'Établissements de Santé (stage conclusif de la formation).

Aussi, les données sont le fruit de la restitution de l'historique de la démarche avec les faits marquants grâce à un travail d'approfondissement mené par les trois auteurs de l'article lors de réunions de travail tout au long du projet (Yin, 1984). Ce travail a porté essentiellement sur le récit de l'auteur qui a conduit le projet, sur son journal de bord alimenté durant toute la durée du projet (un mois), les comptes rendus des réunions (au moins une réunion par semaine).

### 2.3.2. Enquête qualitative par entretiens

Le travail mené sur le projet de fusion (observation participante) a été enrichi et complété par 9 entretiens semi-directifs réalisés auprès des responsables de 4 SPASAD en exercice (au moins deux responsables par structure, détail dans le tableau n°1 ci-dessous). Les 16 SPASAD de l'île de France figurant dans l'annuaire numérique de l'action sociale ont été sollicités par mail pour un entretien, quatre responsables ont accepté et été rencontrés effectivement (ces derniers ont permis par la suite de rencontrer d'autres personnes au sein de leur structure). Les entretiens ont duré en moyenne une heure et ont été enregistrés et retranscrits. Les SPASAD sondés sont rattachés à des établissements privés à but non lucratif, associations ou fondations, implantés dans leur territoire depuis 30 ans à 50 ans ou plus.

Structures	Responsables rencontrés	Nb d'entretiens
<b>SPASAD 1</b> <b>(18<sup>ième</sup> arrondissement de Paris)</b>	Responsable du SSIAD Responsable du SAAD	<b>2</b>
<b>SPASAD 2</b> <b>(19<sup>ième</sup> arrondissement de Paris)</b>	Responsable du SSIAD Responsable du SAAD	<b>2</b>
<b>SPASAD 3</b> <b>(20<sup>ième</sup> arrondissement de Paris)</b>	Directrice du SPASAD Directrice adjointe du SPASAD	<b>2</b>
<b>SPASAD 4</b> <b>(Département de l'Essonne)</b>	Président de l'association gestionnaire du SPASAD Directrice du SPASAD Infirmière du SPASAD (IDE)	<b>3</b>

« Tableau n°1 – Échantillon de l'enquête qualitative »

Sur la base de la littérature, une grille d'analyse a été élaborée avec une double finalité. Il s'agissait d'une part de structurer la restitution de l'historique du projet de fusion étudié. D'autre part, la grille d'analyse a été mobilisée comme base pour le guide d'entretien exploité lors de l'enquête qualitative auprès des SPASAD. Elle contient ainsi les thèmes suivants : 1)

les motivations et le choix du partenaire, 2) les objectifs stratégiques, 3) le modèle économique, 4) le périmètre et la stratégie de l'intégration.

L'étude de cas a également inclus un nombre important de documents internes aux structures étudiées ainsi que des documents et rapports publics afin de permettre la triangulation des données. Les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu verticale et horizontale avec un traitement thématique sélectif orienté selon la grille d'analyse élaborée en amont, et ce dans le but de répondre à la question posée et de traiter la problématique de recherche définie (Wacheux, 1996; Yin, 1984).

### **3. LA PRE-INTEGRATION COMME PHASE CLE**

L'analyse de la démarche du projet de fusion du SSIAD et du SAAD, complétée par les résultats des entretiens réalisés auprès des SPASAD sondés amène à mettre en évidence l'importance capitale de la phase première de toute fusion, la pré-intégration. En outre, l'analyse croisée de l'ensemble des données permet d'identifier les principales conditions de réussite.

