

Université de Montréal

La prise de décision stratégique en contexte hospitalier pluraliste

Par

Caline El-Khoury

École de Santé Publique

Département de gestion, évaluation et politiques de santé

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor* (Ph. D) en Santé Publique,
Option Gestion des Services de Santé

Février 2021

© Caline El-Khoury, 2021

Université de Montréal
École de Santé Publique, Département de gestion, évaluation et politiques de santé
Faculté de Médecine

Cette thèse intitulée
La prise de décision stratégique en contexte hospitalier pluraliste

Présentée par
Caline El-Khoury

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Béatrice Godard
Président-rapporteuse

Lise Lamothe
Directrice de recherche

Jean-Louis Denis
Membre du jury

Claude Sicotte
Représentant du doyen

Jan Jorgensen
Examineur externe

« Nul ne peut atteindre l'aube sans passer par le chemin de la nuit »

Khalil Gibran

RESUME

Le système de santé libanais connaît une évolution chaotique de son secteur sanitaire, dans un univers en concurrence croissante. De plus, dans l'organisation de ce système, divers groupes d'acteurs évoluent et influencent directement ou indirectement les prises de décisions stratégiques dans les établissements de santé libanais. Voilà pourquoi, dans un contexte où évolue une pluralité d'acteurs qui sont interdépendants et poursuivent des objectifs divergents, la prise de décision stratégique semble un défi de taille.

La présente étude vise donc à comprendre et à analyser les processus dynamiques des décideurs ayant une influence sur la prise de décision stratégique dans une organisation de santé, en contexte pluraliste, où diverses forces externes et internes exercent une influence sur ce processus décisionnel. Pour y arriver, la prise de décision stratégique est analysée selon une perspective de relations de pouvoir, en partant des acteurs de l'organisation de santé et du contexte dans lequel ils évoluent.

Cette recherche propose un modèle conceptuel qui s'appuie sur les concepts généraux de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) jumelés au modèle de la poubelle « Garbage Can ». Les éléments proposés de ce cadre conceptuel sont pertinents pour expliquer l'interaction entre la liberté des acteurs et les relations de pouvoir qui en ressortent, la présence fortuite des courants menant à la prise de décision et l'environnement dans lequel baignent les acteurs et l'organisation, qui influencent de façon majeure l'élaboration de la prise de décision stratégique dans un établissement de santé pluraliste.

Afin de répondre à l'objectif de cette recherche, nous nous sommes basés sur une revue de littérature sur la prise de décision stratégique en contexte hospitalier pluraliste. Ensuite, nous avons procédé à une démarche qualitative basée sur les entrevues semi-structurées et l'analyse documentaire, dans le cadre de deux hôpitaux libanais, représentatifs du bassin hospitalier libanais. Cette étude de cas a permis de retracer 4 cas traceurs à partir desquels les comportements stratégiques mobilisés par les acteurs concernés par le processus décisionnel ont été mis en évidence. Pour ne citer que quelques stratégies répertoriées, nous prenons l'exemple des stratégies d'adaptation à l'environnement, d'implication des acteurs externes ainsi que de collaboration et de négociation qui prennent en considération l'environnement turbulent dans lequel baignent ces établissements de santé.

En outre, l'interprétation des résultats a mis l'accent sur les stratégies d'acteurs internes et externes qui ont mené à la formation d'une constellation de leadership élargie, composée d'acteurs stratégiques multiples en constante interaction. Ces jeux de pouvoir ont influencé le processus décisionnel et ont permis la rencontre des processus formels et « informels » de prise de décision, menant à une meilleure compréhension du cheminement décisionnel stratégique dans les établissements de santé pluralistes.

En conclusion, des recommandations concrètes sont formulées à l'intention des décideurs en santé. De plus, la rencontre théorique développée pour la première fois dans cette thèse, apporte une contribution intéressante aux théories des organisations. Ultimement, la thèse ouvre la voie à des pistes de réflexion prometteuses sur la prise de décision stratégique, en contexte pluraliste.

Mots clés : établissement de santé ; processus décisionnel ; pluralisme ; acteurs stratégiques ; jeux de pouvoir ; modèle de la poubelle ; fenêtre d'opportunité.

ABSTRACT

The Lebanese health system is experiencing a chaotic evolution of its health sector, in a world of increasing competition. In addition, in the organization of this system, various groups of actors evolve and influence directly or indirectly the strategic decision-making of the Lebanese healthcare establishments. In a context in which evolves a plurality of actors who are interdependent and pursue divergent objectives, strategic decision-making seems a major challenge.

Therefore, the present study aims to understand and analyze the dynamic processes of decision-makers having an influence on strategic decision-making in a healthcare organization, in a pluralistic context, where various external and internal forces exert an influence on this strategic decision-making. To achieve this, strategic decision-making is analyzed from a power relation's perspective, starting with the players in the health organization and the context in which they operate.

This research proposes a conceptual model based on the general concepts of strategic analysis of Crozier and Friedberg (1977) combined with the garbage can model. The proposed elements of this conceptual framework are relevant for explaining the interaction between the freedom of actors and the power relations that emerge from it, the fortuitous presence of the currents leading to decision-making and the environment in which the actors are immersed which have a major influence on the development of strategic decision-making in a pluralistic healthcare establishment. To meet the objective of this research, we started with a literature review on strategic decision-making in a pluralistic context. Then, we used a qualitative approach based on semi-structured interviews and documentary analysis, within two Lebanese hospitals that are representative of the Lebanese hospital basin. This case study made it possible to trace 4 decisions from which the strategic behaviors mobilized by the actors were highlighted. To cite only a few listed strategies, we take the example of strategies of adapting to the environment, involving external actors as well as collaboration and negotiation that take into consideration the turbulent environment in which these establishments are surrounded.

The results of this thesis show how the strategies developed by internal and external actors led to the formation of a broad constellation of leadership. This constellation is composed of multiple strategic actors who are in constant interaction, thus influencing the decision-making process through their power relations and strategic plays. Also, the results of this thesis highlight the

political decision-making process that takes place in a pluralistic health care organisation, leading to a better understanding of the strategic decision-making process in these establishments. In conclusion, concrete recommendations are made for decision-makers, to better manage health care organisations. In addition, the theoretical encounter developed for the first time in this thesis, makes an interesting contribution to the theories of organizations. Ultimately, the thesis opens the way to promising lines of reflection on strategic decision-making, in a pluralistic context.

Keywords: health care institutions; decision-making process; pluralism; strategic actors; power relations; Garbage Can Model; window of opportunity.

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	4
Abstract.....	6
Table des matières	8
Liste des figures	11
Liste des tableaux.....	12
Liste des abréviations	13
Remerciements	14
PARTIE 1 : INTRODUCTION	15
Introduction	15
Problématique de la recherche	16
Objectif de la recherche.....	16
Présentation de la thèse	17
PARTIE 2 : CADRE DE LA RECHERCHE	18
Chapitre 1 : Revue des écrits.....	18
1.1 Contexte pluraliste.....	19
1.2 Prise de décision stratégique en contexte pluraliste	21
1.3 Prise de décision stratégique dans le domaine de la santé.....	39
Chapitre 2 : Cadre théorique	44
2.1 Analyse stratégique.....	44
2.2 Modèle de la Poubelle ou « Garbage Can »	46
2.3 Cadre conceptuel de l'étude	48
Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche	51
3.1 Stratégie de recherche.....	51
3.2 Collecte des données	52
3.3 Analyse des données.....	55
3.4 Qualité de l'étude.....	57
3.5 Considérations éthiques.....	58

PARTIE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	59
Chapitre 4 : Contexte de l'étude.....	59
4.1 Présentation du Liban	59
4.2 Environnement libanais	63
4.3 Système de santé libanais	69
4.4 Principaux acteurs du système de santé libanais	84
Chapitre 5 : L'hôpital Familial.....	92
5.1 Présentation de la région du Mont-Liban	92
5.2 Présentation de l'Hôpital Familial.....	99
5.3 Genèse de deux innovations stratégiques	111
Chapitre 6 : L'hôpital Universitaire	142
6.1 Présentation de la région de Beirut.....	142
6.2 Présentation de l'Hôpital Universitaire	147
6.3 Evolution de deux décisions stratégiques.....	153
PARTIE 4 : DISCUSSION ET CONCLUSION.....	180
Chapitre 7 : Discussion	181
7.1 Caractéristiques du processus décisionnel.....	181
7.2 Des jeux de stratégies individuelles et collectives.....	184
7.3 Modèle synthétique de prise de décision.....	197
Chapitre 8 : Conclusion.....	204
8.1 Conclusion et recommandations concrètes aux décideurs	204
8.2 Contributions de l'étude à la théorie.....	207
8.3 Contributions de l'étude à la pratique.....	208
8.4 Limites de l'étude	209
8.5 Pistes de recherche future	210
Bibliographie	212
Annexes.....	222
Annexe I : Certificat d'éthique.....	222
Annexe II : Guides d'entrevue semi-structuré	224
Annexe III : Formulaire d'information et de consentement.....	227

Annexe IV : Organigramme de l'hôpital Familial	233
Annexe V: Différents comités de l'hôpital familial	234
Annexe VI : Déroulement de l'hôpital de jour (Hôpital Familial).....	239
Annexe VII : Organigramme de l'Hôpital Universitaire	240
Annexe VIII : Composition du CA de l'Hôpital Universitaire	241
Annexe IX : Différents comités de l'Hôpital Universitaire	242
Annexe X : Phases du projet "Vision 2020" de l'Hôpital Universitaire	246

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : MODELE IMC DE SIMON.	31
FIGURE 2: RELATIONS ENTRE LES DIFFERENTS ELEMENTS DU CADRE CONCEPTUEL	48
FIGURE 3: SYSTEME DE SANTE ET ENVIRONNEMENT	68
FIGURE 4: GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTE LIBANAIS, 2012.	70
FIGURE 5: REPARTITION DES ADMISSIONS PAR SPECIALITE CHIRURGICALE, 2016.	102
FIGURE 6: REPARTITION DES ADMISSIONS PAR SPECIALITE DE MEDECINE INTERNE, 2016.	103
FIGURE 7: PROVENANCE DES PATIENTS, 2015.....	104
FIGURE 8: REPARTITION DES ADMISSIONS PAR TIERS-PAYANTS, 2016	108
FIGURE 9: REPARTITION DU CHIFFRE D’AFFAIRE PAR TIERS-PAYANTS, 2016.....	109
FIGURE 10 : DELAI DE RECOUVREMENT DES TIERS-PAYANTS, 2015.....	109
FIGURE 11: EVOLUTION DES ADMISSIONS A L’HDJ EN 4 ANS.....	122
FIGURE 12: NOMBRE D’ADMISSION EN HDJ SELON LES SPECIALITES, 2016.....	123
FIGURE 13 : MODELE SYNTHETIQUE DE PRISE DE DECISION STRATEGIQUE	202

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : PERSONNES INTERVIEWEES	54
TABLEAU 2 : DOCUMENTS CONSULTES	55
TABLEAU 3: REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS SELON LES TIERS-PAYANTS, 2013.	75
TABLEAU 4 : DISTRIBUTION DES HOPITAUX PUBLICS ET PRIVES PAR REGION ET NOMBRE DE LITS, 2011.	77
TABLEAU 5: DONATEURS PRINCIPAUX DANS LE DOMAINE DE LA SANTE POUR LES ANNEES,2006-2009.....	87
TABLEAU 6: NOMBRE D'UNITES TECHNOLOGIQUES DISPONIBLES, AU MONT LIBAN, 2013.....	94
TABLEAU 7: NOMBRE DE SERVICES SPECIALISES DISPONIBLES, AU MONT-LIBAN, 2013.	94
TABLEAU 8: NOMBRE D'ETABLISSEMENTS DE SANTE, AU MONT LIBAN, 2012.	95
TABLEAU 9: NOMBRE DE PROFESSIONNELS DE LA SANTE, AU MONT LIBAN, 2012.	95
TABLEAU 10: REPARTITION DES ADMISSIONS PAR SERVICE, 2016	102
TABLEAU 11: REPARTITION DES ACTIVITES DES SERVICES DIAGNOSTIQUES, 2015.....	105
TABLEAU 12: EVOLUTION DES ACTIVITES DIAGNOSTIQUES EN EXTERNE, 2015	105
TABLEAU 13: REPARTITION DES ADMISSIONS PAR CLASSE, 2016	110
TABLEAU 14: ADMISSION EN HDJ SELON L'AGE, 2016	123
TABLEAU 15: NOMBRE ET TYPE D'ANESTHESIE, 2016.....	124
TABLEAU 16: REPARTITION DES RESSOURCES HUMAINES AU CHU, 2018	152
TABLEAU 17: PRINCIPALES STRATEGIES EMPLOYEES POUR INFLUENCER LE PROCESSUS DECISIONNEL.	196
TABLEAU 18: STRATEGIES DEPLOYEES EN FONCTION DES DECISIONS ETUDIEES	197

LISTE DES ABREVIATIONS

CA	Conseil d'administration
CE	Comité exécutif
CGRH	Comité de gestion des ressources humaines
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJ	Caza de Jbeil
CNSS	Caisse nationale de santé et sécurité
COOP	Coopérative des employés
CQSE	Cellule qualité sécurité et environnement
CSP	Centres de santé primaires
DG	Directeur général
EPP	Evaluations des performances professionnelles
HDJ	Hôpital de jour
IGSPS	Institut de gestion de la santé et de la protection sociale
ISO	International Organization for Standardization
KT	Cathétérisme
MAS	Ministère des affaires sociales
MBA	Masters in Business Administration
MFE	Mutuelle des fonctionnaires de l'état
MSP	Ministère de la santé publique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORL	Otorhinolaryngologie
PIB	Produit interne brut
RH	Ressources humaines
SAL	Société anonyme libanaise
USJ	Universite Saint-Joseph

REMERCIEMENTS

Un projet doctoral est un long processus qui nécessite l'apport et l'appui de plusieurs personnes qui soutiennent le chercheur dans les différentes phases de ce projet. Voilà pourquoi, il est essentiel de remercier toutes ces personnes pour leur contribution à la réussite de ce travail.

Pour commencer, j'adresse mes sincères remerciements à ma directrice de thèse, Dr Lise Lamothe pour son soutien à tout moment, son implication et son entière disponibilité dans ce travail d'accompagnement. Dr Lamothe a transformé cet exercice d'apprentissage en une aventure passionnante et enrichissante dont l'aboutissement a été possible grâce à ses directives, ses conseils judicieux, sa rigueur dans le suivi et ses réflexions inspirantes, tout en m'encourageant à garder le cap sur la thèse. Dr Lamothe, veuillez trouver, à travers ces quelques mots, toute ma gratitude et mon admiration.

Je tiens également à adresser ma reconnaissance à tous les responsables qui m'ont ouvert les portes de leur organisation et facilité l'accès aux divers instruments de collecte de données, sans quoi la réalisation de l'enquête de terrain aurait été impossible. Ces nombreux professionnels et gestionnaires m'ont donné l'opportunité d'avoir des entrevues intéressantes et enrichissantes.

Sur une note plus personnelle, je salue mon époux, Dr Homere Al Moutran, dont le support et soutien tant spirituel, psychologique qu'affectif pendant toute la durée de ce travail, m'ont permis de persévérer durant les moments de doute et de repérer la lumière au bout du tunnel.

Mes chers parents, Eliane et Ayoub, qui m'ont appris que la patience et la persévérance sont les plus grandes vertus qu'un être puisse posséder parce qu'elles aboutissent nécessairement à des récompenses en bout de chemin.

À mes frères Joe et Alain et ma sœur Rita, merci pour leurs réconforts, leurs écoutes et leurs encouragements, surtout à travers les océans et les distances qui nous séparent.

Je vous suis infiniment reconnaissante pour tout.

À mon grand-père adoré, Dr Elie Ayoub, mon guru, mon confident, je lui dédie cette thèse

PARTIE 1 : INTRODUCTION

Introduction

De par le monde, les systèmes de santé sont reconnus comme étant des systèmes complexes qui interagissent constamment avec l'environnement. Le modèle d'organisation de chacun de ces systèmes de santé varie d'un contexte à un autre dépendamment des éléments internes et externes qui sont au rendez-vous et qui exercent des pressions différentes sur les établissements de santé (1). C'est donc l'histoire et le contexte d'une société qui façonnent les particularités de son système de santé. En prenant l'exemple des établissements de santé québécois, nous constatons qu'ils évoluent dans un système public de santé qui connaît plusieurs réformes et transformations depuis sa création en 1970, les obligeant à évaluer en permanence l'organisation des services afin de répondre aux besoins de la population (2). Pour leur part, les établissements de santé américains qui évoluent dans un contexte compétitif vu l'influence mineure de l'État sur le secteur de la santé et la prédominance du secteur privé, se voient dans l'obligation de repenser constamment leur offre de soins en fonction de la demande et de la concurrence (3).

A l'image des Etats-Unis, plusieurs pays tel le Liban connaissent une évolution du secteur de la santé dans un univers en concurrence croissante, où tant le patient que le médecin sont libres de choisir l'établissement de santé dans lequel ils veulent recevoir ou administrer les soins (4, 5). La clientèle devient de plus en plus difficile à satisfaire et se rend là où la satisfaction est au rendez-vous (5, 6). Dans l'organisation du système de santé libanais, divers groupes d'intérêt évoluent et influencent directement ou indirectement les prises de décisions stratégiques dans les établissements de santé.

Selon Denis et al (2007) cité dans Gilbert (2010), le pluralisme fait référence « à la présence de plusieurs groupes d'acteurs poursuivant des objectifs variés, ayant des relations de pouvoir ambiguës et la présence de travailleurs qualifiés » (7)(p.21). De plus, Gilbert (2010) renchérit en citant Rhodes (1997) qui stipule que « les contextes pluralistes sont principalement caractérisés par l'interdépendance d'acteurs poursuivant des objectifs divergents, un pouvoir diffus entre les acteurs et des interactions multiples entre les organisations œuvrant à différents niveaux et où personne ne détient un pouvoir suffisant pour contrôler parfaitement les autres » (7)(p.2). En se basant sur ces

mêmes caractéristiques, le système de santé libanais, de par son organisation, évolue dans un contexte qui peut être qualifié de pluraliste à cause de la pluralité d'acteurs impliqués dans le fonctionnement du système, qui sont interdépendants et poursuivent des objectifs divergents, ce qui rend la gouvernance de ces établissements un défi de taille.

Problématique de la recherche

Ainsi donc, dans ce contexte libanais pluraliste, où divers groupes d'intérêt évoluent autour des établissements de santé, le nombre et la concurrence entre les hôpitaux ne cessent d'augmenter, les politiques de santé ministérielles claires sont absentes, les sources de financement sont très variables, le remboursement financier étatique est très long, l'accès au soin dépend du statut socio-économique de la clientèle, les décideurs en santé doivent porter une attention particulière à leur prise de décision stratégique. Les contraintes financières, politiques, humaines et matérielles obligent les directeurs d'établissements à constamment revoir leurs décisions en réponse aux besoins et aux demandes de la population. La prise de décision stratégique, permettant d'assurer la survie et le développement des organisations de santé, est complexifiée par les caractéristiques du contexte.

Objectif de la recherche

L'objectif principal de cette thèse est de comprendre et d'analyser les processus dynamiques d'interactions entre les acteurs ayant une influence sur la prise de décision stratégique dans une organisation de santé ; cette prise de décision est influencée par des acteurs étant à la fois dans le contexte interne et externe de l'organisation.

De manière plus spécifique, les deux questions de recherche qui guideront notre étude seront les suivantes :

- Quelles stratégies les différents acteurs développent-ils pour influencer la prise de décision stratégique ?
- Comment ces stratégies mènent-elles à une prise de décision stratégique ?

Présentation de la thèse

Notre thèse est présentée en quatre parties : La première partie expose la problématique de recherche ainsi que l'objectif principal auquel notre étude va répondre.

La deuxième partie commence par une revue des écrits (Chapitre 1) qui aborde les concepts principaux de la prise de décision stratégique en contexte hospitalier pluraliste. Le Chapitre 2 de cette partie reprend les éléments d'ancrage théorique qui ont guidé notre démarche. Enfin, le Chapitre 3 correspond à la méthodologie de la recherche : collecte et analyse des données, qualité et considérations éthiques de l'étude.