#### **3.1. LE CHOIX DU PARTENAIRE (DÉFINITION DE LA CIBLE)**

Le premier résultat mis en évidence par cette étude est le rôle des habitudes et de l'historique de coopération entre les structures. Tous les SPASAD sondés sont le fruit d'habitudes de travail en commun entre des SAAD et des SSIAD existants et qui appartiennent historiquement à la même organisation. Ainsi, les personnes interviewées ont insisté sur le fait que les SPASAD ont pu voir le jour car il s'agit de structures qui font partie d'un même établissement. La création d'une structure commune vient donc matérialiser une opportunité de complémentarité, soit en termes d'offres, soit en termes de rémunération générée. A titre d'exemple, l'un des SPASAD développe une offre complémentaire pour les personnes âgées du territoire avec des appartements d'hébergement temporaire, un service d'accompagnement à la vie sociale, des appartements de coordination thérapeutique, une garde itinérante de nuit (20h-7h) et un service d'aide de nuit. Un autre, a choisi de développer en parallèle de ces activités à caractère social destinées aux personnes âgées, des activités plus «commerciales» destinées aux familles : garde d'enfants, petit bricolage, ménage, repassage, qui sont plus lucratives.

Toutefois, si l'appartenance à un même établissement constitue un facteur facilitateur, c'est essentiellement l'existence d'un historique de relations solides qui semble être déterminante.

Ceci apparaît comme une première condition en raison des gages de confiance, de connaissance et de compréhension mutuelle que cela suppose. Pour le cas de fusion étudié, cette première condition n'a pas été satisfaite. En effet, étant membres d'un même territoire et agissant auprès de la même population, les responsables du SSIAD et du SAAD ont eu l'occasion de se rencontrer lors de réunions d'échelon municipal ou territorial. En outre, une convention de partenariat a été signée par le centre, auquel est rattaché le SSIAD, et l'agence pour la mise en œuvre d'un relais de l'aidant à domicile. Toutefois, le positionnement de l'agence au sein de ce partenariat reste celui d'un prestataire dont le client est le centre, il s'agit donc d'une relation client-fournisseur. Le projet de fusion ne vient donc pas consolider une dynamique de coopération solide existante, mais il s'agit davantage d'en favoriser l'émergence.

En effet, le lancement du Plan national d'actions de prévention de la perte d'autonomie et la promulgation de la loi vieillissement a donné l'occasion d'envisager un partenariat plus formel car le plan a été accompagné par le lancement d'une phase d'expérimentations de terrain, celle des SPASAD intégrés<sup>2</sup>. Les dirigeants des deux structures ont donc souhaité saisir l'opportunité de ces expérimentations pour renforcer leurs liens. Ils y ont vu un vecteur de simplification de l'environnement pour les usagers de leurs services, de renforcement de leur complémentarité, de décloisonnement entre le social, le sanitaire et le médico-social et de développement des compétences des intervenants à domicile. En envisageant de soumettre à l'ARS une candidature à l'expérimentation de SPASAD, la direction du centre auquel est rattaché le SSIAD pensait pouvoir demander une aide pour une étude de faisabilité et lancer un appel à candidature auprès de l'ensemble des acteurs des services à la personne du territoire afin de choisir le partenaire le plus pertinent. Toutefois, compte tenu des délais de l'appel à candidature, ceci n'a pas été possible et le centre s'est tourné vers le SAAD pour des raisons relationnelles davantage que stratégiques.

### **3.2. LE CHOIX DE LA VALEUR AJOUTÉE COMMUNE (ANALYSE STRATÉGIQUE)**

Outre la connaissance du partenaire potentiel, cette étude de cas permet de mettre en évidence

---

<sup>2</sup> Arrêté du 30 Décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile prévues à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

l'importance d'une connaissance approfondie de l'environnement et de la construction d'un projet orienté spécifiquement à cette aune. Tout d'abord, la connaissance des usagers potentiels des soins et services proposés et de leurs parcours de vie individuels semble déterminante. En fait, il ne s'agit pas de combiner deux offres complémentaires, en associant un SSIAD avec ses services de soin et un SAAD avec ses services d'aide et d'accompagnement, mais il s'agit de créer une offre globale, nouvelle, que seul un SPASAD peut porter. En outre, la connaissance de l'environnement et des usagers doit être dynamique car la structure après fusion doit être pensée pour être évolutive en raison des transformations de l'environnement. Ainsi l'exprime une personne interviewée : *« Avec les changements institutionnels en cours, il y a la définition de l'intérêt social territorial qui doit être arrêtée avant le 31/12/17 au niveau du territoire pour savoir ce qui remonte et ce qui reste aux communes. Il y a les problématiques du Grand Paris avec la question du logement. Le périmètre est mouvant. »*. La connaissance de l'environnement est donc fondamentale, d'abord pour en connaître les besoins et la dynamique mais également du fait qu'il comporte de nombreux partenaires aux compétences diverses, sur lesquels un SPASAD peut s'appuyer pour son développement et face auquel il se positionne comme une structure unifiée.