Dans la troisième partie de notre thèse, nous présentons les résultats issus de la démarche qualitative adoptée dans cette étude. Ainsi, le Chapitre 4 porte sur le contexte spécifique de l'étude. Dans les deux Chapitres 5 et 6, il est question de la description de la genèse de deux innovations stratégiques au sein d'un hôpital familial ainsi que d'un hôpital universitaire en présence d'une multitude d'acteurs et d'éléments qui influencent potentiellement le processus décisionnel.

La dernière partie de notre thèse est consacrée à la discussion et à la conclusion. Dans le chapitre 7, nous nous penchons sur les différentes stratégies développées par les acteurs internes et externes à l'organisation afin de mieux comprendre comment la dynamique d'interaction entre ces différents acteurs influence le processus décisionnel stratégique.

Enfin, dans le chapitre 8, nous proposons, en plus de la conclusion, des recommandations concrètes aux décideurs en santé qui cherchent à appréhender les influences sur la prise de décision stratégique, dans le but de mieux gérer les organisations de santé. De plus, nous montrons que les résultats de notre étude peuvent servir à approfondir la compréhension des connaissances théoriques ainsi que pratiques concernant la prise de décision stratégique en contexte hospitalier pluraliste. Finalement, nous proposons des pistes de réflexion concrètes pour de futures recherches.

PARTIE 2 : CADRE DE LA RECHERCHE

Cette deuxième partie de la thèse est composée de trois chapitres qui présentent le cadre de notre recherche : Dans le premier chapitre, nous commençons par une revue des écrits qui expose les notions essentielles de la prise de décision stratégique en contexte pluraliste, spécifiquement dans le domaine hospitalier qui constitue le terrain de notre recherche.

Le deuxième chapitre reprend les concepts généraux de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) jumelés au modèle de la poubelle « Garbage Can » afin de présenter le cadre conceptuel de notre recherche.

Enfin, le troisième chapitre porte sur la méthodologie de recherche adoptée dans notre étude. En plus d'exposer la stratégie de recherche, la collecte et l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques et la qualité de notre étude sont présentés en détail.

Chapitre 1 : Revue des écrits

La revue des écrits est divisée en 3 sections : La section 1 expose les caractéristiques du pluralisme qui font de la prise de décision stratégique, dans une organisation pluraliste, un défi majeur. La section 2 définit les concepts généraux de la prise de décision stratégique pour ensuite présenter l'évolution dans le temps des différentes perspectives de cette prise de décision stratégique dans les organisations. Dans cet ordre d'idées, nous discutons de la perspective politique et du concept de pouvoir qui représentent la réalité de la prise de décision stratégique dans les organisations pluralistes. Ces deux articulations ainsi présentées, il sera alors possible de mieux appréhender la prise de décision stratégique en contexte pluraliste et d'en saisir les principaux éléments et distinctions qui la caractérisent.

Enfin, la section 3 présente les spécificités de la prise de décision stratégique dans le domaine de la santé, plus spécifiquement dans le secteur hospitalier qui constitue un exemple parfait d'organisations pluralistes.

1.1 Contexte pluraliste

Smith (1990) définit le concept de pluralisme comme étant un principe d'organisation sociale qui détermine le cadre d'interaction dans lequel les différents acteurs du système peuvent coexister et interagir dans un climat harmonieux, imprégné de respect et de tolérance (8). En effet, Smith (1990) précise dans ses travaux que chacun des groupes qui composent le système pluraliste reconnaît la liberté d'expression et accepte la diversité des courants d'opinion ainsi que la multitude de parties prenantes et leurs représentants (8). Ce pluralisme reconnaît aussi que certaines coalitions ont plus d'influence sur les politiques publiques, dépendamment du niveau et de la variété de leurs ressources (9).

De son côté, Pettigrew (1987) spécifie que le pluralisme provient de pressions internes et externes exercées sur l'organisation. Par interne, il renvoie à la présence de divers groupes d'acteurs, défendant des valeurs et des intérêts distincts, à différents niveaux de l'organisation (10). Alors que par externe, il fait référence à des parties prenantes externes à l'organisation qui sont habilitées à exercer sur elle des influences (10). Cette notion présentée par Pettigrew qualifie l'organisation de pluraliste.

Organisations pluralistes

En théorie des organisations, la définition des organisations a évolué continuellement et a revêtu diverses dimensions et caractéristiques dépendamment des paradigmes prônés par les auteurs. En effet, la vision et la définition des organisations qui se dégagent des écrits sont tributaires de la conception qu'ont les auteurs du monde réel et social.

Selon Chantal et Séguin (1988), les organisations sont des produits humains (11). Elles sont « immuables, se transforment, disparaissent ou renaissent sous la pression du faire humain » (11)(p.70) . Cette entité est coordonnée par un ensemble d'activités, un système d'efforts humains concertés dans le but d'atteindre des résultats supérieurs (11).

Plusieurs auteurs tels Smith (1990) et Cyert et March (1963) stipulent que seuls les individus ont des objectifs et que l'organisation en elle-même n'en a pas (8, 12). Selon ces mêmes auteurs, les organisations sont des coalitions d'individus aux objectifs et aux pouvoirs variables selon les situations ayant surtout des intérêts variés (8, 12). Plusieurs analyses critiques confirment ce point de vue en stipulant que « l'organisation est le champ de pouvoirs inégaux, de luttes, de conflits qui

ne font que refléter à l'intérieur ce qui est observé de l'extérieur » (11)(p.67) (13, 14). A travers ces écrits, la conception historique de l'organisation est mise de l'avant.

Ainsi donc, pour connaître une organisation, il faut découvrir les lois qui régissent ses crises, ses transformations, ses luttes de pouvoir (15). C'est découvrir le contexte sociohistorique dans lequel les rapports sociaux et de pouvoir s'édifient. L'histoire des organisations ne peut être dissociée de l'histoire de la société qui les environne (15). Pour Séguin et Chantal (1983) « l'organisation n'est pas un élément statique, inerte. Elle est aux prises avec des contradictions, des oppositions, des conflits, des crises, des ruptures qui ne sont pas indépendantes de celles que l'on observe dans la société globale » (15)(p.68).

En reprenant ces principales notions qui ont marqué l'évolution de l'organisation, Denis et al (2001) définissent les organisations pluralistes comme étant des organisations ayant trois caractéristiques principales (16) :

- des objectifs multiples susceptibles d'être contradictoires,
- des sources de pouvoir et de décision diffuses et ambiguës,
- des processus de travail peu standardisés nécessitant des connaissances complexes.

Dans cette même ligne de pensée, Smith (1990) met l'accent sur plusieurs caractéristiques du contexte pluraliste dans lequel baignent ces organisations, telles la valorisation des échanges, l'acceptation de la persistance de tensions et de conflits, la reconnaissance et le respect des différences, l'idéal d'un équilibre des rapports de force et la perméabilité des frontières (8). Ce dernier élément est particulièrement pertinent dans les organisations de santé puisque ces dernières évoluent dans un système pluraliste complexe tout en ayant des frontières organisationnelles perméables qui permettent des interactions permanentes avec l'environnement (17).

1.2 Prise de décision stratégique en contexte pluraliste

Décision et Stratégie : deux concepts interreliés

Un volume considérable d'écrits s'est penché sur les questions de prise de décision stratégique dans les organisations, au sens large du terme. En effet, la prise de décision stratégique est un phénomène qui a suscité l'intérêt de divers chercheurs de disciplines différentes. Plusieurs économistes, mathématiciens, psychologues et théoriciens de la gestion des organisations ont contribué au développement de la connaissance des décisions tant individuelles qu'organisationnelles.

Étant donné que la littérature sur la prise de décision est étroitement liée au concept de stratégie, nous jugeons qu'il est important de présenter le concept élargi de prise de décision, pour ensuite présenter celui de stratégie.

Concept de décision

Malgré le nombre impressionnant de contributions de toutes origines, peu de chercheurs ont clairement défini le concept de décision. Une formulation explicite de ce concept nous est présentée par Harrison (1996) qui définit la décision comme étant un choix ou une sélection faits entre différentes alternatives ou options (18). Pour Baillard (1998), la décision est « le résultat de l'intervention de l'ensemble des acteurs ayant participé au processus décisionnel, chacun faisant intervenir une rationalité qui lui est propre à un moment donné du processus décisionnel » (19)(p.95).

Concept de prise de décision

En ce qui concerne le processus décisionnel, de nombreuses recherches théoriques et empiriques s'articulent autour de la prise de décision qui est présentée comme étant un élément fondamental des processus organisationnels (20). En effet, pour Mintzberg (1978), la prise de décision est le fondement de tout acte de gestion dans les organisations (21). C'est un engagement à l'action (22). Bérard (2011) met en évidence plusieurs éléments de la prise de décision : « Premièrement, la prise de décision implique de multiples composantes en interaction. Deuxièmement, les décisions sont contraintes par le système dans lequel elles sont prises, ainsi que par son environnement externe, et influencent à leur tour le système et son environnement. Troisièmement, les dynamiques interactives des acteurs apparaissent comme indissociables du comportement décisionnel » (23)(p.63)

Ainsi donc, la prise de décision est un construit multidimensionnel qui renvoie à un ensemble complexe d'interactions où se mêlent la rationalité, les intérêts contradictoires d'acteurs et leurs

stratégies individuelles, ainsi que la culture propre de ces acteurs (19). De plus, cette prise de décision est soumise à des influences internes et externes vu qu'elle évolue dans un système dynamique en interaction constante avec son environnement comme le prouve la définition de Baillard (1998) : « La prise de décision est le résultat d'un processus complexe, fait de collaboration d'acteurs et d'interactions multiples. Elle donne lieu à l'utilisation d'informations multiples et variées dont la finalité est l'instauration d'un consensus entre les différentes parties en présence » (19)(p.94).

Concept de stratégie

Afin d'apprécier toutes les implications du concept de stratégie, la littérature propose plusieurs définitions qui rappellent les aspects variés de la stratégie :

Pour Andrews (1997), la stratégie se définit par une succession de décisions ou d'actions permettant de déterminer les objectifs de l'organisation, produire des politiques et des plans ainsi que définir les activités dans lesquelles l'organisation doit s'engager et sa contribution aux actionnaires (24). Alors que pour Smirchich et Stubbart (1985), la stratégie se conçoit dans les liens que l'organisation entretient avec le contexte externe et l'environnement (25). Quant à lui, Ansoff (1965) cité dans Seguin (2008) perçoit la stratégie en 4 dimensions : « La définition du produit-marché, le vecteur de croissance, la synergie et l'avantage concurrentiel » (26)(p.23) .

De façon générale, le concept de stratégie a d'abord été considéré par Ansoff (1965) cité dans Mazouz (2014) sous l'angle « des grilles analytiques développées dans le but de prendre des décisions qui sont censées garantir aux organisations la pérennité » (27)(p.2).

Ensuite, l'intérêt et les travaux des chercheurs en stratégie ont évolué avec le temps pour mieux comprendre l'applicabilité de ces modèles stratégiques à divers types d'organisations. Ces recherches mettent l'accent sur les particularités contextuelles, les spécificités organisationnelles, les variétés de situations et de limites de toute nature dont il faut tenir compte lors de l'élaboration des stratégies organisationnelles (27). Plus précisément, plusieurs éléments qui influencent la démarche stratégique sont mis en évidence dans la littérature sur le sujet: les variables contextuelles (25, 28), les processus qui permettent de saisir l'importance des interactions entre les instances décisionnelles et les acteurs (29), la pluralité des acteurs et leur degré de collaboration (30), ainsi que le système de valeurs, de règles, de normes et de culture qui régit les organisations ainsi que le contexte dans lequel ils baignent (31, 32).

Prise de décision stratégique

En jumelant les concepts définis plus haut, Marsh (1988) définit la prise de décision stratégique comme étant un processus qui mobilise beaucoup de ressources et dont l'impact est déterminant pour le devenir de l'organisation à court et à long terme (33). Ces décisions stratégiques sont généralement prises par le palier stratégique de l'organisation, compte tenu de leurs impacts sur l'ensemble de l'établissement.

Plus spécifiquement, Miller (2004) stipule que les décisions stratégiques sont interreliées avec les autres décisions organisationnelles et sont généralement de nature politique, avec un haut niveau d'incertitude (34). En effet, Ginsberg (1988) précise que la prise de décision stratégique reflète l'interaction qu'a une organisation avec son environnement et la façon avec laquelle l'organisation gère cette interaction (35). Parmi les diverses perspectives de la prise de décision stratégique qui seront développées ultérieurement, ces deux définitions mettent l'accent sur la nature politique de la prise de décision stratégique dans les organisations.

Différentes perspectives de la prise de décision stratégique

L'évolution de la prise de décision stratégique dans les organisations a connu un cheminement intéressant à travers les années. Ce phénomène a suscité l'intérêt de divers chercheurs de disciplines différentes. En effet, plusieurs économistes et sociologues ont contribué au développement de la connaissance et à l'évolution dans le temps du processus décisionnel en proposant des modèles différents, tout en étant complémentaires, de la démarche décisionnelle. Effectivement, chacun de ces modèles table sur un élément particulier du processus décisionnel.

Parmi ces modalités décisionnelles proposées dans la littérature, 4 perspectives de la prise de décision stratégique seront décrites brièvement dans cette section.

Perspective économique classique

En tant que pensée pionnière dans ce domaine, la pensée économiste a défini le processus décisionnel sous une perspective rationnelle qui met l'emphase sur le processus cognitif des acteurs qui se veulent pleinement rationnels concernant le problème envisagé (14). En effet, la structure et l'ordre sont mis de l'avant à travers cette perspective. Les acteurs ont des objectifs clairs et connus de tous qui déterminent les conséquences et retombées des solutions (14). Pour arriver à la solution optimale, les acteurs rassemblent toutes les informations pertinentes de l'environnement,

développent diverses solutions pour n'en retenir que la meilleure (36). Ceci présuppose que les acteurs ont accès à toute l'information requise afin d'identifier le problème ainsi que le temps, les outils, les ressources et surtout la capacité cognitive nécessaires pour évaluer chaque solution proposée et n'en retenir que l'optimale (36). Ainsi donc, le processus décisionnel a été présenté comme étant un processus séquentiel, une suite ordonnée et consécutive d'étapes allant de l'identification du problème à la sélection de la solution (14).

Cependant, la majorité des critiques ont soulevé l'irréalisme cette perspective, dû entre autres à l'exigence de temps, de ressources et d'informations requises pour la sélection d'une décision optimale. Voilà pourquoi, des perspectives alternatives se sont développées pour rendre compte de la réalité de la prise de décision dans les organisations pluralistes.

Perspective de la rationalité limitée

Ainsi donc, Simon (1955) marque le début d'une nouvelle ère lorsqu'il présente une version plus réaliste de la prise de décision qui prend en considération la rationalité limitée des acteurs. En effet, selon Simon (1955), les acteurs se contentent d'une solution adaptée à leur problème car la solution optimale recherchée demande trop d'efforts, de temps ainsi que de connaissances (37). Le processus décisionnel proposé par Simon inclut « une évaluation séquentielle des alternatives au fur et à mesure de leurs découvertes. La première option qui se révèle être satisfaisante est retenue » (36)(p.141). Le processus décisionnel est maintenant qualifié de processus cyclique où les différentes étapes sont générées simultanément pour aboutir à une action, un changement, une solution (38).

Cette constatation ébranle de façon fondamentale l'hypothèse de linéarité du processus décisionnel, longuement défendu par ses prédécesseurs. Simon va plus loin pour faire une distinction entre une rationalité limitée substantielle et une rationalité limitée procédurale. C'est en ces termes que Quinet (1994), qui reprend les concepts majeurs de Simon, explique cette distinction soulevée : « Un comportement est substantiellement rationnel dès lors qu'il est approprié à un objectif donné et à un système de contraintes. Un comportement est procéduralement rationnel, pour peu qu'il résulte d'une délibération appropriée au vu des limites cognitives de l'homme » (39)(p.141).

Selon Jones (2003), la rationalité limitée met aussi de l'avant le rôle des processus de type intuitif dans la prise d'une décision rationnelle car la délibération est en partie non réfléchie (40).

Finalement, la rationalité limitée s'articule autour de deux principes: celui de la recherche d'alternatives et de leurs conséquences ainsi que celui de la satisfaction qui constitue la règle d'arrêt de la recherche d'alternatives (38). En effet, une fois reconnue satisfaisante, l'alternative est sélectionnée (38). Dans cette même veine, d'autres auteurs tels Eisenhardt et Zbaracki (1992) ont remis en question la linéarité de la perspective rationnelle puisqu'ils considèrent que les décideurs révisent et changent plusieurs paramètres de la solution choisie, dépendamment des caractéristiques organisationnelles et temporelles (41). Pour ces mêmes auteurs, l'environnement complexe et turbulent, le haut niveau d'incertitude et d'ambiguïté et les formes de contrôle et de pouvoir externes qui influencent l'organisation diminuent considérablement la rationalité des décideurs et requièrent des décisions moins cognitives et plus intuitives.

L'implication de cette constatation est que les processus de prise de décision pourront difficilement devenir stables et standards car la rationalité limitée suggère une marge d'incertitude due au manque d'information qui doit être prise en considération. Ainsi donc, dans le but de contrôler cette marge d'incertitude et de s'adapter aux contextes mouvementés décisionnels, des perspectives plus flexibles de la prise de décision ont tablé sur l'importance de l' « incrémentalisme » dans une organisation pluraliste.

Perspective incrémentale

Afin de s'adapter au contexte d'ambiguïté et d'instabilité décisionnelle, l'approche qu'adoptent les acteurs est celle du *Muddling through* qui a été développée par Lindblom (1959) pour permettre une meilleure compréhension du processus décisionnel (42). Démontrant qu'il est irréaliste de penser que les décisions puissent être prises selon une perspective rationnelle ou optimale, les décideurs seraient plutôt contraints à faire de leur mieux (42). Lindblom explique que le *Muddling through* s'effectue de manière incrémentale permettant d'aboutir à des décisions qui font l'unanimité entre les décideurs et qui sont essentiellement basées sur des expériences passées qui ont fait leurs preuves (42). Lindblom (1959) définit l'approche incrémentale comme étant une façon de faire qui cherche à corriger les problèmes progressivement et à petits pas, ce qui améliorerait l'efficacité de l'organisation sans effectuer de remise en cause complète (42). Selon lui, la stratégie de l'approche incrémentale est de potentialiser la sécurité et la stabilité durant les périodes de changement afin de générer le moins possible d'incertitudes et de craintes parmi les membres de l'organisation (42).

Partageant le même point de vue, Forester (1984) renchérit et décrit le *Muddling through* comme étant une démarche qui consiste à procéder par étapes en faisant des modifications légères dans les processus décisionnels (43). Dans un contexte en permanente évolution, la plupart des changements politiques sont évolutifs plutôt que révolutionnaires puisque les processus sont modifiés progressivement, à petits pas (43). Selon cette approche, face aux problèmes complexes, un décideur n'a pas les capacités de reconsidérer de façon systématique les objectifs globaux, les raisonnements et les valeurs qui les ont justifiées ou l'ensemble des alternatives et des conséquences qui pourraient être envisagées (43). Les décisions prises tendent en conséquence à être fortement orientées par les politiques, les valeurs et les comportements qui sont déjà en vigueur (44).

Tout en mettant l'accent sur les limites des capacités cognitives, Avenier ajoute que la prise de conscience de la complexité conduit à réaliser que les stratégies innovantes et créatives sont difficilement formulables dans un contexte mouvementé (17). De ce fait, les capacités d'adaptation, de compréhension, d'intelligence et de créativité des acteurs directement impliqués par la prise en charge des problèmes en situation mouvante sont continuellement mises à l'épreuve (17). Il semble important de mentionner que la conception de cette stratégie rejoint la pensée de Simon quant à la rationalité limitée (17). Effectivement, pour Avenier (1997), qui cite Martinet (1993) « les acteurs sont humains, intéressés et déploient des stratégies partielles. Leur rationalité est procédurale et contextuelle » (45)(p.8).

C'est dans ce contexte que les notions de pouvoir et de politique prennent le dessus dans la prise de décision stratégique. En effet, la perspective politique et son influence dans le processus décisionnel ont fait le consensus de la majorité des auteurs qui ont examiné de plus près la prise de décision dans les organisations pluralistes.

Perspective politique

La dernière perspective qui sera développée et retenue dans le cadre de cette thèse est donc celle de la politique qui stipule que « les organisations engagent des individus avec des préférences et intérêts partiellement conflictuelles » (23)(p.105). Ceci donne un cachet politique à la prise de décision stratégique puisque « les individus puissants obtiennent ce qu'ils désirent en s'engageant dans des tactiques politiques (cooptation, formation de coalitions, utilisation de l'information) afin d'accroître leur pouvoir »(23)(p105). La rationalité des individus est vue comme une réalité politique (30). En tant que groupe, plusieurs membres de l'organisation peuvent partager des

objectifs organisationnels identiques (profitabilité, performance, etc), mais ils ont des préférences et des intérêts personnels contradictoires qui résultent principalement d'attentes futures et de positions organisationnelles différentes (46). Cette conception de la rationalité implique donc une décision ultimement politique, prise par des individus ayant des intérêts divergents (47)(p.106). Eisenhardt (1992) stipule que la perspective politique fournit une description très réaliste de la façon dont les directeurs prennent en réalité des décisions stratégiques (41). En effet, le caractère politique parmi les décideurs a longtemps été reconnu comme un aspect de la prise de décisions stratégiques (48).

Smith (1990) est du même avis. Il stipule que les organisations sont formées de coalitions d'individus aux objectifs et aux pouvoirs variables (8). Le fondement de cette perspective repose sur la prémisse que toute personne qui sera affectée par le résultat d'une décision, tentera d'influencer ce processus décisionnel afin de profiter au maximum du résultat de cette décision (49). Selon cette perspective adoptée dans le cadre de cette étude, la décision est prise en fonction du pouvoir que possède chaque acteur. Dans leur article sur le processus décisionnel stratégique, Dean et Sharfman (1996) expliquent plus en détail l'influence du pouvoir sur la prise de décision stratégique (50). Selon eux, le comportement politique et l'utilisation du pouvoir dans les processus décisionnels peuvent mener à une exclusion de solutions faisables et réalistes aux problèmes stratégiques soulevés par l'organisation pour la simple raison qu'ils ne soutiennent pas les intérêts des personnes influentes à l'intérieur de ces organisations, compromettant ainsi l'efficacité du processus décisionnel stratégique (50).

Pour donner suite à ces constats, il s'avère donc important de présenter le concept central de cette perspective politique qui n'est autre que le concept de pouvoir dans les organisations pluralistes.

Pouvoir : concept central de la prise de décision stratégique en contexte pluraliste

Longuement discuté dans la littérature, le pouvoir s'est avéré être essentiel à l'explication des influences et des dynamiques d'acteurs qui mènent à une altération du processus décisionnel (51). De manière générale, Dessinges (1999) définit le pouvoir comme « le fait d'être capable de faire exécuter ce qu'on souhaite, à obtenir des résultats, ainsi que les actions et les décisions qui les précèdent » (52)(p.14). Le pouvoir est une réalité de la société contemporaine. Il est presque impossible de citer les grands événements politiques ou discuter de phénomènes sociaux importants sans évoquer la notion de pouvoir.

Dans l'analyse des organisations, le tableau est le même puisque les débats commencent généralement par l'analyse de pouvoir et d'influence de chacun des acteurs évoluant à l'intérieur ou autour de l'organisation analysée. Dahl (1958) considère comme évident que « dans toute organisation humaine, certaines personnes ont plus d'influence que d'autres sur les décisions clés » (53)(p.463). Plus spécifiquement, Lasswell et Kaplan (2013) stipulent que le processus décisionnel stratégique dans les établissements est entièrement basé sur l'exercice du pouvoir (54). Ces deux constats rendent compte de l'impact du pouvoir sur le processus décisionnel. Il convient donc de dire que la prise de décision stratégique a une composante politique importante, qui implique la présence de pouvoir par l'intermédiaire des jeux stratégiques d'acteurs.

Partant de cette prémisse, les organisations deviennent alors le théâtre de jeux et de conflits de pouvoir où chaque acteur a une vision différente des moyens, des méthodes et des stratégies nécessaires pour parvenir au bon fonctionnement de l'organisation (13, 30). Ces conflits de pouvoir résultent de la volonté des acteurs à influencer la prise de décision et l'orienter dans le sens qui leur convient le mieux.

En ce qui concerne la source du pouvoir, Crozier et Friedberg (1977) expliquent, dans leur ouvrage intitulé « *l'acteur et le système* », que la base du pouvoir se situe dans les structures mêmes de l'organisation (30). La notion de pouvoir apparaît donc comme un moyen pour les acteurs d'obtenir des avantages particuliers, de faire valoir son point de vue au sein d'une organisation, de contrôler les diverses ressources. Pour Dahl (1957) cité dans Gallo (2006), la source du pouvoir d'un individu consiste « dans toutes les ressources qu'il peut exploiter pour affecter le comportement d'un autre » (55)(p.137). Le pouvoir n'est donc pas vu comme une fin en soi mais plutôt comme un moyen pour arriver au but ultime qui répond aux intérêts personnels des acteurs (56). Le pouvoir est ainsi défini

comme étant « une relation et non un attribut des acteurs » (6)(p.106). Selon ces acteurs, le pouvoir découle du contrôle des zones d'incertitude par un acteur dans le but de prévoir le comportement d'un autre et orienter sa stratégie en conséquence (30). De ce fait, plus la zone d'incertitude est importante pour le premier acteur, plus le pouvoir de l'acteur qui contrôle cette zone d'incertitude est considérable (57). La relation de pouvoir qui naît de cet échange se résume à un rapport de négociation et d'échange puisque chacun des deux acteurs a besoin de l'autre pour atteindre ses propres intérêts (30).

A un autre niveau, Jameux (1994), cité dans Dessinges (1999), stipule que « l'autorité n'est autre que la légitimité du pouvoir du point de vue de l'organisation » (52)(p.5). Il définit le pouvoir à travers le concept d'autorité formelle. De même, Mintzberg (1985) spécifie que le concept d'autorité ramène au concept de pouvoir légitime qui est lié au poste hiérarchique ou à la fonction détenue par l'acteur dans l'organisation, ce qu'il appelle « pouvoir formel » (58). Cette notion d'autorité légitime est donc, pour Dessinges (1999), « une forme de pouvoir particulière qui confère à celui qui en use le droit de commander ou de se faire obéir » (52)(p.13).

Quant à lui, Weber (1978) présente le concept de pouvoir sous sa forme politique, ce qu'il appelle « le pouvoir politique » et qu'il définit comme étant une forme de domination exercée par les individus dans le but d'organiser la société (59). Cette domination peut se faire par et pour le peuple (démocratie) ou à l'encontre de la volonté du peuple (dictature) (59).

En somme, le concept de pouvoir peut être résumé selon 3 éléments (60):

- Le pouvoir est considérablement variable, il suppose une relation asymétrique, de nature diverse (statut, capital physique, information, finance). Cette asymétrie est à la fois la condition et la conséquence de l'exercice du pouvoir.
- Le pouvoir est un concept social puisqu'il dépend de plusieurs individus.
- Le pouvoir a une portée stratégique puisque les choix sont produits par des individus en interaction avec leur milieu, selon les éléments d'un contexte particulier.

Ultimement, Bachrach (1963) affirme que l'exercice du pouvoir, quel que soit sa forme ou sa définition, n'est qu'un facteur parmi d'autres dans le processus décisionnel puisque la prise de décision est affectée par une variété de facteurs complexes sociaux, culturels, économiques, politiques, ainsi que les pressions faites aux porteurs des décisions, les coalitions, cooptations et autres et ceci à différentes phases du processus décisionnel (61).

Dans cet esprit, il s'avère important de présenter les différentes composantes du processus décisionnel stratégique qui peuvent être influencées par une multitude d'éléments internes et externes ainsi que divers groupes d'influence, en contexte pluraliste. Ces divers concepts de la littérature qui articulent toutes ces notions vont permettre d'expliquer les dynamiques décisionnelles qui sous-tendent le processus de prise de décision stratégique dans les organisations pluralistes.

Caractéristiques de la prise de décision stratégique en contexte pluraliste

Composantes de la prise de décision stratégique

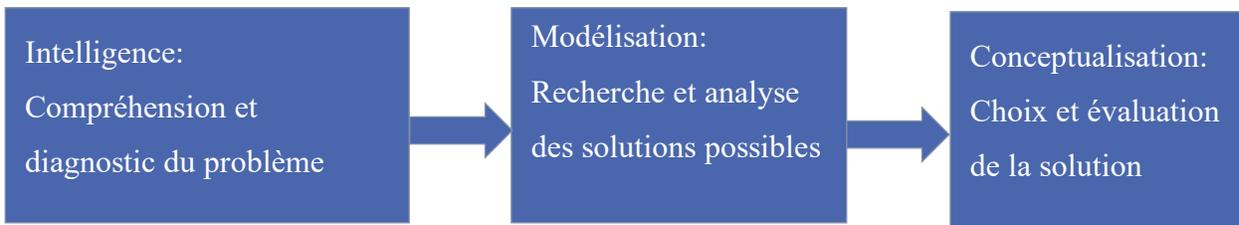
Selon Hafsi (1982), un processus décisionnel sous-tend toute prise de décision stratégique (62). Ce processus est à son tour porté par une séquence d'activités ou d'évènements ainsi que de facteurs dynamiques entrepris par un nombre limité d'acteurs ou de groupes d'acteurs (62). Les termes de « phases, étapes, activités » sont repris par Jocumsen (2004), dans sa revue de littérature sur les processus de prise de décision stratégique pour décrire les composantes du processus décisionnel (63).

Plusieurs auteurs tels Sonwden et Boone (2007), Savory et Butterfield (1998), Hart (1992) ainsi que Mintzberg et al (1976) ont développé des modèles de prises de décision en définissant les différentes étapes et phases qui constituent ce processus décisionnel (22, 64-66).

Le modèle IMC développé par Simons (1960) est le plus connu à travers la littérature sur la prise de décision. Ce modèle décompose le processus de prise de décision en 3 phases, comme le montre la figure 1 ci-dessous (67):

- La phase d'intelligence qui est l'étape de définition du problème lorsque le décideur identifie des situations pour lesquelles des décisions doivent être prises.
- La phase de modélisation lorsque le décideur procède à l'inventaire des alternatives envisageables.
- La phase de conceptualisation et de choix qui consiste à retenir la meilleure solution parmi toutes celles qui ont été relevées.

Figure 1 : Modèle IMC de Simon.



Plusieurs critiques ont remis en question la logique séquentielle de ce découpage analytique: McKenna et Martin-Smith (2005) affirment que le processus décisionnel est plutôt assimilé à un cycle décisionnel (23, 68) alors que Cohen et al (1972) dans leur modèle de la poubelle reconnaissent la non-structuration des processus décisionnels (23, 69). En outre, dans un contexte pluraliste, les contraintes sociales et structurelles de l'organisation vont moduler la progression de ces différentes étapes et influencer le choix de la décision ainsi que de la solution retenue dans une perspective de satisfaction que Simon appelle « satisfaction optimale » (67).

Ultimement, pour bien comprendre le processus de prise de décision, il ne suffit pas de le découper en phases procédurales qui constituent le volet « formel » de ce processus. Il existe aussi un volet « informel » du processus qui s'exerce dans le jeu des acteurs et leurs stratégies dans les rapports de pouvoir qui est tout aussi important à connaître.

Ceci dit, il devient primordial de cerner les éléments ainsi que les groupes d'acteurs qui influencent le volet formel afin de saisir tous les leviers d'influence de la prise de décision stratégique. Ces éléments, en premier temps, et groupes d'acteurs, en second temps, sont développés dans la partie suivante.

Eléments d'influence de la prise de décision stratégique

Dans un contexte pluraliste, la prise de décision résulte d'un processus de négociation entre les différents intervenants impliqués afin que les préférences des acteurs les plus puissants triomphent (41). Dans ses écrits, Smith (1990) souligne la capacité de certains acteurs ou groupes à avoir des privilèges particuliers en raison de leur puissance économique, ce qui leur permet d'influencer les processus décisionnels (8).

Outre les ressources, les facteurs externes tels le contexte ainsi que les caractéristiques organisationnelles peuvent être des déterminants majeurs d'influence que mobilisent les acteurs ou les groupes de pression en vue d'influencer l'élaboration des décisions stratégiques (41). Ces facteurs et caractéristiques sont développés brièvement dans cette section :

Contexte

Dans le cas d'une prise de décision stratégique, le terme « contexte » renvoie aux caractéristiques des décideurs, au processus décisionnel ainsi qu'aux spécificités de l'environnement externe de l'organisation et des caractéristiques organisationnelles internes (32). Plusieurs auteurs font ressortir dans leurs écrits l'impact du contexte sur la prise de décision stratégique (70-72). Selon ces mêmes auteurs, la nature du contexte et les éléments qui le caractérisent déterminent la façon dont la prise de décision stratégique est faite dans les organisations pluralistes (70, 71). Ce courant de pensée stipule que les décisions stratégiques sont le résultat d'adaptations et d'influences mutuelles entre l'organisation et son environnement. Selon Porter (1980), la dynamique des relations entre l'organisation et l'environnement renvoie à une dialectique mettant en place des relations circulaires : l'environnement contraint l'action organisationnelle, et, en retour, les organisations participent à la création de l'environnement (46).

Basée sur cette perspective, l'organisation est perçue comme un « système ouvert » sur son environnement avec lequel il entretient des relations d'échange (5, 57). Qu'il s'agisse de facteurs géopolitiques, économiques, sociaux, institutionnels ou culturels, ces derniers constituent des facteurs d'influence de la prise de décision stratégique non négligeable. Selon Hough et White (2003), les décideurs qui ne prennent pas en considération tous ces facteurs tendent à fournir une image incomplète et imprécise de la prise de décision stratégique (73). En terme d'exemples, plusieurs auteurs soulignent l'influence de l'intervention gouvernementale et de la réglementation publique sur le processus décisionnel stratégique (48, 74, 75) ainsi que sur la performance et la rentabilité des firmes individuelles (76), qu'elles soient publiques ou privées.

Intuition et personnalité des dirigeants

Un autre facteur d'influence soulevé par la littérature est en rapport avec la personnalité des dirigeants et leurs intuitions. Nutt (1998) définit l'intuition comme étant une fonction psychologique à travers laquelle la personne capture la totalité d'une situation donnée (77). Selon lui, l'intuition est souvent associée à un pressentiment de ce qui va arriver sans pouvoir expliquer la logique ou le rationnel derrière ça. Plusieurs écrits présentent l'intuition comme étant une forme d'intelligence que les décideurs adoptent lorsque les processus rationnels ne leur sont pas accessibles, spécialement dans des contextes instables et mouvementés (47, 49, 78).

Quoique la littérature sur l'importance de l'intuition dans la prise de décision stratégique est rare, des auteurs tels Langley et al (1995) ainsi que Miller et Ireland (2005) mettent l'accent sur l'importance de la perspicacité et de l'intuition des décideurs et des parties prenantes lors de la prise de décision stratégique (79, 80). Selon eux, les décisions prises par intuition deviennent de plus en plus fréquentes dans les organisations contemporaines pluralistes puisque peu de décisions stratégiques sont basées sur un système informationnel complet ou précis (79, 80). Dans cette perspective, plusieurs facteurs individuels tels la mémoire, la personnalité, les émotions, la subtilité et l'acuité sont des éléments fondamentaux qui affectent le processus décisionnel et qui doivent être pris en considération lors de l'analyse de la prise de décision stratégique (79-81).

Ce courant de pensée est partagé par Mintzberg et Westley (2001) qui identifient une approche différente pour la prise de décision : « Seeing first approach » (82). Cette approche se base sur tout ce qui est vu et ressenti par le décideur, en plus de ce qu'il voit (82). Selon eux, les acteurs façonnent et forment les divers moyens et options que l'organisation leur offre, en vue de formuler des politiques, à travers leurs processus cognitifs individuels et leurs propres expériences qu'ils transmettent par les interactions sociales (82). Il est donc impossible de comprendre le processus décisionnel en ne tenant pas compte de l'histoire et du bagage émotif et intellectuel des personnes impliquées dans ce processus.

Un autre article rédigé par Khatri et Ng (2000) va dans le même sens. Ces derniers étudient de près la relation entre la perspicacité des dirigeants et la prise de décision stratégique (83). Les résultats mettent l'accent sur l'importance de l'intégration des processus intuitifs dans l'élaboration de toute théorie concernant la prise de décision stratégique, sans quoi cette théorie perdrait de son pouvoir normatif et explicatif (83).

Finalement, Papadakis et Barwise (1997) suggèrent que les décideurs doivent combiner l'intuition à la rationalité dans leur processus décisionnel (84).

Caractéristiques de l'organisation

Divers facteurs internes de l'organisation tels la culture organisationnelle, la performance organisationnelle, la structure, la taille, la disponibilité des ressources et les processus de management et de contrôle influencent la prise de décision stratégique (85).

Parmi tous ces éléments, nous en exposerons brièvement quelques-uns qui ont fait l'unanimité de plusieurs auteurs :

Culture : Les valeurs culturelles interviennent et permettent d'expliquer les différences de choix stratégiques et de processus décisionnels dans les organisations (72, 86). En effet, Steensma et al (2003) ont mis en relief l'influence de la culture organisationnelle sur le processus décisionnel des organisations (86).

Structure : Pour Chandler (1990), il existe une relation étroite entre structure organisationnelle et décision stratégique qu'il conçoit comme étant une relation dialectique (87). La structure et les configurations organisationnelles sont des facteurs déterminants d'une prise de décision stratégique puisque tout changement important de stratégie conduit les organisations à modifier leur structure organisationnelle de même pour la structure elle-même qui induit et modifie certaines orientations stratégiques (87).

Performance : L'influence de la performance organisationnelle sur le processus décisionnel a attiré l'attention de plusieurs auteurs, dont Fredrickson (1985) qui stipule que le niveau de performance de l'organisation, ainsi que les diverses dimensions de la structure organisationnelle, ont un effet sur « le degré de complétude » du processus décisionnel » (23, 88). De ce fait, les caractéristiques du processus de décision stratégique sont influencées par le niveau de performance des organisations.

Taille et âge : Papadakis et Barwise (2002) cités dans Bérard (2011) suggèrent que la taille et l'âge sont des facteurs déterminants dans le processus organisationnel puisque « les grandes organisations tendent à mettre en oeuvre des processus décisionnels stratégiques plus rationnels, à distribuer le pouvoir entre de nombreux acteurs et à s'appuyer sur des activités politiques internes plus fortes » (23)(p.122). Dans cette même lignée de pensée, Child (1972) mentionne dans ses divers écrits qui

portent sur le processus décisionnel que la taille ainsi que l'âge de l'organisation affectent la structure de la prise de décision stratégique (89).

Processus de contrôle : Lioukas et al (1993) supposent que les différents modes managériaux et de contrôle internes peuvent influencer les pratiques décisionnelles et les processus mis en oeuvre (90).

Système informationnel

Le dernier facteur à considérer est le système informationnel des organisations. En effet, ces systèmes informationnels sont généralement reliés à la prise de décision dans les organisations, positionnant l'information comme un théâtre de luttes de pouvoir (91). Pour Feldman et March (1981) l'information consiste en un instrument de pouvoir (92). La valeur de l'information dépend de la justesse des informations, de leur précision, de leur coût ainsi que de leur fiabilité par rapport à la décision à prendre (93). Selon Tchouassi (2017) « L'information a une valeur car elle permet de choisir, de prendre des décisions et d'agir. Sa valeur est ainsi liée à son emploi dans le contexte de prise de décisions » (91)(p.66).