Ceci montre que la réflexion stratégique doit être menée non pas en termes de missions écrites dans la loi ou en termes de fusion des structures, mais en termes d'offre globale et cohérente à apporter aux usagers. Dans le cas étudié, cette réflexion n'a pu être menée à terme pour des raisons liées au contexte mais aussi pour des raisons liées aux valeurs et aux cultures. En effet, dès les premières phases du projet, les dirigeants des deux structures décident de concevoir un projet pilote autour de la trentaine d'usagers qu'ils ont en commun comme réponse à l'appel à candidature lancé par l'ARS d'Île de France. Une approche populationnelle, qui impliquerait une analyse plus approfondie des besoins de leur territoire d'implantation n'a pu être menée, limitant ainsi les possibilités aux usagers communs connus. Toutefois, au-delà des contraintes en temps et en ressources pour mener cette analyse, les réunions du groupe projet ont rapidement mis en évidence des divergences plus profondes en termes de positionnements. Elles peuvent être résumées à travers les rivalités traditionnelles qui séparent les secteurs du social (service sociaux d'aide et d'accompagnement) et du sanitaire (services de santé et de soins) (diversité des cultures professionnelles, des statuts, des conventions collectives, etc.). La fusion des deux structures a donc été davantage envisagée comme une association de deux offres qu'une refonte et une création d'une offre globale, ce qui constitue un handicap majeur. En effet, le SSIAD et le SAAD remplissent chacun de son

côté ses missions, il n'a pas été possible de mener une réflexion stratégique qui permette de mettre en évidence ce qu'il est possible de faire de plus, de mieux, dans le cadre d'un SPASAD.

### **3.3. LE CHOIX DU MODÈLE ECONOMIQUE (ANALYSE FINANCIÈRE)**

Pour le secteur de la prise en charge des personnes âgées à domicile, la question du modèle économique relève essentiellement des politiques publiques et non uniquement des acteurs et des structures. Un mode de financement approprié est donc un fondement structurel pour assurer un continuum de services, et est donc une condition majeure pour la réussite d'une fusion. L'étude de cas montre l'importance d'un mode de financement adapté à la diversité intrinsèque des activités, services et prestations. Or, les modes de financement actuels souffrent de leur faible adéquation avec la réalité des pratiques<sup>3</sup>. Tout d'abord, les SPASAD font l'objet d'une tarification par deux autorités (les ARS pour les activités de soins et les départements pour les activités d'aide et d'accompagnement). De même, le regroupement des activités d'aide et des activités de soins dans un même service oblige à une coordination des intervenants à domicile. Les frais occasionnés par ces besoins supplémentaires ne sont que très peu pris en compte par les deux autorités tarifcatrices. A cela s'ajoute l'absence de fongibilité entre les enveloppes définies par les autorités tarifcatrices. Les responsables interrogés soulignent donc, pour des raisons évidentes de soutenabilité du dispositif à long terme, la nécessité d'un financement monomodal du fonctionnement afin de permettre une organisation unifiée du soin et de l'aide.