Le système informationnel de l'organisation est une composante majeure à considérer lors de l'étude de la prise de décision stratégique car les acteurs détenteurs d'information sont en position d'influence et de pouvoir, pouvant de ce fait affecter le processus décisionnel (93). En effet, les acteurs qui détiennent des informations pertinentes pour les organisations concernées tentent de les utiliser judicieusement afin d'en influencer le processus décisionnel. Etant donné que « la principale incertitude de la prise de décision est l'ignorance des résultats qui en découleront. L'information a un rôle important à jouer dans la diminution de cette incertitude" (94)(p.113). L'incertitude est définie, selon Knight (1921) cité dans Gallo (2006), comme « le manque d'information sur les événements futurs qui rend imprévisible les alternatives et leurs résultats » (55)(p.144).

Groupes d'influence de la prise de décision stratégique

Dans un contexte pluraliste, les acteurs usent de diverses manœuvres politiques afin de réussir dans l'influence de la prise de décision. Quel que soit la perspective de prise de décision prônée par les décideurs, ces derniers se rassemblent en groupes afin de trouver des façons de s'impliquer dans la formulation de politiques alternatives, en dehors des canaux bureaucratiques traditionnels, dans le cadre des intérêts organisationnels, des contraintes externes et du pouvoir structurel de l'organisation.

Plusieurs auteurs tels March (1962), Crozier et Friedberg (1977) ainsi que Eisenhardt et Zbaracki (1992) ont examiné de plus près la perspective politique et son influence dans le processus décisionnel de divers types d'organisation. Les idées centrales que nous retrouvons, dans la plupart de leurs écrits, concernent des acteurs ayant des préférences contradictoires et qui composent l'organisation. Leur but étant de maximiser leur pouvoir afin d'influencer le processus décisionnel stratégique, ils s'engagent dans diverses stratégies politiques telles la formation de coalition, l'utilisation ou la rétention d'informations, la cooptation.

Il serait donc pertinent de présenter, de façon concise, quelques coalitions et leur mode d'influence différent sur la prise de décision.

Coalitions

En premier, nous présentons les coalitions tels qu'expliquées par Marsh et Rhodes (1992), en tant que groupe d'influence sur le processus décisionnel. Ces derniers stipulent que le point clé dans le fonctionnement des organisations est le processus de négociation entre acteurs et par conséquent, le processus de résolution de conflit qui permet de juger des luttes d'intérêts et des rapports de force entre ces acteurs ayant des préférences différentes, ce qui constitue le cœur même de la perspective politique dans le processus décisionnel (95). Ceci laisse supposer qu'il existe une coalition dominante dans le processus décisionnel, mais cela n'est pas stable dans le temps ni selon les types de décision. En effet, selon ces mêmes auteurs, les décideurs se déplacent facilement d'une alliance à une autre et les positions politiques changent, ce qui rend le processus décisionnel fluide (95).

Cependant, une perspective contradictoire émerge. Une autre ligne de pensée suggère que les coalitions et les stratégies politiques sont déclenchées par les déséquilibres de pouvoir au sein d'une même organisation (95). Les acteurs sont frustrés de l'incapacité à avoir accès au processus décisionnel et faire parvenir leur point de vue, ce qui les oblige à se tourner vers des astuces politiques (95). Marsh (1992) suggère que les mêmes coalitions se forment et les mêmes stratégies sont utilisées à travers le temps, ce qui rend ce phénomène stable dans le temps (95).

Lobby

Parmi ces coalitions décrites, des coalitions de groupes internes à l'organisation établissent des liens avec l'environnement pour influencer le processus décisionnel. Ceci s'apparente au Lobby tel que décrit par Downs (1957). En effet, ce dernier s'appuie sur la notion des lobby pour illustrer une façon de faire qui permet aux regroupements d'acteurs (internes et externes) d'influencer les

décideurs : Tirer profit du manque d'informations et de temps nécessaires aux décideurs à la bonne prise de décision (96). Pour être persuasif et atteindre son but qui est de persuader les décideurs d'une certaine politique, le lobbyiste doit être extrêmement bien informé du domaine dans lequel il souhaite exercer une influence afin de contrer les arguments qui pourraient être avancés par des groupes opposants (96). Ainsi donc, un lobbyiste doit être expert dans les domaines qu'il cherche à influencer. Comme cette expertise requiert temps et informations, la plupart des acteurs agissent de façon rationnelle et ne se spécialisent que dans un très petit nombre de domaines, même s'ils sont affectés, dans une certaine mesure, par tous les domaines (96).

Partis politiques

Dans notre contexte libanais spécifique, les partis politiques jouent un rôle très important dans l'influence du processus décisionnel. En effet, Schmidt (1996) souligne l'importance et l'influence des partis politiques dans le processus décisionnel gouvernemental, ce qu'il appelle l'hypothèse du «parties-do-matter» (97). Selon Hibbs (1994), dans les contextes de démocratie gouvernementale, la composition des partis est un déterminant majeur de la variation de la politique publique (98). Schmidt (1996) ajoute que l'ampleur et la visibilité des effets de l'influence des partis sur les politiques publiques sont tributaires du type de démocratie et du pouvoir des institutions (97). Ainsi donc, les structures de l'État et des organisations ont une importance majeure dans l'élaboration de la politique publique. Hibbs (1994) explique que les partis politiques sont des acteurs collectifs puissants, omniprésents dans la vie politique, dans les démocraties constitutionnelles (98). Diverses circonstances telles la forte croissance économique, la stabilité politique, la vulnérabilité monétaire, les oppositions divisées peuvent modifier, atténuer ou potentialiser le pouvoir de chacun des partis, en fonction de leur position vis-à-vis des circonstances actuelles (98).

Communauté épistémique

Haas (1992), cité dans Vanel (2016), introduit une nouvelle notion, celle de la communauté épistémique qu'il définit comme étant des « réseaux de professionnels ayant une expertise et une compétence reconnues dans un domaine particulier qui peuvent revendiquer un savoir pertinent sur les politiques publiques du domaine en question» (99)(p.236). L'idée principale de la communauté épistémique repose sur la présence de canaux de communication « à travers lesquels de nouvelles idées circulent des sociétés vers les gouvernements ainsi que d'un pays à l'autre » sans pourtant s'y limiter car ces idées sont transmises avec des relations causales de valeurs et croyances et reflètent

des visions politiques (100)(p.140). Haas (1992) s'est particulièrement intéressé à l'influence politique que la communauté épistémique peut avoir sur l'élaboration des politiques collectives plutôt qu'à l'exactitude des conseils reçus (100).

Ce dernier insiste sur la complexité et l'incertitude des relations entre les divers facteurs qui rendent les décideurs inaptes quant à la prévention des conséquences des actions à long terme (100). C'est donc pour répondre à ce besoin accru des décideurs de mieux capturer « la complexité croissante de la décision, tant au niveau des problèmes à résoudre que des interactions entre les acteurs et les niveaux de gouvernement » (101)(p.140) que Haas a développé la notion de communauté épistémique. Les communautés épistémiques regroupent souvent des professionnels venant de disciplines différentes, mais dont les membres partagent « un ensemble de croyances et de principes qui fournissent des bases à l'action » (99)(p.236). Haas (1992) souligne que la particularité de ces communautés réside dans le partage d'éléments tels un consensus normatif et analytique, un savoir et un intérêt commun (100). Elles ne sont donc pas uniquement un groupe d'experts puisqu'elles rassemblent bien plus qu'une expertise. Leur force réside dans la pluralité des points de vue qu'elles regroupent ainsi que dans leur capacité à enrôler une grande diversité d'acteurs (politiques, médiatiques, etc.) (101).

Consulting

Le dernier groupe influant le processus décisionnel que nous retrouvons dans la littérature est celui du « Consulting ». En effet, une approche managériale a pris de l'ampleur au début des années 1900, celle du conseil en gestion, plus couramment connu sous le terme «Management Consultancy» (102). Ce regroupement d'expertise a permis aux acteurs d'influencer indirectement, dans un contexte pluraliste, la prise de décision. En effet, l'émergence d'une demande croissante d'expertise en gestion dans les milieux gouvernementaux a permis la percée des consultants dans le milieu étatique et sont devenus de puissants acteurs politiques à ne plus négliger (102). Leur force réside dans leur créneau de spécialisation externe à l'appareil étatique (102).

Cependant, il semble évident que la marge de manœuvre que possèdent les consultants dépend grandement de la perception de l'utilité de leur expertise par les décideurs ainsi que de la « perméabilité » des organisations à l'expertise externe (102).

1.3 Prise de décision stratégique dans le domaine de la santé

Après avoir présenté les concepts généraux qui sous-tendent le processus de prise de décision stratégique en contexte pluraliste ainsi que les différents éléments qui expliquent les dynamiques décisionnelles discutés dans la littérature, il semble important d'appliquer tous ces concepts au domaine de la santé afin de mettre en relief les particularités de notre terrain d'étude.

Ainsi donc, spécifiquement dans le système de santé, nous constatons que les études empiriques spécifiques à la gestion stratégique des centres hospitaliers se font de plus en plus nombreuses à partir des années 80. Effectivement, Topping et Hernandez (1991) soulignent dans un article sur le sujet que les écrits sur la gestion stratégique hospitalière deviennent de plus en plus fréquents dans la littérature sur les établissements de santé (103).

Selon plusieurs auteurs, le secteur de la santé a rapidement évolué pour devenir une « industrie de la santé » où les différentes entreprises qui la constituent ont adopté la perspective stratégique développée dans le secteur privé afin d'améliorer leur performance organisationnelle et perfectionner leur offre de services en fonction des besoins de la clientèle et de la population desservie (104-106). A titre d'exemple, Michael Porter, professeur de stratégie à l'Université Harvard, analyse la performance du système de santé américain en se basant sur les concepts clés de l'élaboration de la stratégie des firmes qui sont l'avantage concurrentiel, la compétitivité et l'analyse des facteurs influents de l'environnement (106). Selon Porter (2004), il est donc primordial pour les décideurs en santé de considérer ces concepts lors de la prise de décision stratégique dans les établissements de santé (106).

Dans son résumé analytique sur l'ouvrage intitulé « *Rediscovering Institutions* », écrit par March et Olsen en 1989, Mouritsen (1994) explique que ces deux auteurs argumentent la similitude théorique apparente entre la coalition politique dans le monde des affaires et dans les organismes gouvernementaux, ce qui indique que les éléments essentiels des modèles de comportement de l'entreprise privée peuvent servir de base à des modèles comparables de prise de décisions gouvernementales (107).

Dans le cadre de cette thèse, cette affirmation nous permet donc de transposer tous les concepts développés précédemment dans ce chapitre du secteur entrepreneurial privé au système public ou mixte (public-privé), dans le domaine de la santé et plus spécifiquement dans les organisations hospitalières pluralistes.

Les hôpitaux en contexte pluraliste

En effet, les organisations hospitalières sont considérées comme des organisations pluralistes compte tenu du caractère professionnel de leur mode d'organisation. Pour commencer, l'organisation hospitalière se définit par sa structure, son mode de financement, la gestion de ses services de santé, l'allocation des ressources ainsi que les rapports entre les divers professionnels de la santé, internes et externes à l'hôpital (108). Plus spécifiquement, les hôpitaux se caractérisent par « une action collective entre pairs dans lesquelles des processus de décision ne peuvent se résumer à un processus hiérarchique » (109)(p.2). Selon Denis et al (2007), ces organisations pluralistes hospitalières se caractérisent par des sources d'autorités multiples, des expertises fragmentées et des coalitions d'acteurs dynamiques (110).

Dans le but de bien saisir le fonctionnement d'un hôpital, il est donc important de le considérer dans une perspective globale et, par conséquent, en relation avec son environnement.

Voilà pourquoi, Glouberman et Mintzberg (2001) stipulent que le pluralisme hospitalier doit être défini au niveau interne et externe de l'organisation (111). Selon eux, le pluralisme est représenté, à l'interne, par quatre catégories de professionnels aux logiques et modes d'actions différents :

- 1) Les administrateurs composant le conseil d'administration. Ils font référence aux personnes chargées de surveiller les activités de l'hôpital.
- 2) Les gestionnaires dont font partie le directeur et les membres de son équipe de direction (i.e. directeur financier, DRH...). Ils sont chargés de gérer et de contrôler l'activité de l'hôpital sans pour autant avoir un contrôle direct sur les activités médicales de l'établissement.
- 3) Le corps médical qui traite les patients. Les médecins exercent dans l'hôpital tout en étant très impliqués dans l'univers médical extérieur de leur spécialité.
- 4) Le corps des personnels soignants et certains médecins qui dispensent des soins de base aux patients. Ils assurent le fonctionnement quotidien des unités de soins.

Alors qu'au niveau externe, l'environnement socio-politique et culturel des hôpitaux ainsi que l'influence de multiples parties prenantes (MSSS, ONG, municipalités, ...) témoignent du pluralisme externe (111). Ces pressions sont tout autant contraignantes que structurantes pour les établissements de santé (112).

Ainsi donc, les hôpitaux sont traversés par des sources de pluralisme multiples, tant internes qu'externes qui peuvent être caractérisées comme fortes (113).

La régulation hospitalière

En présence de ces multiples acteurs internes et externes, « la régulation dans les organisations hospitalières pluralistes se fait plus souvent de façon autonome et moins souvent de façon prescrite par l'externe » (Reynaud,1988) cité dans Gilbert (2010) (7)(p.21). En effet, selon Mintzberg (1989), la coordination et le contrôle, à l'intérieur d'organisations professionnelles pluralistes, se font à travers les ajustements mutuels entre professionnels, la standardisation des compétences ainsi que le maintien d'une culture professionnelle (114).

Par conséquent, en reprenant la nomenclature de Mintzberg (1989), l'hôpital répond aux caractéristiques d'une « bureaucratie professionnelle » avec l'asymétrie de pouvoir entre les professionnels, l'autonomie de décision et d'action des acteurs de par leur maîtrise de leurs compétences (114).

Plus spécifiquement à notre contexte d'étude, Nober (1999) reprend les concepts clés de Mintzberg pour les appliquer à l'organisation hospitalière. En effet, ce dernier cite, dans son communiqué présenté au 20ème congrès de l'AFC, les principales caractéristiques qui font de l'hôpital une bureaucratie professionnelle (115):

- Le mécanisme de coordination principal de l'hôpital est la standardisation des qualifications à travers la formation.
- Le centre opérationnel (formé par les professionnels de santé) constitue la partie clé de l'organisation. Afin de leur accorder tout le support possible vu le coût élevé du centre opérationnel, les fonctions de support et logistique aux professionnels sont très développées à l'intérieur de l'hôpital.
- L'autorité découle principalement du pouvoir de la compétence.
- Les professionnels agissent de façon relativement indépendante. Ces derniers contrôlent leur propre travail.
- La structure organisationnelle est décentralisée aussi bien verticalement qu'horizontalement.
- Le palier stratégique a un rôle clé situé « à la frontière de l'organisation entre les professionnels qui sont à l'intérieur de l'organisation et les parties prenantes externes »(p.3).

Par ailleurs, compte tenu des caractéristiques de la bureaucratie professionnelle citées ci-dessus, force est de constater que les divers corps professionnels disposent « d'une certaine forme d'autonomie de décision et d'un pouvoir d'influence sur les stratégies de l'établissement »

(116)(p.578). Selon Dumond (2003), un tel système d'action mène souvent à des situations de conflits, à partir desquelles chaque acteur tente de contrôler les zones d'incertitude organisationnelles créées par les règles et les structures de l'établissement hospitalier, dans le but de développer des relations de pouvoir (117). En effet, ce dernier précise que l'hôpital est un lieu de conflits multiples, où les rapports de pouvoir entre les professionnels évoluent constamment (117).

Voilà pourquoi, il semble nécessaire de s'intéresser au concept de pouvoir dans les organisations hospitalières.

Le concept de pouvoir à l'hôpital

Les hôpitaux sont perçus comme des organisations professionnelles complexes dans lesquelles tous les acteurs interagissent, vu la nature interdisciplinaire de l'activité des établissements de santé (6). Cette interaction mène à une action collective qui, selon Crozier et Friedberg (1977), met le pouvoir au centre de ses réflexions (30). En effet, Crozier et Friedberg (1977) identifient 4 sources de pouvoir à travers lesquels les différents acteurs cherchent à promouvoir leurs propres intérêts (30):

- La maîtrise d'une compétence ou d'une expertise,
- La maîtrise des relations entre l'organisation et son environnement,
- La maîtrise du système informationnel et de l'information
- La maîtrise des règles organisationnelles.

Ainsi donc, les notions de pouvoir, de responsabilité et d'autorité, compte tenu de la double hiérarchie médicale et administrative qui caractérise les hôpitaux, éclatent au sein de ces établissements (6). En effet, Crozier & Friedberg (1977) ont examiné de plus près les interactions entre les différents acteurs de l'organisation ainsi que les règles implicites qui régissent les rapports de pouvoir entre ces différents acteurs (30) afin de mieux comprendre le fonctionnement des hôpitaux, notamment le processus de prise de décision stratégique dans les contextes pluralistes.

Par conséquent, le pouvoir associé aux divers corps professionnels s'avère être un élément central à la compréhension du phénomène politique des organisations hospitalières. L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977) apparaît donc nécessaire à la mise en évidence du concept de pouvoir ainsi que la nature des relations entre les acteurs qui influencent le processus décisionnel dans les

organisations hospitalières pluralistes. Nous abordons cette théorie plus en détail dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : Cadre théorique

Dans ce chapitre, nous présentons la théorie de l'acteur stratégique de Crozier et Friedberg (1977) couplé au modèle de la poubelle pour tenter de comprendre et d'analyser les stratégies d'action des décideurs lors de la prise de décision stratégique dans les établissements de santé. Le cadre théorique qui en résulte permet de qualifier de politique le processus décisionnel stratégique et de comprendre les stratégies mobilisées par les décideurs dans les organisations hospitalières.

2.1 Analyse stratégique

L'analyse stratégique a été retenue pour sa capacité à appréhender la prise de décision comme une action collective comprenant plusieurs acteurs d'horizons variés appelés à collaborer au processus d'élaboration de la prise de décision. En effet, l'analyse stratégique permet de comprendre comment les acteurs définissent le problème ou la situation, dans notre cas la prise de décision stratégique, dans laquelle « ils participent à travers leurs comportements, les buts, les objectifs qu'ils poursuivent et les ressources qu'ils mobilisent pour arriver à leurs fins » (7)(p.50). Les acteurs mobilisés sont des acteurs stratégiques en ce qu'ils ont une identité, une histoire et des projets et qu'ils occupent une position sociale différente qui comporte des contraintes et des atouts (118). Ils sont porteurs d'intérêts et déploient des stratégies pour les satisfaire dans le but de maximiser leur intérêt. Ainsi donc, le comportement des acteurs et leur influence sur le processus décisionnel peuvent être appréhendés à travers les stratégies propres aux acteurs et les stratégies liées à leur interaction (30). En effet, ces stratégies sont la résultante du « choix que font les acteurs parmi un ensemble d'actions possibles pour arriver à leurs fins » (14)(p.122). Les atouts dont disposent et utilisent les acteurs ainsi que les stratégies qu'ils élaborent constituent leurs rapports de pouvoir (118). Cette relation de pouvoir comporte l'interdépendance des acteurs qui permet de concevoir le fonctionnement collectif (118).

Afin de compléter le raisonnement stratégique, l'analyse du « système d'action concret (SAC) » met l'emphase sur la « manière dont les acteurs régulent leurs relations, les mécanismes de coordination et d'équilibre qu'ils se donnent pour faire fonctionner l'organisation » (119)(p.51). Au niveau des acteurs, ceci implique que le SAC leur permet de coordonner et de stabiliser les jeux de pouvoir afin d'aboutir à une meilleure coopération entre eux (120). À ce niveau, il importe de comprendre « les règles et les zones d'incertitude qui caractérisent le système d'action concret. Elles contraignent

l'action des acteurs et permettent de comprendre la cohérence des finalités et des règles qui organisent les jeux de pouvoir dans une organisation » (119)(p.51). De plus, les zones d'incertitude constituent des sources de pouvoir pour les acteurs (6). En effet, les acteurs bénéficient d'une marge de liberté et de négociation qui rend leur comportement imprévisible aux autres (6). C'est donc la maîtrise de ces zones d'incertitude qui donne du pouvoir à l'acteur (6). Dans notre cas, en présence de professionnels de santé qui détiennent le pouvoir d'expertise ainsi que l'existence de structures organisationnelles strictes, la structuration du jeu de pouvoir paraît être complexe et la maîtrise de ces zones d'incertitude devient primordiale lors de la prise de décision stratégique dans les établissements de santé (119). Enfin, ces systèmes d'action concrets sont en interaction constante avec leur environnement qu'ils transforment et qui les transforme dans le temps, où s'opèrent des échanges constants d'idées, de technologies ou de ressources (118).

Dans un contexte de situation politique instable, d'augmentation des dépenses de santé et de pénuries professionnelles, les règles de fonctionnement des établissements de santé sont en pleine modification pour répondre aux besoins de la population. L'interaction entre le SAC constitué par les différents corps professionnels et l'environnement en mouvance constante a donc un impact majeur sur la prise de décision stratégique. En effet, l'analyse de cette interaction à travers la notion de SAC devient une nécessité à la compréhension de la densité d'échanges et d'interrelations entre l'établissement de santé et son environnement dans le but de répondre aux besoins de la population. Plus concrètement, l'établissement de santé est un « compromis social, en constante évolution, qui renvoie à des règles de jeux, c'est-à-dire des mécanismes de formation de décisions légitimes dont le but est de combiner la prestation multidisciplinaire des soins et la représentation d'intérêts d'acteurs divergents ou conflictuels » (121)(p.39). En effet, il existe au sein des établissements de santé, « un large réseau d'interactions complexes selon les catégories d'acteurs, la nature des ressources, de l'expertise ainsi que le mode d'interaction entre les acteurs (conflictuel ou collaboratif) » (121)(p.18).

Bien que le pouvoir soit particulièrement diffus dans les établissements de santé (122), il existe des règles qui précisent « les procédures de prise de décision stratégique permettant l'organisation interne de ces établissements » (121)(p.39). Dans le but d'influencer les processus décisionnels, les différents acteurs renforcent leurs positions dans les mécanismes de prise de décision, et ceci tout en respectant les règles de jeu (121). Ainsi, les groupes qui paraissent potentiellement plus faibles

sont capables d'utiliser « les zones d'incertitude et développer des stratégies pour se dégager une marge de pouvoir par un jeu d'influence sur les autres » (119)(p.40). Ceci a une importance extrême sur le processus décisionnel stratégique des organisations de santé.

En conclusion, c'est cette analyse des relations de pouvoir qui nous permettra d'identifier la manière dont les décideurs contrôlent les zones d'incertitude et permettra de mettre en évidence la nature des relations de pouvoir qui entrent en jeu lors de l'élaboration d'un processus décisionnel stratégique.

2.2 Modèle de la Poubelle ou « Garbage Can »

L'apport de l'analyse stratégique dans la mise en relief de la réalité de la vie des organisations et de sa conception « comme un champ politique structuré par des relations de pouvoir entre les principaux acteurs » est essentielle à la compréhension des organisations de santé (6)(p.107). Cependant, cette analyse stratégique doit être accompagnée d'un modèle qui reflète la réalité de la prise de décision dans cet environnement politisé afin de bien cerner les éléments qui influencent le processus d'élaboration de la prise de décision stratégique dans un contexte hospitalier. Le modèle retenu est celui du modèle de la poubelle, aussi connu sous le nom de « Garbage Can », qui a été développé par Cohen et al (1972) afin de donner des explications réalistes au désordre qu'expérimente le processus décisionnel dans les organisations (69). En effet, ce modèle de prise de décision stratégique met l'accent sur le caractère imprévu et surtout non linéaire du processus décisionnel (69).

L'organisation de santé étant une organisation complexe, évoluant dans un environnement instable et ambigu, le modèle de la poubelle serait une façon adéquate de représenter la prise de décision puisque cette dernière s'inscrit dans un contexte d'ambiguïté et d'incertitude, où le processus décisionnel est influencé par une multitude d'acteurs (123). En effet, comme le soulève Mucciaroni (1992), l'environnement est si complexe et hétérogène qu'aucune explication à travers une perspective simple et linéaire n'est possible (123). D'où l'intérêt du modèle de la poubelle qui illustre ce paradoxe.

Les facteurs qui contribuent au processus décisionnel sont multiples, variables, difficiles à observer et à mesurer. Les 4 facteurs à considérer lors du processus décisionnel sont : les opportunités de choix, les solutions qui cherchent des problèmes, les préoccupations des acteurs et la disponibilité des participants à participer au processus décisionnel (41). Selon le modèle de la poubelle, et en

reprenant les termes exacts de Granget (2006), l'organisation est conceptualisée comme « un flot de poubelles correspondant au processus de décisions. La décision n'est pas le résultat d'une séquence dictée par la rationalité (identification des objectifs, étude des solutions disponibles et de leurs conséquences) mais provient plutôt de la rencontre fortuite entre solutions et problèmes » (124)(p.3) puisqu'il existe des solutions qui peuvent résoudre des problèmes (124).

Plus concrètement, les auteurs comparent les occasions de prise de décision « à une poubelle dans laquelle sont jetés les solutions et les problèmes en fonction de leur ordre d'apparition » (124)(p.4). Si un problème survient, « c'est l'occasion pour les acteurs d'affirmer une opinion préalable à l'occasion de la prise de décision » (124)(p.4). Les acteurs ne sont donc plus des agents rationnels obéissants à une planification (124)(p.4). La décision est donc « le résultat d'un jeu d'influence faisant intervenir divers paramètres: valeurs, compétences relationnelles, désirs, rationalités, facteurs cognitifs » (124)(p.4).

En s'appuyant sur le « Garbage Can » qui proclame le caractère aléatoire des prises de décision, Zahariadis (1999), qui cite Kingdon, suggère que pour qu'une décision soit prise il faut que trois courants qui évoluent indépendamment soient couplés à la faveur de l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité (125). Les trois courants en question sont: le courant des problèmes, le courant des solutions et le courant de la politique (126). Selon Kingdon (1984), les trois courants doivent être présents en même temps pour influencer la prise de décision (126).

Ce processus implique donc une multitude de participants et de nombreux jeux de pouvoir (127), confirmant la perspective politique du processus décisionnel. Ainsi donc, à un moment donné, les courants convergent simultanément pour laisser entrevoir une fenêtre d'opportunité favorable qui arrivera à déboucher sur la prise d'une décision (127). En s'appuyant sur cette perspective, les décideurs peuvent faire une différence en étant sensibles au changement d'intérêts politiques et à la participation des parties prenantes.

Finalement, ce modèle de prise de décision serait utile pour expliquer toutes les situations que les perspectives classiques n'ont pas su résoudre. En effet, Olsen (2001) stipule que le modèle de la poubelle est supérieur aux perspectives rationnelles car il renferme la possibilité d'émergence de plusieurs résultats sous des circonstances légèrement différentes (128).

Ainsi donc, afin d'influencer les prises de décision dans un contexte pluraliste, les acteurs ont généralement recours au modèle de la poubelle qui accorde une importance particulière à la chance

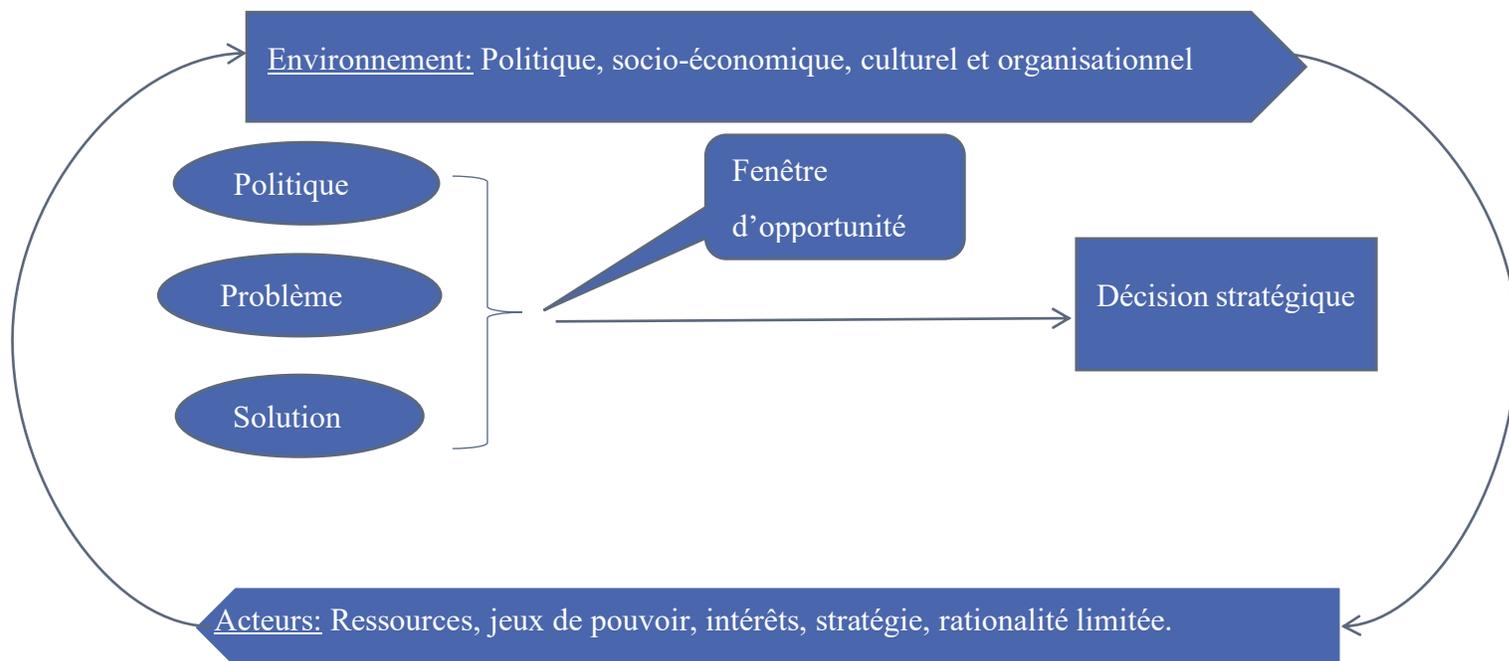
dans le processus décisionnel. Dans le cadre de cette thèse, nous allons adopter la perspective de Kingdon afin de mieux comprendre la réalité de la prise de décision stratégique dans des organisations de santé qui évoluent dans des contextes pluralistes.

2.3 Cadre conceptuel de l'étude

Inspirés des travaux de Crozier et Friedberg (1977) ainsi que de la perspective de Kingdon (1984) qui s'inspire du modèle de la poubelle de Cohen, March, Olsen (1972), nous avons conçu un cadre conceptuel qui présente les principaux éléments autour desquels nous amorcerons notre analyse de la prise de décision dans les établissements de santé.

A notre connaissance, la rencontre de ces divers auteurs n'a pas encore été explorée dans la littérature de la prise de décision stratégique. Nous proposons donc un cadre conceptuel original qui joint ces auteurs dans le but d'analyser la prise de décision stratégique dans les établissements de santé. La représentation schématique proposée ci-dessous du cadre conceptuel (figure 2) permet de mettre en évidence les interactions et les liens entre les différents éléments.

Figure 2: Relations entre les différents éléments du cadre conceptuel



Pour commencer, l'analyse stratégique fournit un cadre conceptuel permettant de comprendre les rapports de pouvoir et comment ceux-ci influencent la prise de décision (119).

Ensuite, le modèle de la poubelle de Cohen, March, Olsen (1972) vient introduire l'idée que les décisions ne se prennent pas selon un enchaînement causal entre les acteurs et les objectifs organisationnels mais c'est plutôt la présence simultanée d'une série de phénomènes qui fait émerger la décision. Les éléments proposés dans ce cadre nous apparaissent très pertinents pour notre étude sur la prise de décision car l'interaction entre la liberté des acteurs et les relations de pouvoir qui en ressortent, la présence fortuite des courants menant à la prise de décision et l'environnement dans lequel baignent les acteurs et l'organisation influencent de façon majeure l'élaboration de la prise de décision dans des organisations pluralistes.

Kingdon pousse plus loin la réflexion en adaptant le modèle de la poubelle de Cohen, March, Olsen (1972) à l'étude des processus de politiques publiques. Tout en se positionnant fondamentalement en continuité avec Cohen, March et Olsen, Kingdon stipule que l'émergence d'une politique publique n'est possible qu'à travers la convergence imprévisible des 3 courants (politique, problème et solution) au moment de l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité (126).

Ceci dit, l'originalité du cadre conceptuel de notre étude réside dans la remise en question de la notion de coïncidence et de hasard qui préside la convergence des 3 courants et l'ouverture de la fenêtre d'opportunité défendus par Kingdon.

Tout d'abord, l'apport de Kingdon dans ce modèle conceptuel est justifié par le contexte politique qui caractérise les établissements de santé pluralistes.

Ensuite, lorsque le couplage de concepts de Kingdon, Cohen, March et Olsen est adapté à l'étude des processus décisionnels dans les organisations de santé pluralistes, en présence d'acteurs libres et stratégiques, nous avançons que ces acteurs peuvent agir sur les 3 courants et influencer le processus de décision stratégique dans les établissements de santé.

Plus spécifiquement, nous suggérons que la convergence des 3 courants (politique, problème et solution) ainsi que le moment d'ouverture de la fenêtre d'opportunité peuvent être influencés par les stratégies des acteurs internes et externes qui sont impliqués dans le processus décisionnel.

Plus spécifiquement, l'environnement politique, économique ainsi que le contexte interne organisationnel et culturel dans lesquels baigne l'établissement de santé cadrent et structurent l'arène où les acteurs déploient leurs stratégies. Ceci peut produire, selon Crozier et Friedberg

(1977), des incertitudes critiques à la progression de la prise de décision (30). Ainsi donc, en tentant de contrôler ces zones d'incertitude, les acteurs pourront influencer **le courant politique** ainsi que **le courant des problèmes** en créant par exemple des situations qui requièrent une attention immédiate et urgente par les instances concernées et par conséquent, diriger dans un sens ou un autre l'apparition de la fenêtre d'opportunité ; ceci conduira à une prise de décision stratégique dans les organisations pluralistes. En outre, compte tenu de leur rationalité limitée, les acteurs ne proposeront que les solutions qui répondront à leurs critères de satisfaction, orientant de ce fait **le courant des solutions**, tout en prenant soin de choisir des solutions qui potentialisent leur intérêt personnel (30).

De plus, pour reprendre les termes de Crozier et Friedberg, les rapports de force entre les différents acteurs, coalitions ou personnes influentes peuvent « forcer » l'apparition de **la fenêtre d'opportunité** telle que décrite par Kingdon, dominant et contrôlant de ce fait l'émergence et l'élaboration du processus décisionnel dans les organisations pluralistes. Les jeux des acteurs internes et externes peuvent donc, en quelque sorte, réguler l'émergence du processus décisionnel en l'orientant en faveur des personnes ayant le plus de pouvoir au sein de l'organisation, remettant en question l'imprévisibilité de l'ouverture de la fenêtre d'opportunité.

Ainsi donc, avec une multitude de solutions minutieusement choisies, un courant politique forcé, des problèmes provoqués, et une fenêtre d'opportunité induite, cette intégration de concepts constitue le cœur de notre originalité conceptuelle qui s'adapte parfaitement aux organisations de santé pluralistes, vu que ses dernières bénéficient d'une multitude d'acteurs en position d'influence sur le processus décisionnel stratégique.

Ultimement, ce choix de couplage de concepts permet d'expliquer l'évolution du processus décisionnel dans les établissements de santé pluralistes ainsi que de situer la prise de décision stratégique dans son contexte organisationnel et son environnement politique.

Chapitre 3 : Méthodologie de la recherche

3.1 Stratégie de recherche

Pour répondre à l'objectif principal de cette thèse qui est de comprendre et d'analyser les processus dynamiques d'interactions entre les acteurs internes et externes à l'organisation de santé qui ont une influence sur la prise de décision stratégique dans cette organisation, la stratégie méthodologique utilisée dans cette étude est une recherche synthétique de cas. Selon Yin (2009), l'étude de cas est particulièrement pertinente dans le cadre d'une recherche qui porte sur la compréhension et l'explication de comportements et phénomènes complexes (129). Le devis de recherche retenu est une étude de cas multiples à plusieurs niveaux d'analyse qui sont les niveaux stratégiques, opérationnels et externes. Il est à noter que l'unité d'analyse est le processus de prise de décision stratégique. En se basant sur l'étude de cas multiples, nous avons illustré la réalité de la prise de décision stratégique dans les établissements de santé, en contexte pluraliste, caractérisés par un pouvoir diffus, des objectifs divergents et une multitude d'acteurs (16).

Afin d'illustrer l'unité d'analyse qui est la prise de décision stratégique, nous avons retenu des cas traceurs qui sont des décisions stratégiques types prises dans deux établissements hospitaliers du secteur de santé libanais. Ces deux hôpitaux ont donné leur accord pour entreprendre l'étude dans leurs milieux : un Hôpital Universitaire et un Hôpital Familial. Ce choix est justifié par le fait que les hôpitaux sélectionnés sont ensembles représentatifs du secteur hospitalier libanais. En effet, ces deux hôpitaux évoluent dans un même environnement socio-politico-économique. Par ailleurs, la réalité veut que ces deux hôpitaux libanais présentent des caractéristiques différentes qui sont les suivantes :

- Le premier est un hôpital universitaire de grande taille, localisé dans la capitale du pays et qui dessert une grande partie de la population urbaine.
- Le deuxième est un hôpital privé familial de petite taille, modèle fréquent au Liban, localisé dans la banlieue de la capitale et qui dessert une partie de la population de cette banlieue.

Comme nous cherchons à comprendre comment la décision stratégique est prise en contexte pluraliste, le choix de ces deux hôpitaux, représentatifs du secteur hospitalier libanais, permet une analyse en profondeur des dynamiques de prise de décision stratégique, dans des contextes organisationnels différents. Suite à la mise en commun de la réalité de la prise de décision

stratégique dans ces différents contextes organisationnels, nous proposons en conclusion une réflexion intégrée de la prise de décision stratégique dans les hôpitaux, en contexte pluraliste.

3.2 Collecte des données

Pour donner suite à la stratégie de recherche proposée et répondre aux questions de recherche, l'approche qualitative a été jugée la plus appropriée. Cette approche permet de recueillir des données factuelles mais aussi perceptuelles et relatives aux opinions, et réactions des acteurs. Elle tient compte du sens dégagé par ces derniers de la réalité qui les entourent ce qui donne richesse et exhaustivité à la compilation et accroît la compréhension des phénomènes (130). Les sources de données sont principalement composées d'entrevues semi-structurées à questions ouvertes avec des répondants sélectionnés de chaque hôpital. Elles sont complétées par des analyses documentaires. Un journal de bord a aussi été tenu afin de consigner les observations et réflexions pendant l'étude.

Entrevue individuelle semi-dirigée

Les entrevues individuelles semi-dirigées qui ont porté sur la reconstruction du cheminement des décisions et l'identification des éléments qui ont été pris en considération lors de la prise de décision, ont constitué la principale source de données de la recherche. Ces entrevues ont permis de mieux comprendre la nature de l'influence qui s'est exercée sur la prise de décision stratégique à travers la perspective des individus qui ont participé à son élaboration. Pour commencer, nous avons contacté par courriel électronique les directeurs généraux des hôpitaux afin de leur expliquer le projet de recherche. Sur acceptation de participation à l'étude, une entrevue préliminaire a été prévue avec les directeurs généraux des deux hôpitaux au cours de laquelle nous avons récupéré le formulaire de consentement signé qui leur a été envoyé préalablement par courriel électronique et a répondu à toutes les questions. De plus, lors de cette entrevue préliminaire, les DG ont identifié et sélectionné les décisions importantes qui ont fait fonction de cas traceurs. Deux cas traceurs ont été sélectionnés par l'établissement et ont figuré dans l'une des catégories suivantes : clinique, immobilier et positionnement dans la communauté car ce type de décision était à l'agenda du jour des DG d'hôpitaux vu leurs portées stratégiques. De plus, ces décisions ont été prises durant les 5 dernières années afin de diminuer au maximum les effets de mémoire des individus. Ceci nous a permis de décrire de façon exhaustive les événements externes et internes qui ont influencé le processus

décisionnel stratégique. Cette courte période nous a permis de rencontrer en entrevue les personnes clés qui ont été impliquées dans ce processus vu que la majorité d'entre elles sont encore en poste. Ensuite, dans le but d'avoir des entrevues riches en information et de recueillir le plus de données possibles, une sélection de personnes clés s'est faite par choix raisonné. En effet, les répondants sélectionnés étaient des personnes ayant participé au processus de prise de décision. Comme critère d'inclusion, ces répondants faisaient partie des différents paliers de gouvernance et issus de diverses professions qui ont représenté la multitude d'acteurs évoluant dans un hôpital. Tout au long des entrevues, la méthode de boule de neige a été utilisée afin de passer en entrevue les nouveaux acteurs qui ont émergé suite aux discussions et entrevues avec les répondants. Ces derniers ont été sollicités par téléphone afin de leur présenter l'étude, leur envoyer le formulaire d'information et de consentement par adresse courriel qui a été noté lors de l'appel téléphonique et de fixer un rendez-vous pour un entretien de 60 min. Un consentement écrit, qui a été récupéré au début de chaque entrevue, a été obtenu pour tous les participants.