Pour le cas étudié, la question des financements a été soulevée en rapport avec la soutenabilité

---

<sup>3</sup> Les SPASAD disposent de 3 sources de revenu simultanées. La première source de financement vient de l'Etat, via les ARS. C'est la dotation globale de soins qui est définie par les mêmes textes réglementaires que celle des SSIAD. Elle est fixée annuellement en fonction des indicateurs sociaux et médico-sociaux que les SSIAD envoient aux ARS, faisant état des caractéristiques des services et des personnes prises en charge. De plus, le nombre de places sur lequel un SPASAD peut intervenir pour des soins infirmiers est soumis à autorisation de l'ARS sur le même mode qu'un SSIAD. Le deuxième volet du budget du SPASAD est versé par le Conseil Départemental en paiement des prestations de service d'aide et d'accompagnement réalisées. Pour cette activité, il n'y a pas de limite en termes de nombre de places autorisées; le SPASAD réalise autant de prestations que de demandes. Le financement est délivré selon des modalités optionnelles. Selon le choix du gestionnaire, il peut prendre la forme d'un forfait global, de tarifs horaires libres ou de tarifs horaires arrêtés par la tutelle départementale. Dans tous les cas, il est versé après déclaration du nombre d'heures de prestations réalisées. La troisième partie du budget a été instaurée par la nouvelle loi vieillissement de 2016. Elle est versée par la conférence des financeurs pour financer les actions de prévention réalisées au domicile des personnes prises en charge. Les prestations de soins infirmiers à domicile font l'objet d'une prescription médicale et sont intégralement prises en charge par l'assurance maladie et/ou la mutuelle des personnes. En revanche, les prestations d'aide à domicile sont à la charge du bénéficiaire déduction faite de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

du dispositif lors du fonctionnement en routine. De même que pour les autres SPASAD en exercice, il s'agit là d'une source d'inquiétude majeure qui a été un frein à l'aboutissement du projet. En outre, ce frein a été renforcé par la rigidité des conditions de financement de l'expérimentation. En effet, selon l'appel à candidature, si les deux partenaires sont libres de demander une enveloppe budgétaire globale, ils doivent prendre en compte certaines contraintes. L'enveloppe comprend deux parties distinctes, l'une consacrée aux actions de mise en place du SPASAD et l'autre consacrée au fonctionnement. Les porteurs du projet doivent démontrer leurs besoins en formations, justifier de l'existence de locaux communs et/ou du besoin d'harmonisation de leurs logiciels informatiques. Il leur revient d'identifier et d'arrêter clairement les actions à mettre en place. Concernant le budget prévisionnel de fonctionnement, il doit couvrir toute la durée de l'expérimentation (2 ans), sans possibilité de révision ultérieure du financement. Ainsi, la valorisation financière du projet a causé de nombreuses hésitations et suscité des inquiétudes. D'autant que l'expérimentation se fait à capacité constante et qu'aucune extension des structures existantes n'a été prévue. Autrement dit, le nombre de places de SSIAD ne peut être augmentée, mais ce sont les places déjà existantes qui seront labellisées SPASAD. Côté SAAD, les places s'autofinancent car l'activité d'aide est financée par un tarif horaire. La notion de capacité constante s'entend également sur la durée. Entre le début de l'expérimentation et la fin, le nombre de places labellisées SPASAD consenti pour le projet n'évolue pas. Le besoin doit donc être clairement identifié et précisé en amont.

### **3.4. LE CHOIX DU NIVEAU D'INTÉGRATION ORGANISATIONNELLE**

Pour les responsables des SPASAD en exercice, la nature complexe et enchevêtrée des activités et la nécessité d'une offre globale cohérente, impliquent une pleine intégration. Comme évoqué plus haut, le fait que l'ensemble des SPASAD sondés appartiennent historiquement au même établissement a permis de faciliter cette intégration, d'autant qu'il existaient des pratiques de coopération solides entre les structures. Il a été néanmoins souligné que l'intégration se doit d'être pensée en amont à tous les niveaux.