En outre, les entrevues ont été réalisées par le chercheur qui a adopté une attitude d'écoute bienveillante tout le long des entrevues et en intervenant le moins possible. Des guides d'entretien ont été préparés et adaptés à chaque catégorie d'acteurs (stratégique, opérationnel, externe) récapitulant les grands thèmes abordés durant l'entretien afin de poser le moins de questions directes. Ces guides figurent en Annexe II. Les entrevues ont eu lieu dans les bureaux des personnes interviewées à des moments qui leur convenaient. Elles se sont déroulées en langue française et aucune interruption durant leur déroulement n'est à noter. Les entretiens n'ont pas été enregistrés car plusieurs acteurs ont mentionné le fait que l'enregistrement aurait défavorisé le climat de confiance nécessaire à ce type d'entretien. Voilà pourquoi, des notes exhaustives ont été prises lors des entrevues. Des citations type « verbatim » des différents répondants ont été intégrées dans l'analyse des données, en tant que forme de validation. En dépit du manque d'enregistrement, la prise de notes durant les entrevues a permis d'ajouter des citations dans les histoires de cas.

Au total, le corpus de données d'entrevue a compté 24 entrevues réalisées avec les différents répondants, comme le montre le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Personnes interviewées

Répondants	Hôpital Universitaire	Hôpital Familial	Total
Acteurs externes	4	3	7
Directeur Général	1	1	2
Recteur de l'université	1	0	1
Directeur médical	1	1	2
Directeur administratif	1	1	2
Directeur financier	0	1	1
Directeur qualité	1	1	2
Directeur Soins Infirmiers	1	1	2
Acteurs opérationnels	3	2	5
Total	13	11	24

En ce qui concerne le nombre de répondants, nous avons atteint la saturation des données lorsque la totalité des acteurs impliqués dans les diverses décisions stratégiques ont été convoqués en entrevue.

Analyse documentaire

Cette stratégie est venue compléter et enrichir les informations recueillies durant les entrevues et ainsi approfondir la compréhension. En effet, dans le but de corroborer et d'accroître les preuves d'autres sources (131), nous avons étudié minutieusement toute la documentation accessible parmi laquelle nous citons :

- Les procès-verbaux et les comptes rendus des différents comités décisionnels qui ont permis de dégager le processus des décisions retenues.
- L'organigramme et les documents liés à la structuration actuelle des hôpitaux qui a permis de mieux saisir la structure organisationnelle de chacun des hôpitaux.
- Les documents d'orientation, les rapports d'activités, les plans stratégiques des hôpitaux ainsi que les sites internet qui ont raffiné notre connaissance des établissements à l'étude.
- Le Curriculum Vitae (CV) des répondants qui a clarifié le cheminement individuel des personnes ainsi que leurs caractéristiques personnelles.

Etant donné que la liste des documents consultés variait d'un hôpital à un autre, le tableau 2 ci-dessous présente les différents documents spécifiques à chaque établissement qui ont permis de décrire l'historique des décisions stratégiques et la façon dont les différents acteurs ont été impliqués dans ce processus décisionnel.

Tableau 2 : Documents consultés

Nature du document	Hôpital Universitaire	Hôpital Familial
Procès-verbaux		X
Rapport d'activité		X
Bulletin d'orientation de l'hôpital		X
Organigramme	X	X
Plan stratégique de l'hôpital	X	X
Documents internes relatifs aux décisions	X	X
CV des acteurs concernés	X	
Sites Internet	X	X

3.3 Analyse des données

L'analyse des données s'est faite selon une démarche à la fois inductive et déductive. Cette démarche s'est composée d'étapes successives réalisées de façon itérative (132). Plusieurs allers et retours entre l'analyse et la collecte de données ont été réalisés pour permettre de préciser les questions d'entrevue et raffiner notre compréhension du phénomène à l'étude. Dans cette perspective, les entrevues ont permis de recueillir une grande quantité d'informations qui a été organisée de manière à faire ressortir le narratif de la situation. Ceci s'est fait selon plusieurs étapes : La première étape a été d'organiser les notes prises dans le carnet de bord durant les entrevues et regrouper le matériel recueilli selon une perspective processuelle et temporelle afin de préserver la chronologie des événements qui ont mené à la prise de décision stratégique. Effectivement, lors des entrevues, nous avons demandé à chaque participant de décrire sa conception des étapes et événements qui, selon lui, ont mené à la prise de la décision stratégique à l'étude, ensuite de décrire les enjeux encourus durant ce processus décisionnel ainsi que les différentes relations avec les acteurs internes et externes de l'établissement impliqués dans ce processus. Ainsi donc, nous avons utilisé le discours et les citations des différents acteurs pour définir leurs stratégies. L'étape suivante

a été de regrouper le matériel selon les catégories préétablies par le cadre de référence choisi pour l'étude. Ces catégories retenues étaient les suivantes : le courant des problèmes, des solutions, de la politique, la fenêtre d'opportunité, l'environnement et les acteurs impliqués. Ces données ont été découpées en sous-catégories qui désignaient les thèmes opérationnalisant, entre autres, les concepts suivants : les zones d'incertitude, le pouvoir, les ressources, la stratégie des acteurs et celles liées à leurs interactions, les stratégies déployées face au processus décisionnel, les zones d'incertitude, les enjeux, les règles, la structure organisationnelle ainsi que les relations interpersonnelles. Le découpage et regroupage des entrevues et des documents ont été faits avec l'aide du programme Word, qui a facilité l'organisation des données. Ce matériel a ensuite été utilisé afin de reconstituer la séquence des événements à travers laquelle la décision stratégique s'est prise au cours des années, identifier les différents groupes d'acteurs impliqués dans le processus décisionnel et leurs stratégies pour l'influencer. Enfin, les notes documentaires ont servi tout au long de cette étape à valider et enrichir les données. Il est à noter que chaque étape d'analyse a fait l'objet de discussions approfondies avec la directrice de recherche.

Dans la perspective inductive dans laquelle cette étude s'inscrit, plusieurs stratégies d'analyse de données ont été employées: la stratégie narrative et la stratégie graphique dans le temps (cartographie) (133). Ces stratégies sont utilisées pour présenter les données recueillies en 3 étapes d'analyse :

- La première étape a porté sur un repérage dans le temps et dans le contexte des principales décisions retenues à travers la cartographie visuelle. En effet, cette stratégie a servi à retracer visuellement les événements majeurs du contexte et les moments forts de l'histoire qui ont influencé les prises de décisions stratégiques des différents établissements.
- La deuxième étape a consisté à retracer les décisions retenues ainsi que les décideurs impliqués dans les prises de décision stratégique et les acteurs qui ont influencé le processus décisionnel, à tous les niveaux de l'organigramme. Dans un premier temps, la cartographie a servi de support pour représenter les décisions stratégiques retenues suite à l'analyse du corpus documentaire de chaque hôpital et de l'approbation du DG.

Dans un deuxième temps, la stratégie retenue est la stratégie narrative qui s'arrime parfaitement avec l'étude de cas (134). Cette stratégie permet de donner une profondeur à l'analyse, d'aider à saisir les nuances dans un milieu aussi complexe que le domaine hospitalier et de décrire

exhaustivement la place de chacun des établissements de santé dans leur environnement. À travers l'analyse narrative, nous avons d'abord identifié les acteurs concernés par chacune des décisions stratégiques retenues, en fonction des différentes périodes de temps retracées ainsi que de la succession d'évènements qui ont mené à la prise de décision stratégique. Ensuite, comme le cheminement de ces décisions ne suit pas une logique linéaire, nous avons mis en évidence les différentes stratégies et jeux d'acteurs qui ont conduit à la décision stratégique. L'analyse a porté sur l'influence du cheminement décisionnel en fonction des 3 courants identifiés par Kingdon, de la rationalité limitée des acteurs et des stratégies éventuelles déployées par ces derniers pour influencer le parcours décisionnel. Afin de mettre à jour le jeu de pouvoir des acteurs, nous avons identifié les différentes stratégies et ressources développées par les acteurs stratégiques, face aux évènements externes et internes, pour chaque moment du processus décisionnel.

Finalement, nous avons envoyé la version préliminaire des résultats, par courriel, aux directeurs généraux des deux hôpitaux dans le but de valider les informations recueillies et analysées. Pour la troisième étape, ces analyses approfondies des deux processus de prise de décision ont été mises en commun dans le but de dégager un modèle récapitulatif et global qui illustre la prise de décision stratégique dans les établissements de santé, en contexte pluraliste.

3.4 Qualité de l'étude

Afin de garantir la crédibilité des résultats, plusieurs précautions ont été prises pour renforcer la validité interne ainsi qu'externe de l'étude. Le premier critère à l'étude est la validité interne qui est assurée par la triangulation des sources d'information à travers l'analyse documentaire, les entretiens et les notes prises durant les entrevues qui contribue à la validité de la recherche (129). En effet, ces sources diverses d'information sont complémentaires et répondent aux principes de collecte de données dans une étude de cas (129). Par ailleurs, la fiabilité de l'étude a été vérifiée à travers les propos des personnes interviewées qui ont été retranscrits soigneusement dans notre carnet de bord et les résultats préliminaires ont été retournés aux répondants pour validation de l'information. Cette stratégie a permis également d'assurer la traçabilité du processus, rendant possible la reproduction de l'étude par d'autres chercheurs. De plus, nous avons veillé à ce que sa présence ne fausse pas la nature des données recueillies.

Le deuxième critère à l'étude est la validité externe qui concerne la généralisation des conclusions. Selon Gagnon (2005), l'étude qualitative, par définition, ne possède pas la capacité de généralisation qui caractérise l'étude quantitative (135). Cependant, la description détaillée et exhaustive des cas traceurs à l'étude, la compréhension de l'environnement et du contexte ainsi que l'analyse approfondie de la prise de décision stratégique augmentent les chances de transférer les résultats (136).

3.5 Considérations éthiques

La démarche proposée dans cette étude a fait l'objet d'une évaluation éthique du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. Plusieurs aspects éthiques ont été considérés tout au long du processus de recherche parmi lesquels nous distinguons : la conservation de l'anonymat des répondants et des hôpitaux dont les noms n'ont pas été mentionnés lors de la rédaction de la thèse ni divulgués lors de la diffusion des résultats, le respect de la confidentialité des données recueillies et la protection de toute donnée durant la recherche ainsi que leur destruction après 7 ans de la fin du projet d'étude. Cette protection a été faite sous forme d'un mot de passe pour les données électroniques qui se trouvent dans notre ordinateur et les versions papier conservées en lieu sûr, dans notre bureau sous clef. La clef est avec le chercheur principal en tout temps. De plus, nous avons veillé à ce que les entrevues se déroulent à l'abri des regards, de manière à ce qu'une totale discrétion puisse entourer les propos des informateurs, dans les locaux de l'hôpital. Au début de chaque entrevue, nous avons exposé le contexte et l'objectif de l'étude à chacun des participants. Ces derniers ont reçu toutes les informations liées à leur participation à l'étude et ont posé toutes les questions relatives au formulaire d'information et de consentement reçu par courriel. Leur participation s'est faite sur une base volontaire et éclairée tout en sachant qu'ils pouvaient se retirer à tout moment de l'étude. Le chercheur et la directrice de recherche sont les seules personnes à avoir accès aux données des répondants. Finalement, dans le but d'éviter tout conflit d'intérêt potentiel, nous avons clairement mentionné nos aprioris et cité clairement notre position de chercheur afin de ne pas affecter l'interprétation des résultats.

PARTIE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Chapitre 4 : Contexte de l'étude

Ce chapitre vise à donner au lecteur un aperçu de l'histoire du Liban, en mettant l'accent sur le système de santé et ses composantes.

4.1 Présentation du Liban¹

Ancêtres entrepreneurs

Les origines du peuple phénicien remontent au II^o millénaire avant notre ère. Mentionné à plusieurs reprises dans la Bible comme étant une “terre bénie peuplée de forêts et bordée par la mer”, la Phénicie (l'actuel Liban) est le pays de ce peuple qui a excellé dans l'art de l'agriculture et de l'artisanat (137). En effet, leur terre comprenait la plupart des hautes et basses plaines fertiles du Liban d'aujourd'hui qu'ils cultivaient (138). Les métallurgies du cuivre, du bronze et du fer ainsi que l'industrie du verre et l'extraction de la couleur pourpre à partir du murex, mollusque abondant dans le bassin méditerranéen, étaient des activités artisanales caractéristiques de l'artisanat phénicien (137). Bien plus que cela, les phéniciens ont acquis depuis l'antiquité une solide réputation de marchands et de navigateurs (137). Perfectionnant la construction navale, ils ont appris à naviguer le long des côtes de la Méditerranée et ont entrepris la conquête de plusieurs mers entre le XIII^o et le IX^o siècle avant J.C (138). Héritiers de l'esprit d'entreprise de leurs ancêtres, ces navigateurs marchands ont pratiqué le troc et furent très actifs dans les échanges internationaux entre les différentes régions côtières de la mer méditerranée (138).

C'est aux témoignages élogieux des écrivains grecs et égyptiens de l'époque ainsi qu'aux textes bibliques, qu'on reconnaît aux phéniciens ces grandes qualités de commerçants entrepreneurs et pragmatiques (137). Non sans surprise, les auteurs critiques contemporains de la culture libanaise

¹ Compte tenu de la segmentation du système de santé libanais et l'absence d'un système national d'informatisation des données, les données récentes concernant le secteur de la santé sont difficiles à trouver. Les informations présentées dans cette thèse concernant les ressources sanitaires libanaises sont les plus récentes auxquelles a eu accès le chercheur.

stipulent que cette réputation de marchands entrepreneurs que détenaient les phéniciens a teinté toutes les facettes de la société libanaise telle qu'on la connaît aujourd'hui (139).

Liban d'aujourd'hui

État démocratique parlementaire du Moyen-Orient, la République libanaise est un membre fondateur des Nations-Unis ainsi que de la ligue des États arabes (140). Autrefois sous mandat français, ce pays de 10452km² situé sur la Méditerranée a pris son Indépendance en 1943 (141). Communément appelé « Le pays des Cèdres » dans la communauté littéraire et académique, le Liban se trouve à l'intersection des continents européen, asiatique et africain (141, 142). Il est divisé administrativement en 42 fédérations de municipalités réparties en six provinces (Mont-Liban, Beyrouth la capitale, Nord, Sud, Bekaa, Nabatiyeh) divisées elles-mêmes en vingt-cinq districts disposant d'un conseil municipal, et réparties sur l'ensemble du pays (143). Chaque district a des considérations géographiques, politiques, sociales et historiques qui lui sont spécifiques (140). De par son histoire, la population libanaise se distingue par la cohabitation de multiples confessions, notamment chrétiennes et musulmanes, dont le délicat jeu d'équilibre maintient en place le système administratif et socio-économique du pays (141, 142). En effet, il existe sur le territoire libanais « 17 communautés confessionnelles instituées et possédant une législation et des juridictions propres en matière de statut personnel » (144)(p.50). Les autorités politiques garantissent la participation de toutes ces communautés au pouvoir (145). Cependant, les postes des institutions démocratiques ont été partagés selon le principe de la représentation paritaire entre les communautés les plus importantes sur le plan démographique (chrétiennes et musulmanes) tout en respectant la représentativité du reste des communautés religieuses minoritaires au sein de ces institutions (145, 146).

Du public au privé

Déchiré par une guerre civile sanglante de 1975 à 1990, le pays se retrouve en ruine à la fin de ces années de guerre. La dégradation du secteur public, qui n'a plus la capacité économique ni administrative d'assurer une protection sociale à la population, encourage les acteurs non gouvernementaux, y compris les partis politiques, les charités religieuses, les regroupements de diverses communautés, les ONG ainsi que les institutions à but lucratif, à prédominer dans l'accès et le financement des divers services à caractère social, en l'occurrence le système de santé (147).

En effet, durant cette période de guerre, le Liban connaît un « développement chaotique de son système de santé qui a été complètement anéanti, donnant l'impression d'un laisser-faire de l'État en matière sanitaire » (4)(p.1). Ceci est dû au fait que la quasi-totalité des structures hospitalières publiques a été détruite (148). Avec des services de santé ministériels détériorés, ce dernier devient de moins en moins performant, favorisant une croissance rapide du secteur privé qui s'est développé pour atteindre un essor remarquable durant les dernières années (148). Effectivement, la demande de soins s'accroît parallèlement à l'effondrement du secteur hospitalier public qui a rétréci au minimum en terme de quantité et de qualité avec une chute de la capacité des lits publics de 26% (avant-guerre) à moins de 10% (après-guerre) de la capacité totale des lits hospitaliers (142, 147). En comparaison, le secteur hospitalier privé a conservé son expansion au cours de la guerre en créant plus que 56 % de sa capacité de lits (147). Avec un secteur hospitalier privé qui répond aux demandes croissantes de la population, le ministère de la santé publique est forcé de signer des accords avec les établissements privés afin d'assurer la prise en charge de toutes les victimes de guerre et par conséquent, toute la population libanaise (142).

Cette expansion qui s'est essentiellement concentrée sur le soin curatif à coût élevé, s'est développée en fonction de la structure et de l'organisation du financement du secteur de la santé ainsi qu'en fonction des changements de la composition démographique de la population (146). Cette transition du secteur public au secteur privé a rendu le système de santé libanais très onéreux et dépendant principalement des structures économiques, politiques et financières qui prédominent dans le secteur de santé (146).

Culture libanaise

Pour bien comprendre le fonctionnement d'un système de santé d'un pays, il faut s'imbiber de l'histoire et de la culture de ce pays car ils teintent les mécanismes d'organisation de toutes les instances gouvernementales (146). La nation libanaise se caractérise par la diversité de ses cultures, de ses communautés religieuses et multiples traditions qui prennent racine dans son histoire riche et complexe (145). Depuis toujours, le Liban est un pays de dialogue interreligieux, de mélange de cultures et de coexistence pacifique de diverses communautés (6). Cette mosaïque qui renforce la diversité et les contrastes de la société libanaise constitue la force du Liban mais aussi sa fragilité (145). Les différentes facettes de la société libanaise (politique, religieuse, géographique, etc.) sont

imprégnées des rapports d'appartenance familiale, de parenté et des liens de sang qui façonnent la dynamique de fonctionnement de cette société (145). En effet, la famille ainsi que « le leadership religieux influencent de manière non négligeable les relations des citoyens » (145)(p.115) et jouent un rôle central dans la vie publique et politique de l'individu. En outre, « les influences féodales et patriarcales des familles anciennes et puissantes ainsi que la tradition phénicienne de commerce et d'échanges ont donné au Liban une forte tradition d'individualisme, d'autosuffisance et d'initiative privée qui se reflète dans tous ces secteurs, parmi lesquels le secteur de santé » (149)(p.5).

Société pluraliste

L'idéologie libanaise est basée sur les identités religieuses et culturelles, résultat d'une longue histoire d'invasions, de mélanges de communautés et de relations avec des interlocuteurs extérieurs (150). En effet, le Liban a toujours été caractérisé par une interpénétration entre l'intérieur et l'extérieur, renforçant son identité multiethnique au niveau culturel, humain, intellectuel et civilisationnel (150). Dans cet enchevêtrement de culture, les libertés individuelles sont préservées grâce aux compromis politiques entre les différents groupes libanais (150). En effet, la démocratie consensuelle qui caractérise le système politique libanais permet la gestion des affaires de l'Etat de manière neutre, épargnant au Liban les conflits internes et guerres civiles (150).