Pour le projet de fusion étudié, le niveau et l'intensité de l'intégration n'ont pas été abordés comme une cible à atteindre, selon un plan stratégique, mais davantage en rapport avec les nécessités qui s'imposaient pour faire fonctionner la structure fusionnée. L'intégration a été ainsi envisagée dans trois axes : via un guichet d'accès intégré, des systèmes d'information convergents et des plans de coordination. Aussi, l'équipe projet a mis en place

progressivement pour la trentaine d'usagers communs aux deux structures porteuses du projet des plans individualisés de prise en charge résultant de l'agrégation de l'ensemble des plans d'aide et de soins réalisés pour le suivi des interventions. L'interconnexion des différents plans de coordination a permis d'évaluer le niveau de convergence des SI, voire d'interopérabilité nécessaire, et un cahier des charges précis a été élaboré et transmis au prestataire informatique en charge de l'étude de faisabilité, du chiffrage et de la mise en œuvre du projet de SI.

Toutefois, une intégration pleine est vite apparue comme difficile à atteindre pour des raisons diverses. Tout d'abord, l'interopérabilité des SI ne pouvaient être envisagée que sous conditions. En effet, en raison de la confidentialité du dossier médical, certaines informations devaient être rendues invisibles pour les membres du SAAD et d'autres devaient être visibles et modifiables par ces derniers. Si cette limite n'est pas un frein insurmontable, elle représente néanmoins des difficultés supplémentaires, sur le plan technique et organisationnel, pour la coordination des tâches et des activités. La scission évoquée ci-dessus concernant les modes de financement a également été perçue comme un frein significatif à une pleine intégration dans la mesure où le budget du SPASAD ne pouvait être unifié pour envisager le financement des activités transversales communes à l'image des activités de coordination et de prévention. Toutefois, le plus grand frein à une intégration pleine est lié aux ressources humaines qui représentent un enjeu majeur pour ce type de structures. Outre les contraintes liées à la gestion des personnels soumis à des conventions collectives différentes selon qu'elles relèvent du soin ou de l'aide, l'enjeu a été celui du pilotage de l'ensemble de la structure. Or, malgré le fait que la légitimité des responsables du SSIAD pour assurer le pilotage de l'ensemble du SPASAD n'a pas été discutable, cette fonction n'a pu susciter des volontaires. D'autant que, au sein du SSIAD et du centre de gérontologie auquel ce dernier est rattaché, la période a été marquée par de nombreux changements (l'arrivée d'une nouvelle infirmière dans la cellule de coordination du SSIAD et départ programmé de l'infirmière la plus expérimentée; départ prochain de la cadre supérieure médico-sociale du centre; départ de la directrice du centre et l'arrivée de la directrice par intérim durant la période du montage du projet). L'équipe du SSIAD peinait donc à se projeter dans une organisation et dans des activités nouvelles dans ce contexte.

### **3.5. LA DÉCISION FINALE**

Ainsi, après un mois de discussions, de réunions de travail et d'échanges entre les directions

et membres des deux structures, la décision finale a été celle de ne pas soumettre une réponse à l'appel à candidature lancé par l'ARS Ile de France. Les délais ont été jugés trop courts (l'appel a en effet été lancé le 27 avril 2016 et la date limite de dépôt des dossiers de candidatures a été fixée au 27 mai 2016). Ceci a donc constitué une contrainte forte car les partenaires ont débuté leurs réflexions avec le lancement de l'appel et aucun SPASAD ou fonctionnement équivalent ne préexistait. Toutefois, malgré la décision de ne pas inscrire le projet dans le cadre des expérimentations de l'ARS, les deux partenaires, SSIAD et SAAD, ont décidé de continuer leur travail ensemble afin d'apprendre à mieux connaître réciproquement leurs pratiques professionnelles, leur organisation interne et les spécificités institutionnelles de chacun. Côté SAAD, l'on souhaite visiter l'ensemble de l'institution et en comprendre chaque modalité d'accueil et de prise en charge. Côté SSIAD, l'on aimerait mieux comprendre comment se déploie l'activité d'aide à domicile qui fonctionne avec des horaires d'intervention préalablement fixés et avec peu de réunions d'équipe. Les deux structures déclarent à ce stade vouloir encourager le développement informel d'actions communes.

#### **4. AU-DELÀ DU PARTAGE D'UNE VISION STRATEGIQUE COMMUNE**

L'étude de cas menée dans le cadre de cette recherche permet de montrer combien la préparation d'une fusion est capitale, même lorsque les objectifs stratégiques sont évidents et ne peuvent être remis en question. En effet, la pertinence stratégique d'une meilleure articulation des différents volets de la prise en charge des personnes âgées à domicile (soins, aide et accompagnement), se justifie par la complémentarité des activités mais aussi par la complémentarité des financements et les nombreuses synergies possibles (réduction des coûts de la coordination des interventions et des coûts de fonctionnement de manière générale, mutualisation des activités de prévention et de formation, etc.). Ces avantages ont largement été admis par les deux structures et ceci a motivé leur engagement dans le projet de fusion. Toutefois, il s'agit là d'une condition nécessaire mais non suffisante. En effet, au-delà de la particularité du contexte du projet de fusion en termes de délai et en termes de contraintes institutionnelles du fait qu'il s'agit d'une réponse à un appel à candidature de l'ARS, cette étude de cas montre que les objectifs stratégiques ne garantissent pas la création de sens.

Les fusions sont une étape dans une séquence d'évènements stratégiques dans un contexte de déséquilibre en cours (Sachs et Rühli, 2001). Elles représentent donc une période de forte incertitude et annonce un futur instable où l'un des enjeux majeurs est celui de la capacité des

acteurs à se projeter dans un nouvel ordre commun en substitution de celui établi dans chaque structure candidate à la fusion (révision des activités, des rapports de force, etc.) (Noda et Bower, 1996). Aussi la littérature montre que la nouvelle structure juridique et la nouvelle organisation sont des éléments déterminants pour fournir un modèle de référence, toutefois, elles ne peuvent à elles seules créer du sens et faire émerger une identité propre à la structure fusionnée (Sachs et Rühli, 2001). En effet, parmi les causes d'échec des fusions, la question de l'absence d'une identité claire de la structure fusionnée a souvent été mentionnée. Les décisions de fusions sont souvent accompagnées d'une explicitation des intentions stratégiques, mais c'est au cours des phases d'intégration qu'émerge, ou non, une identité propre à la structure fusionnée, à laquelle des acteurs peuvent adhérer ou non (Vaara, 2000).

Dans le cas étudié, l'ambiguïté des attentes des pouvoirs publics vis-à-vis de ce que doit être un SPASAD a été un frein important. Les partenaires disposaient en effet de la liberté du choix du statut juridique et des modes d'organisation, mais sans évolution du cadre institutionnel (reconduction des modes de financement habituels, maintien des conventions professionnelles propres à chaque catégorie de personnels, etc.). Ceci a donc été un frein à toute projection vers un nouvel ordre qui permettrait au SPASAD de s'inscrire dans la durée en tant que structure unifiée. Toutefois, ceci a surtout renforcé l'incapacité des acteurs, plus particulièrement les professionnels du SSIAD, à se projeter dans une identité nouvelle. Le SSIAD étant un établissement public, la fusion avec une agence (le SAAD) relevant du droit privé, a soulevé des questionnements sur la relation aux usagers, sur le rôle des professionnels du soin et sur l'introduction de la logique lucrative. Ce constat a par ailleurs été confirmé pour les SPASAD en exercice. En effet, les responsables de SPASAD rencontrés n'ont pas soulevé ce point mais, force est de constater que l'ensemble des structures est rattaché à des établissements privés à but non lucratif (associations ou fondations). Aussi, sans que ces questionnements ne puissent être considérés comme des freins, ils représentent des obstacles à relever. En outre, à la divergence concernant les bénéficiaires usagers-clients, s'ajoute des divergences d'ordre socio-professionnel. Qu'ils relèvent des structures publiques ou des structures privées à but lucratif ou non lucratif, la France est fortement marquée par des conflits historiques et structurels entre les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire. Aussi, quelque soit le modèle stratégique, économique et organisationnel vers lequel s'orientent les SPASAD, cet enjeu représentera un frein à l'émergence d'une identité qui leur soit propre. Les responsables de SPASAD rencontrés ont largement insisté sur ce point en

mettent en avant l'existence de valeurs et de références communes qui permettent de dépasser ce clivage.