Ainsi donc, force est de constater, qu'en tant que société pluraliste, le Liban assume son identité multiculturelle (raciale, religieuse, linguistique, mœurs, etc) tout en essayant de concilier la logique des structures multinationales avec des structures religieuses, féodales, familiales et communautaires (150).

4.2 Environnement libanais

Pour mieux comprendre le système de santé libanais, il est nécessaire d'appréhender son évolution dans l'environnement dans lequel il baigne. Voilà pourquoi cette section met l'accent sur les facteurs politiques et législatifs, économiques, socioculturels et technologiques qui affectent, et par conséquent sont affectés par le secteur de la santé au Liban.

Environnement politique et législatif

Le système politique repose sur un large éventail de partis politiques, de différentes croyances et idéologies reflétant le paysage politique complexe de l'État libanais. En l'absence d'un régime de dictature et d'une unique idéologie officielle à l'image des pays arabes avoisinants, ces divers partis politiques ont grandement profité du processus politique compétitif et du « Libre marché » afin d'accéder au pouvoir (151).

Plus particulièrement pour le système de santé, ce secteur est caractérisé par des réseaux complexes de parties prenantes et des entités professionnelles autorégulatrices dont les interactions sont diverses et multiples (152). Malgré l'obligation légale de réguler la santé et l'existence de nombreuses lois qui protègent les droits des citoyens en matière de services médicaux, l'intervention du ministère de la Santé dans l'implémentation et le contrôle de l'application de ces lois demeure faible (152). En effet, plusieurs partis politiques gèrent des réseaux de santé indépendants du ministère de la Santé (y compris leurs propres hôpitaux, cliniques, polycliniques aussi bien que leurs propres systèmes informatisés pour maintenir le dossier médical des patients) (153). De plus, plusieurs écrits ont mis en évidence le rôle de la politique et des pratiques informelles dans l'influence à l'accès aux services médicaux, dans le contexte libanais (4, 154). Effectivement, à travers différentes stratégies délibérées, les politiciens et les partis politiques récompensent leurs partisans en leur facilitant l'accès aux services sociaux, y compris la santé (153). Bien que tous les citoyens soient éligibles à la couverture de santé publique, en pratique l'accès à ces « droits » est obtenu par médiation avec les politiciens et les organisations politiques qui exercent diverses influences sur les agences pertinentes au Liban (153).

Au niveau légal, le ministère de la santé doit approuver la construction d'un hôpital (public ou privé) (5). Plus spécifiquement pour les hôpitaux privés, le décret 139, qui date depuis 1983, décrit la procédure de contrôle du ministère de la santé publique sur les hôpitaux privés par le biais du comité

d'accréditation pour évaluer, classer et agréer les hôpitaux (155). Ce décret permet au ministère de supprimer des contrats déjà établis avec des établissements privés ainsi que de pénaliser les hôpitaux qui ne se sont pas conformés aux normes exigées par l'accréditation (155). Le système d'accréditation mis en place depuis 2000 est un régulateur et un garant de la qualité des soins apportés au public (155). Par ailleurs, la menace de suppression des lits octroyés par le MSP dans les hôpitaux privés demeure réelle puisque selon le décret 133 daté de 1959, le MSP ne peut accorder de contrats aux hôpitaux privés situés dans des régions qui compromettent le travail des hôpitaux publics (en dehors de Beyrouth et de Tripoli) (5).

En ce qui concerne les professionnels de la santé, des dispositions législatives fixent les conditions d'accès aux professions de santé à travers l'obtention d'un diplôme dont les modalités sont définies par l'État ainsi que l'exigence d'un permis d'exercer qui est de la compétence de l'État (156). Quoique l'État libanais leur laisse leur entière liberté sur le plan technique, cette autonomie ne s'étend pas nécessairement à l'organisation socio-économique de ces professions (156). L'État fait participer les professionnels de la santé à l'élaboration et la gestion du système de santé tout en y sauvegardant un rôle prédominant au ministère de la santé publique, pratique qui se rapproche énormément de la pratique française (156). Cependant, une des caractéristiques du système de santé libanais est le fait que les membres des diverses professions libérales de santé se comportent comme de libres entrepreneurs sur un marché libre, en l'occurrence le marché de la santé (156).

Crise Syrienne

Depuis 2011, la violence en Syrie menace la stabilité fragile du Liban en ranimant les angoisses des tensions intercommunautaires qui l'ont mené à la guerre civile (147). Le dernier recensement évalue le nombre de réfugiés à 1.5 millions vivant actuellement au Liban, dont la majorité habite dans des tentes où les risques d'infection et de maladies ne cessent d'augmenter (147). Cette situation fait pression sur les services publics de santé et accroît la demande sur l'infrastructure obsolète qui est incapable de répondre à la demande croissante des réfugiés (147). Cette situation a mené à une pénurie de professionnels de la santé comme les médecins spécialistes et les infirmières ainsi qu'à une intensification des services de santé avec pour conséquence l'instauration d'une pression financière importante sur le secteur hospitalier à travers l'augmentation des coûts de santé, le manque de médicaments et l'encombrement des lits hospitaliers qui rendent l'accès aux soins très difficile pour le reste de la population (147).

Environnement économique

Le Liban est un pays à revenu moyen avec une dette nationale très élevée (plus de 35 milliards de dollars) (147). Suite à la guerre civile qui a duré 15 ans, le pays se retrouve ruiné financièrement et économiquement, vu que l'économie libanaise repose principalement sur les échanges commerciaux avec l'entourage arabe qui est responsable de 85% des exportations libanaises (142). La situation géopolitique du Moyen-Orient affaiblit l'État libanais qui se voit subir des pressions régionales et internationales (138). Entouré par des régimes totalitaires de pays voisins, le Liban compte principalement sur les Nations unies et les grands États occidentaux pour protéger son indépendance et maintenir l'état de paix dans le pays (138).

Spécifiquement pour le secteur de la santé, le secteur public investit 3.04 % de son PIB dans le domaine de la santé en 2014 alors qu'en 1997, les dépenses publiques en santé s'élevaient à 5.06% du PIB national (157). En ce qui concerne les dépenses totales consacrées à la santé par habitant, celles-ci s'élevaient à 987 \$ par habitant en 2014 (157).

Par ailleurs, il ne fait aucun doute que la crise politique syrienne entrave la croissance économique et met une pression sur les finances publiques du fait que les dépenses publiques ont considérablement augmenté et les allocations militaires et sécuritaires sont à la hausse dues aux affrontements excessifs (147). La Banque mondiale estime le coût financier des répercussions de la crise syrienne sur les services publics à 308 millions de dollars, au cours de la période de 2012 à 2014 (147). Plus spécifiquement, la crise des réfugiés syriens a des retombées financières importantes sur le système de santé libanais déjà fragile. En effet, les multiples contributions et donations internationales ainsi que les diverses ONG couvrent une partie des factures médicales, laissant l'État libanais déficitaire assumer le reste des frais de soins de santé (147). Ces retombées se manifestent par une accumulation des impayés du ministère de la santé publique (147).

Environnement social et culturel

Au Liban, les valeurs et croyances de la population sont influencées par la situation politique du pays qui risque d'aggraver les clivages politiques et confessionnels (6). Dans ce contexte, la stratification confessionnelle et les relations sociopolitiques du pays influencent le système de santé à travers, entre autres, le choix de l'hôpital qui se fait selon les confessions et les affiliations politiques des patients (158). La nature fragmentée du système de santé du Liban a été renforcée par

la séparation territoriale, sociopolitique et confessionnelle qui a mené à une promotion des intérêts du secteur sanitaire privé prédominant dans cette « société-mosaïque » (146). En effet, l'identité confessionnelle a depuis toujours imprégné le système de santé, administratif et judiciaire, ce qui a permis à chaque communauté ou parti politique de gérer ses propres affaires, sur la base des liens familiaux ou idéologiques (146). Hérité du mandat français, le Liban est ainsi devenu un état caractérisé par l'idéologie du « laissez-faire » et dominé par les relations sociales semi-féodales qui ont été manifestées dans une lutte pour la souveraineté territoriale parmi des groupes confessionnels différents (146).

Plus spécifiquement pour le secteur de la santé, la clientèle devient de plus en plus exigeante et les patients passent d'un rôle « de simple malade à un rôle plus consumériste où ils deviennent partenaires dans la relation de soins, remettant en cause l'autorité et le pouvoir traditionnel du médecin » (6)(p.5). La contribution financière élevée des patients les incite à se montrer de plus en plus critiques et vigilants envers le système de santé (6). Selon Kosremelli (2011), le système hospitalier libanais expérimente un passage « d'une logique de production des moyens hospitaliers à une logique de satisfaction des besoins sociaux et médicaux des patients » (6)(p.5).

Par ailleurs, le tourisme médical bénéficie de la bonne renommée de la médecine libanaise, en particulier pour la population des pays arabes qui est à la recherche de centres luxueux situés dans la capitale (6). Selon Dr Assad Rizk, ancien ministre de l'Éducation nationale, du Travail et des Affaires sociales du Liban: « il y a 30 ou 40 ans, Le Liban était réputé pour être un lieu où on pouvait se soigner dans les meilleures conditions, avec un niveau de soins remarquable, et à un moment donné, on parlait du Liban, hôpital des pays du Moyen-Orient » (158)(p.1). Cependant, de nos jours, le tourisme médical est considéré « comme l'un des piliers de l'économie libanaise car il connaît un nouvel essor depuis plusieurs années » (159)(p1). En 2012, le nombre de touristes médicaux a atteint 10% du total des visiteurs et en 2015 le pays a accueilli le 8e forum du tourisme médical (159). De plus, la capitale libanaise Beyrouth est considérée, dans son entourage du monde arabe, comme étant la capitale mondiale de la médecine esthétique (160). Ainsi donc, malgré son histoire troublée, le Liban a maintenu son statut d'« hôpital du Moyen-Orient », une réputation dont il est fier (160).

Données socio-sanitaires

Selon l’OMS, la population libanaise totale était estimée à 6,007,000 en 2016 avec une grande majorité (87.2%) qui habitent les provinces urbaines de Beyrouth et du Mont-Liban (157). Ce chiffre augmente constamment suite à l’accueil de 1.5 million de réfugiés syriens et 280 000 réfugiés palestiniens sur le territoire libanais depuis le début de la crise syrienne (161). En 2014, le taux de croissance national était estimé à 1.5% (162). Par ailleurs, on observe une baisse de la natalité pour le Liban avec un taux à 22.2 pour 1000 en 2012 et 21.0 pour 1000 en 2014 (162). L’espérance de vie à la naissance est de 75 ans pour les hommes et 78 ans pour les femmes (157). Durant les dernières années, le taux de mortalité infantile a diminué pour atteindre moins de 10 pour chaque 1000 enfants en 2015 (157). De même, le taux de mortalité maternelle a chuté de 40 pour 100000 naissances à moins de 20 pour 100000 à l’accouchement (157). La majorité de la population (53%) appartient à une tranche d’âge comprise entre 20 à 59 ans (157).

En termes de mortalité et de morbidité, les maladies non contagieuses sont responsables d’environ 70% des décès au Liban : les maladies cardiovasculaires (45%), les néoplasies (19%), les maladies de l’appareil respiratoire (5%) ainsi que les complications du diabète (2%)(157). Quant aux maladies contagieuses, la prévalence du Sida est peu élevée au Liban avec 38 cas recensés en 2014 (162). En outre, 235 cas de rougeole et 2582 cas d’hépatite A ont été répertoriés en 2014 (162).

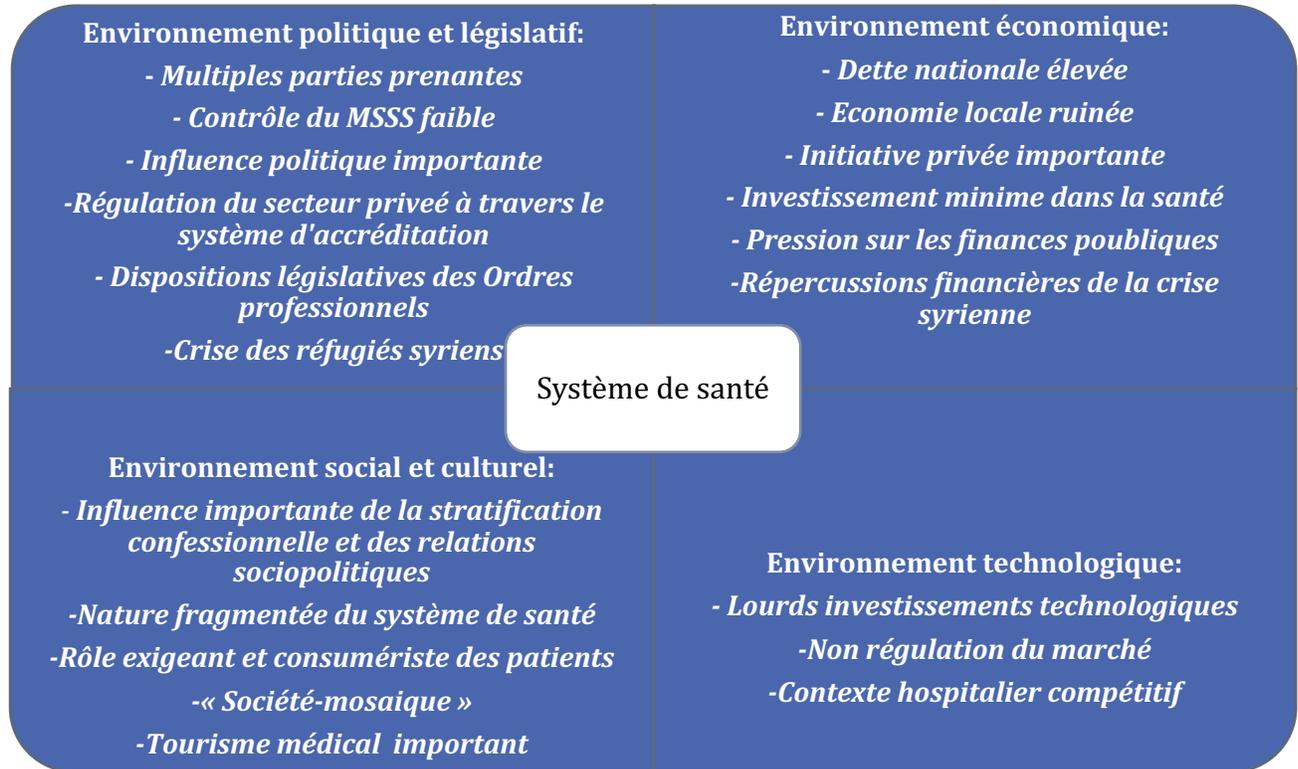
Environnement technologique

Sur un plan national, le Liban a dépensé en 2015, 7.43 % de son PIB sur la santé (163). Ces dernières années, le pays a investi lourdement dans la technologie médicale ce qui a fait avancer les services médicaux et l’état de santé de la population (152). Le marché libanais étant libre, le développement technologique est non régulé et résulte en un nombre considérable d’équipements de haute technologie dans les hôpitaux: ceci positionne le Liban en termes de technologie au même niveau que les pays à revenu élevé (6)(p.198). De plus, la distribution géographique des équipements spécialisés se concentre dans la capitale et la région du MontLiban, laissant les régions plus éloignées défavorisées en termes d’équipement technologique (164).

Sur un plan particulier, comme le secteur médical et hospitalier sont très compétitifs, les hôpitaux doivent se munir d’équipements de plus en plus lourds et avancés pour rester à jour (5). Ces centres se vantent d’être équipés de la technologie la plus performante (5). Cependant, la population

libanaise fait face à une médecine à deux vitesses, permettant uniquement aux personnes aisées de bénéficier de ces nouvelles technologies (5).

Figure 3: Système de santé et environnement



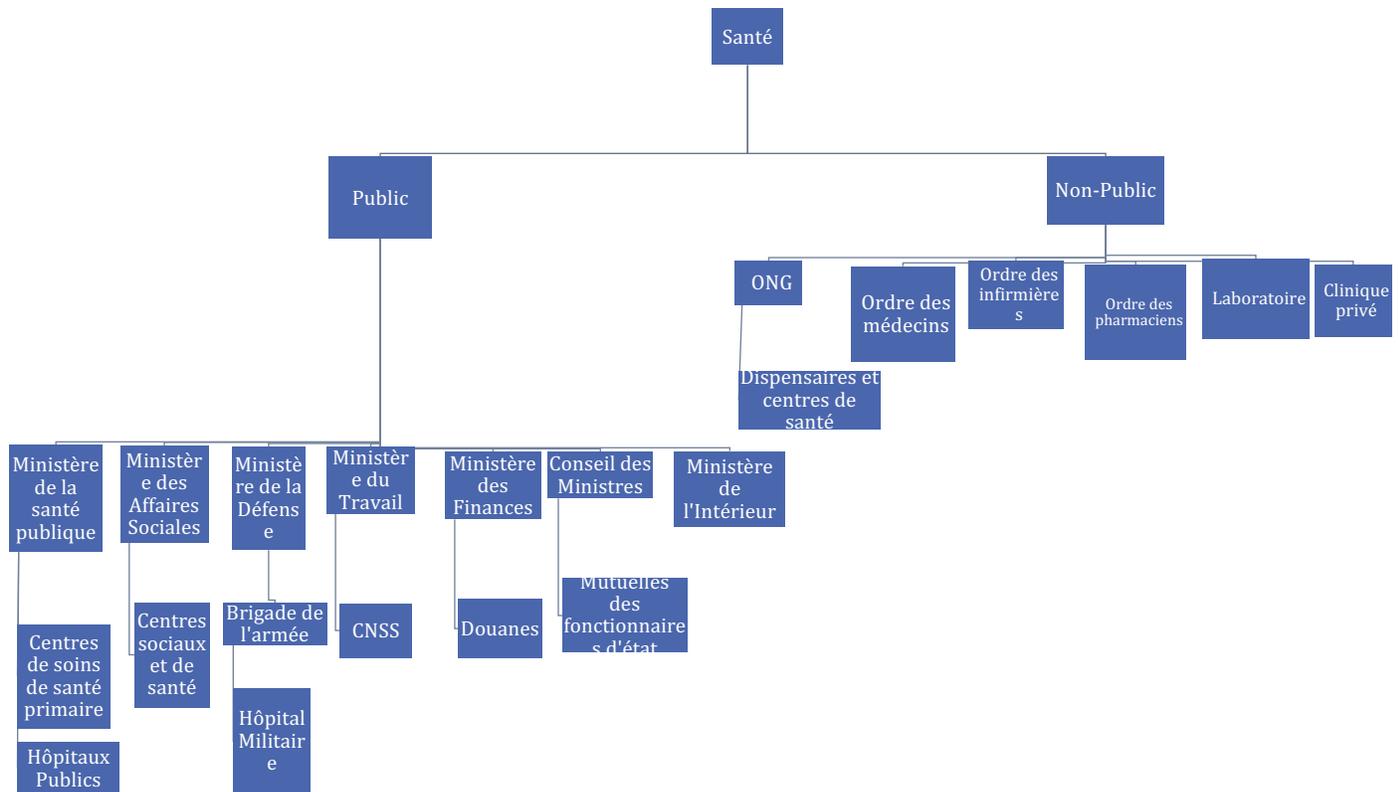
4.3 Système de santé libanais

Nous nous rappelons le vieux dicton « La santé n'a pas de prix ». Cependant, la santé représente un secteur majeur de l'économie d'un pays et le coût de ses services ne fait qu'augmenter dans la majorité des pays du monde (147). Au Liban, il existe plusieurs intervenants dans ce secteur, tant du côté public que du côté privé (142). De plus, l'influence des facteurs sociaux, environnementaux et culturels reste déterminante sur ce secteur (165). Ainsi donc, la structure du système de santé libanais relève d'une part de facteurs externes économiques et politiques ainsi que de facteurs internes aux organisations (142, 155). La section suivante décrit brièvement la structure de ce système ainsi que ses différentes composantes afin que le lecteur développe une meilleure compréhension du fonctionnement du secteur de santé.