Aussi, l'étude de cas montre que les questions liées à la création de sens autour de valeurs communes et d'une culture partagée sont essentielles. Nos résultats confirment donc les conclusions de la littérature (Buckley et Ghauri, 2002 ; Calipha et al., 2010 ; Schoenberg, 2006), mais ils les complètent en montrant que ces questions ne peuvent être posées a posteriori, en phase de post-intégration, mais doivent être pensées en amont car elle représentent un enjeu clé qui structure l'étape de la pré-intégration, elle-même centrale pour réussir l'intégration et in fine la fusion (Sargis Roussel, 2004 ; Napier, 1989).

## **CONCLUSION**

Dans cet article, nous nous sommes intéressés à la phase de pré-intégration lors des mouvements de fusion, peu étudiée dans la littérature en sciences de gestion. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur une étude de cas menée sur un projet de fusion entre deux structures dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées à domicile. Aussi, nos apports sont de deux natures. D'une part, notre recherche nous a permis de confirmer l'importance de la phase de pré-intégration, en soulignant plus particulièrement l'enjeu de la création de sens autour de valeurs communes et d'une identité propre à la nouvelle structure bien en amont de l'intégration effective. En outre, notre étude de cas permet de mieux comprendre cette phase, les enjeux qui lui sont associés ainsi que les freins qui la jalonne. D'autre part, notre recherche nous a permis de mettre l'accent sur l'importance encore plus grande des questions et de sens et d'identité dans le cas des organisations de santé compte tenu des spécificités historiques et structurelles qui les caractérisent : diversité des catégories professionnelles (social, médico-social, sanitaire), diversité des statuts des structures (public, privé à but lucratif ou non lucratif), diversités des modes de financement (rémunération à l'acte, au forfait, etc.) et des financeurs (sécurité sociale, Etat, collectivités territoriales, complémentaires santé, etc.), diversité des rapports avec les bénéficiaires des services (usagers, patients, clients). Ce travail appelle par conséquent des études approfondies supplémentaires afin de mieux comprendre les conditions de réussite spécifique à l'intégration des services de santé et d'en identifier les implications pour les professionnels dans les différents types de structures et pour les pouvoirs publics en charge du pilotage de cette dynamique.

## RÉFÉRENCES

- Agrawal, A., Jaffe, J. F., et Mandelker, G. N. (1992), The Post-Merger Performance of Acquiring Firms : A Re-examination of an Anomaly, *Journal of Finance*, 47(4), 1605-1621.
- Amyot, J-J. (2010), Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usagers, *Vie Sociale*, n°1, p25-41.
- Battersby, MW. (2005), Health reform through coordinated care: SA HealthPlus, *BMJ*, 330(7492), 662-665
- Buckley, P. J. et Ghauri, P. N. (2002), Introduction. In *International Mergers and Acquisitions* (Eds, Buckley, P. J., Ghauri, P. N.), Thomson.
- Busse, R. Blümel, M. Scheller-Kreinsen, D. et Zentner, A. (2010), Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges, *European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series*, no 20.
- Calipha, R., Tarba, S., et Brock, D. (2010), Mergers and acquisitions : a review of phases, motives, and success factors, In *Advances in Mergers and Acquisitions* (Eds, Cooper, C. L., Finkelstein, S.), Elsevier JAI 9.

- Cartwright, S. et Cooper C.L. (1993), The role of culture compatibility in successful organizational marriage, *Academy of management executive*, vol7 (2), p. 57-70
- Chalençon, L. (2013), Le Contrôle de Gestion dans les Fusions-Acquisitions Internationales : un Outil d'Intégration ?, 34<sup>ème</sup> congrès de l'Association Francophone de Comptabilité ” Comptabilité sans Frontières, The French Connection ”, May 2013, Montréal, Canada. pp.1-20. <halshs-00864098>
- Coleman, K. Austin, B.T. Brach, C. et al. (2009), Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium, *Health Aff*, 2009, 28 : 75–85.
- Couturier, Y., Bonin L. et Belzile L. (2016), L'intégration des services en santé, une approche populationnelle, Edition Paramètres, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Devos, E., Kadapakkam, P.R. et Krishnamurthy, S. (2009), How Do Mergers Create Value ? A Comparison of Taxes, Market Power, and Efficiency Improvements as Explanations for Synergies, *Review of Financial Studies*, 22(3), 1179-1211.
- Haspeslagh, P. C. et Jemison, D. B. (1991), *Managing acquisitions : creating value through corporate renewal*, The Free Press: New York, États-Unis, 416 p.
- Healy, P. M., Palepu, K. U., Ruback, R. S. (1992). Does corporate performance improve after mergers?. *Journal of Financial Economics* 31(2) : 135-175.
- Jemison, D. et Sitkin, S. (1986), *Corporate Acquisitions : A Process Perspective*, *Academy of Management Review*, 11(1), 145-163.
- Leroy, F. (2003), Processus de socialisation lors de la phase d'intégration post-fusion : modalités de partage de connaissances tacites et construction de narration commune, XI<sup>e</sup> Conférence de l'association internationale de management stratégique, Québec, juin, 2003.
- Leutz, W. (1999), Five laws for integrating Medical and Social Services : lessons from the United States and the United Kingdom, *The Milbank Quarterly*, Vol. 77, n°1.
- McKinsey. (2000), *Why mergers fail*, *McKinsey Quarterly*, vol.4
- Meier, O. et Schier, G. (2009), *Fusions-acquisitions – Stratégie, Finance, Management*, 3<sup>ème</sup> édition, Dunod.
- Mirvis, P. et Marks, M.L. (1992), The human side of merger planning : assessing and analyzing fit, *Human Resource Planning*, Vol. 15, No 3, p. 69-92
- Napier, N. (1989), Mergers and acquisitions, human resource issues and outcomes: a review and suggested typology, *Journal of management studies*, vol. 26, n° 3, 1989, p. 271-289.

- Noda, T. et Bower, J.L. (1996), Strategy Making as Iterated Processes of Resource Allocation, *Strategic Management Journal*, 17(Summer Special Issue): 159-192.
- Osborne, S., et Johnson, C. (2003), Local Strategic Partnerships, Neighbourhood Renewal, and the Limits to Co- governance, *Public Money & Management*, July, p. 147-154.
- Pongsiri, N. (2002), Regulation and public-private partnerships, *The International Journal of Public Sector Management*, vol. 15, n°6, p. 487-495.
- Sachs, S. et Rühli, E. (2001), Strategic Evolution in Highly Complex Realities: Corporate Level Strategy in the Situation of a Merger, *M@n@gement*, 4(1): 1-21.
- Sargis Roussel, C. (2004), Fusion d'entreprises. Les défis de l'intégration des connaissances, *Revue française de gestion*, 30(149), 85-99.
- Schoenberg, R. (2006), Measuring the Performance of Corporate Acquisitions : An Empirical Comparison of Alternative Metrics, *British Journal of Management*, 17(4), 361-370.
- Sebai, J. (2016), Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés, *Santé Publique*, Vol. 28, p. 223-234.
- Shrivastava, P. (1986), Post merger integration, *Journal of business strategy*, vol.7, n° 1, 1986, p. 65-76.
- Vaara, E. (2000), Constructions of Cultural Differences in Post-Merger Change Processes: A Sensemaking Perspective on Finnish-Swedish Cases, *M@n@gement*, Vol. 3, No. 3, 2000, 81-110
- Wacheux, F. (1996), Méthodes qualitatives et recherche en gestion, *Economica*, Paris.
- Wettenhall, R. (2003), The Rhetoric and Reality of Public-Private Partnerships, *Public Organization Review*, vol. 3, p. 77-107.
- Yatim, F. et Minvielle, E. (2016), Quel mode d'action publique pour améliorer la coordination des soins ?, *Revue Politiques et Management Public*, 33/1, 27-48.
- Yin, R.K. (1984), *Case study research*. Beverly Hills. Sage