Gouvernance

L'évolution du système de santé libanais a été caractérisé par « une conception libérale de l'économie » (142)(p.34) qui s'est confirmée par une vision de la santé de plus en plus individualiste, ce qui a favorisé « le comportement opportuniste des consommateurs et des pourvoyeurs en santé » (142)(p.93). Voilà pourquoi, la gouvernance du système de santé a nécessité une concertation entre les différents intervenants en santé, publics et privés (6).

Figure 4: Gouvernance du système de santé libanais, 2012.



Comme le montre la figure 4 ci-dessus (142), le système de santé libanais est caractérisé par la présence de plusieurs acteurs publics et privés qui rendent ce système de santé pluraliste (152). Le rôle et l'influence de chacun de ces acteurs publics et privés, en tant que tiers payants dans le système de santé libanais, seront présentés en détail à la fin de ce chapitre, car leur influence sur la prise en charge de la population libanaise est fondamentale.

Dans cette section, uniquement la description détaillée du rôle et de la constitution du ministère de la Santé publique seront développés vu sa position importante à la tête du système de santé publique.

Ministère de la Santé publique

À la tête de la hiérarchie administrative du ministère de la santé publique se trouve le ministre de la santé publique qui dirige toutes les divisions et les départements de santé du pays (152). Ce ministère comprend plusieurs directorats qui sont sous la responsabilité directe du ministre (152). Parmi ces entités, nous citons : les directorats de soins médicaux et de soins préventifs, les départements de l'administration générale, de projets et de programmes, le directeur de la médecine préventive, le directeur des hôpitaux ainsi que le directeur des laboratoires de santé publique (6). De par sa fonction, le ministère de la santé au Liban joue un double rôle : Le rôle d'organisateur et dirigeant du secteur de la santé ainsi que le rôle d'acheteur et pourvoyeur de soins médicaux (152):

En tant qu'organisateur et dirigeant du secteur de la santé, le ministère approuve les licences des établissements de santé à travers le pays et établit des normes de qualité à suivre. Par contre, il ne contrôle pas la production, la qualité ou la distribution géographique de la main-d'œuvre sanitaire, qui est sévèrement déséquilibrée en faveur des grandes villes (152). De plus, le ministère de la santé publique assure l'accès aux hôpitaux privés à travers des contrats signés avec ces établissements, dans le but d'offrir à la population libanaise des services de santé à des prix définis (142, 152). Cependant, en raison des contraintes budgétaires, la capacité du ministère à prendre en charge les soins médicaux diminue, voilà pourquoi certains contrats sont annulés avec des hôpitaux privés dont les soins sont de meilleure qualité mais à des coûts trop élevés pour être subventionnés par le ministère de la santé (161).

En ce qui concerne son rôle de pourvoyeur de soins, le ministère assure les frais d'hospitalisation de toute la population libanaise qui ne peut pas subvenir à ses besoins et qui n'est pas prise en charge par un assureur privé, à condition qu'un co-paiement de 15% de la facture hospitalière privée et 5% de la facture de l'hôpital public soit effectué par le citoyen (143). Cette somme est payée directement aux hôpitaux concernés et les remboursements des frais d'hospitalisation subissent un contrôle du médecin contrôleur délégué du ministère à chaque hôpital (143). Cette strate de patients s'élève à 30% de la population libanaise (166).

À travers cette gestion « public-privé » du secteur de la santé et ce mode de financement, le ministère est capable d'assurer un accès plus ou moins équitable aux soins de santé (152). Voulant assumer un rôle primordial dans ce système de santé pluraliste, le ministère se concentre principalement sur son premier rôle de régulateur du secteur de la santé dans le but de délimiter les territoires desservis

par les secteurs publics et privés, basés sur des évaluations de besoins de la population, ainsi que de développer la capacité de contrôle et de régulation du système privé (152) tandis que le financement représente un puissant levier financier pour introduire ces régulations et imposer des changements dans les divers établissements de santé (167).

Cependant, dans le contexte libanais, « où les équilibres politiques et confessionnels sont essentiels » (149)(p.38), le ministère de la santé publique est soumis à diverses pressions pour élargir la capacité hospitalière plutôt que de la réglementer (149, 168). En ce qui concerne les hôpitaux privés, la décision de « passer un contrat avec un hôpital particulier est une question de considérations politiques et confessionnelles même si le ministère ne peut se permettre de manifester des préférences parmi les hôpitaux » (149)(p.38). En effet, le ministère de la santé fait face à diverses contraintes, parmi lesquelles « le souci d'accessibilité et de continuité des soins, qui l'empêchent de fermer plusieurs hôpitaux ou de rompre des accords de remboursement avec certains établissements, même lorsqu'une logique de marché le recommande fortement » (149)(p.38). En outre, il est vrai que le ministère a l'autorité administrative pour intervenir auprès des hôpitaux privés cependant « il n'a ni l'information ni les moyens techniques pour le faire » (149)(p.38). Finalement, Van Lerberghe et al (1997) expliquent que « le service public, absent des décisions politiques et de l'offre de soins depuis plus de dix ans, n'a ni la crédibilité ni le prestige nécessaire pour résister aux pressions politiques et clientélistes avec des arguments techniques » (149)(p.39).

Réforme Sanitaire

Au début des années 2000, compte tenu des dépenses élevées dans le secteur de la santé et des excès de services de soins fournis par le secteur privé, le gouvernement libanais s'est déterminé à contenir ses dépenses et à réguler le secteur privé afin d'offrir des services équitables, efficaces et efficients à toute la population (146). C'est dans cette perspective qu'une réforme nationale a été mise en place et dont les composantes clés ont été : « la réorganisation du réseau des soins primaires du secteur public, l'amélioration de la qualité des hôpitaux publics et l'utilisation rationnelle des technologies médicales et des médicaments » (142)(p.29). De plus, le ministère a cherché « à renforcer son leadership et ses fonctions de gouvernance par une autorité régulatrice nationale en matière de technologie sanitaire et biomédicale ainsi que par un système d'accréditation pour tous les hôpitaux » (169)(p.80). En effet, le ministère a développé une base de données nationale dans le but d'examiner et d'évaluer les allocations des services médicaux dans les établissements de santé

publics et privés (169). En outre, la capacité du ministère à établir des partenariats avec les divers acteurs du système de santé ainsi que la construction de réseaux qui assurent la couverture des services de soins essentiels a été un facteur déterminant dans la réforme sanitaire du pays (168).

En résultat, l'utilisation « des services préventifs, promoteurs et curatifs, en particulier chez les pauvres, s'est améliorée de même que les résultats sanitaires » (170)(p.104). Selon l'OMS, la réforme libanaise est une référence en terme de diminution des dépenses de santé totales de 12,4 à 8,4 du PIB national (167). En effet, malgré l'instabilité sociopolitique qui sévit depuis longtemps dans le pays, le système de santé libanais s'est montré résilient à travers la diminution des dépenses directes des ménages, l'amélioration des indicateurs de santé notamment la mortalité maternelle et infantile, l'accès universel aux soins de santé essentiels ainsi que le maintien de l'infrastructure sanitaire malgré l'augmentation sans précédent de la demande sur le système de santé, dû à la crise syrienne (171).

Financement

De manière générale, le système de financement du secteur de la santé est fragmenté et englobe une multitude d'agences et d'acteurs aux intérêts plus ou moins convergents (5). Les principales sources de financement du système de santé libanais sont les suivantes (5) :

- Les fonds publics qui comprennent le ministère de la santé, les multiples coopératives, les corps militaires et la caisse nationale de sécurité sociale relevant du ministère du travail qui assurent le reste du financement public dépendamment de la situation sociale et économique des citoyens.
- Les entreprises et les Ordres professionnels qui offrent une couverture médicale à leurs employés dépendamment du montant de la cotisation annuelle déboursée de ces derniers.
- Les fonds privés qui comprennent les assurances, le paiement par les ménages et d'autres sources.

Quoique toutes ces formes de financement soient sollicitées dans le système de santé, la source de financement principale reste les ménages eux-mêmes (5, 142). En effet, le premier souci des citoyens libanais est la hausse des coûts des services de santé en raison de la prédominance du secteur privé et du progrès des services sanitaires (5, 142).

Selon Kronfol (2010) cité dans Koserelli (2011) (6), la fragmentation et le cloisonnement existants entre les nombreuses caisses publiques, parapubliques et privées ainsi que l'absence de mécanismes de contrôle efficaces résultent en des coûts administratifs très élevés et place le pays à un niveau proche des pays industrialisés, avec un poids financier très lourd sur les dépenses des ménages (5, 6). En effet, les dépenses de santé au Liban représentent 10.5-11% du PIB, ce qui est supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE (6, 147). Par ailleurs, la proportion du budget du gouvernement alloué à la santé dépasse de peu les 6.5% (6, 147). La contribution du secteur public est de 17.98%, celle du secteur privé de 80.06% et les donateurs internationaux de 1.96% (6, 172). Les ménages, qui représentent 69.74% du total des dépenses de santé, constituent la plus large source de financement (6, 172). En outre, le budget financier est distribué comme suit : « 65.75% pour les hospitalisations du secteur privé, 2.47% pour ceux du secteur public, 18.7% pour les médicaments, 0.98% pour le laboratoire central, 2.63% pour des contributions aux ONG, 5.64% pour les salaires et 3.83% pour d'autres dépenses » (Ministère des Finances, 2010) cité dans Asmar (2012)(142)(p.117).

Cependant, le secteur public contribue de façon considérable à la survie du système de santé, de trois manières (149)(p.28):

- « Tout d'abord par l'entremise des systèmes d'assurance publics qui assurent le remboursement de dépenses spécifiques des consultations externes et des hospitalisations dans les hôpitaux privés. Il est à noter que le délai de recouvrement des frais peut aller de 1 à 3 ans.
- Ensuite par le paiement, à travers le budget du ministère de la santé, de certains traitements (chirurgie cardiaque, dialyse rénale et traitements anticancéreux) en secteur privé pour tous les citoyens libanais.
- Finalement, il y a les contrats entre les hôpitaux privés et le Ministère de la Santé publique, à travers lesquels celui-ci paie les frais d'hospitalisation des personnes non assurées. De même, ce délai de recouvrement des frais est long dans la majorité des cas ».

Ainsi donc, les établissements de santé au Liban doivent compter sur diverses sources de financement pour mener à bien leur mission de santé.

Offre de soins

Quoique la tendance générale est d'aller vers une diminution du nombre de lits d'hôpitaux avec une meilleure utilisation des infrastructures déjà existantes et un renforcement des soins ambulatoires (5), l'organisation des soins de santé est structurée autour des soins hospitaliers dans leurs composantes privées et publiques ainsi que les soins ambulatoires comme le montre le tableau 3 ci-dessous (164):

Tableau 3: Répartition de l'offre de soins selon les tiers-payants, 2013.

	Secteur public	Secteur privé	Total
Soins ambulatoires			
Dispensaires	225	690	915
Centre de soins primaires	22	88	110
Hôpitaux	28	136	164
Nombre de lits	1354	13541	14895

Soins ambulatoires

Au Liban, les services ambulatoires offrent en majorité des services curatifs plutôt que préventifs (147). Voilà pourquoi, une grande partie de la réforme sanitaire libanaise a porté sur la réorganisation et le renforcement des soins primaires et préventifs (140). En effet, le ministère de la Santé a développé un réseau de centres de soins primaires en collaboration avec des ONG qui offrent une multitude de services permettant de contribuer « à des programmes de prévention, de s'impliquer dans les programmes de santé reproductive, et de soins prénataux » (142) (p.89). Cette collaboration a mené à un développement des services préventifs ainsi que curatifs incluant les soins médicaux généraux et pédiatriques, la santé reproductive, les soins médicaux cardiovasculaires ainsi que la distribution des médicaments essentiels selon une liste prédéfinie (140). Un total de 170 centres de santé primaires est réparti sur le territoire libanais dont plus de 85% appartient à des ONG (143).

Pour les services aux personnes âgées, divers types de centres de santé ont été aménagés afin de subvenir aux besoins médicaux, traitements, examens et médicaments de ces personnes (142). En 2010, le Liban comptait 49 institutions d'hébergement, 58 institutions de jour et 21 dispensaires

pour personnes âgées ainsi que par la population dont le niveau socio-économique est relativement bas (142). La majorité de ces institutions (47.6%) se trouvent dans la région du Mont-Liban alors que les régions de la Bekaa et du Sud semblent défavorisées avec des taux respectifs de 7% et 7.8% (142).

Avec un système de santé à prédominance privé, la majorité des médecins ont des cabinets de consultation privés à l'extérieur d'un centre de santé (140). Environ 8000 cabinets de consultation sont repartis sur la totalité du territoire libanais, avec une concentration dans les grandes villes (3). En termes de laboratoires repartis sur le pays, le nombre total est estimé à 322 dont 114 sont approuvés par le ministère de la santé publique (140).

En termes de financement, plus de 77% des entrées des prestataires de soins ambulatoires sont payés directement par les patients (149). C'est également le cas pour les laboratoires (74%) et les médicaments (79%) (149). Uniquement un cinquième des paiements est effectué par une assurance publique (16%) ou privée (4%) (149).

Secteur hospitalier

Durant la période d'après-guerre civile, le pourcentage de lits d'hôpitaux publics a chuté de 26% à 10 % de l'offre nationale et plus de 50% de la capacité en lits des hôpitaux privés ont été concentrés dans les soins curatifs à coûts élevés (172). En effet, le secteur privé s'est montré résilient et s'est adapté à la demande accrue en santé suite aux années de guerre civile (172). Par conséquent, les établissements privés sont devenus indispensables au secteur de la santé, spécifiquement dans la capitale et les communautés aisées (168).

Une des caractéristiques du parc hospitalier libanais est d'avoir un très grand nombre de petits établissements (142). En 2012, le réseau hospitalier comprenait 164 institutions publiques et privées réparties sur l'ensemble du territoire libanais et couvrant l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales (142). Une capacité maximale de 15422 lits était estimée, soit un ratio de 3,4 lits par 1000 habitants (173). En 2013, le nombre d'admissions dans le secteur hospitalier a été estimé à 800 000 admissions par année (164). De manière générale, la répartition des hôpitaux privés et publics sur le territoire libanais est représentée dans le tableau 4 ci-dessous (Syndicat des hôpitaux privés, 2011) cité dans Asmar (2012) (142)(p.92).

Tableau 4 : Distribution des hôpitaux publics et privés par région et nombre de lits, 2011.

Région	Hôpitaux privés		Hôpitaux publics		Hôpital militaire public	
	Court et moyen séjour	Long séjour	Court et moyen séjour	Court séjour	Séjour de 24h	
	Nombre d'hôpitaux	Nombre de lits	Nombre d'hôpitaux	Nombre de lits	Nombre d'hôpitaux	Nombre de lits
Beirut	17	1857	2	754	2	94
Metn	28	2359	10	1897	6	
Jbeil	8	635	1	30		
Chouf/Aley	9	382	3	400		
Beka	19	1231	0	0	5	
Sud	16	1331	1	200	3	
Nord	19	1397	2	175	7	
Nabatieh					5	
Total	116	9192	19	3456	28	94

La croissance hospitalière n'a pas suivi de carte sanitaire et n'a pas été réglementée par le ministère de la santé publique ce qui a mené à une disparité importante dans l'offre de services hospitaliers (147). En effet, plus de la moitié des hôpitaux se trouvent dans les régions du Mont-Liban (Metn et Jbeil) et de Beyrouth (8). Plus particulièrement, la région du Mont-Liban regroupe un grand nombre de petits établissements de santé de différents types (familial, religieux, communautaires, confessionnels, etc...) alors que dans la capitale Beirut se concentrent les grands hôpitaux universitaires qui sont au nombre de 12 selon le rapport du syndicat des hôpitaux libanais (164).

Hôpitaux publics

De manière générale, le système de santé public revêt un aspect centralisé lié à « l'existence d'établissements publics de soins, à la présence d'entités d'assurance-maladie publiques et au rôle de l'État dans la couverture d'une partie des soins assurés dans le secteur privé » (6)(p.202). En 2011, les hôpitaux publics fonctionnels « étaient au nombre de 28, dont un ayant le statut d'hôpital universitaire » (MSP, 2011) cité dans Asmar (2012) (142) (p.91). Ce nombre représente un total de 2250 lits, « ce qui équivaut à 16.60 % de la capacité totale des lits privés et publics fonctionnels » (MSP, 2011) cité dans Asmar (2012) (142) (p.91).

Avant la réforme enclenchée par le ministère de la santé, les hôpitaux publics étaient sous-équipés, présentaient une mauvaise qualité de services et manquaient de professionnels qualifiés (142). Ces hôpitaux publics étaient gérés comme des unités budgétaires du ministère de la Santé et ne bénéficiaient pas d'une autonomie financière (142). En effet, la gestion était centralisée au niveau du ministère et le budget annuel était alloué par le ministère de la santé selon des estimations historiques (142).

C'est à travers la réforme de santé que le gouvernement libanais a tenté de résoudre ces problèmes en donnant plus de flexibilité aux hôpitaux publics, en leur permettant de fonctionner comme des institutions semi-autonomes responsables vis-à-vis d'un conseil d'administration nommé par le Conseil des ministres (142). Selon Asmar (2012), la nouvelle loi d'autonomie instaurée durant la réforme sanitaire a permis d'améliorer l'efficacité des hôpitaux en encourageant la compétitivité entre les secteurs privés et publics et par conséquent améliorer la qualité des services rendus dans les hôpitaux publics (142).

En termes de financement, les patients ne bénéficiant pas d'une assurance privée paient 5% de la facture dans les hôpitaux publics, en comparaison à 15% dans les hôpitaux privés (174). C'est le ministère de la santé publique qui couvre le reste de la facture hospitalière (174).

Hôpitaux privés

Les hôpitaux privés sont la structure principale du paysage sanitaire libanais, car ils représentent 90% de la capacité totale du pays (172). Fortement développé en nombre et en capacité, ce secteur compte « 135 hôpitaux de longue et courte durée pour un nombre total de lits de 12648 lits » (Syndicat des hôpitaux privés, 2009) cité dans Asmar (2012) (142)(p.91). Majoritairement multidisciplinaires avec une haute qualité de soins, les hôpitaux privés sont de petits établissements

de santé dont le nombre de lits varie entre 80 et 400 lits dépendamment de la taille de l'hôpital (140). Les types d'hôpitaux privés varient entre congrégations religieuses, familles privées, parti communautaire ou confessionnel ainsi qu'universitaire et autres (142). Il est à noter que parmi les 12 hôpitaux qui ont le statut d'Hôpital Universitaire au Liban, la majorité est localisée dans la capitale, au détriment des autres régions du Liban (142).

Au fil des années, les hôpitaux privés se sont dotés d'une technologie de plus en plus performante et ont pu jouir d'une main d'œuvre compétente et experte dans plusieurs domaines de la santé (143). Évoluant dans une logique concurrentielle, caractéristique du marché libre et du développement non régulé du secteur de la santé, les hôpitaux privés se sont rapidement munis d'une technologie avancée et à la fine pointe (143). De ce fait, le Liban se trouve, en termes de technologie, au même niveau que les pays à revenus élevés (142).

Ainsi, les hôpitaux privés fonctionnent dans un système décentralisé avec une autonomie de gestion et d'organisation (143). Les usagers ont la liberté du choix du prestataire de soins (142). Quant aux prestataires de soins privés, ces derniers jouissent de l'entière liberté de prescription, de choix d'établissement hospitalier pour sa pratique ainsi que de la clientèle à suivre (142).

En outre, le secteur privé est financé par des fonds propres ainsi que par des tiers payants, ayant conclu des accords avec ces établissements (143). Ces tiers payants incluent le ministère de la santé, ce qui rend le secteur privé dépendant, dans une large mesure, des fonds publics pour survivre (143).

Contrôle des hôpitaux

Le ministère de la santé exerce une forme de contrôle sur l'ensemble du secteur hospitalier par le biais du comité d'accréditation qui évalue, classifie et agréé les hôpitaux publics ainsi que privés (5). De ce fait, le ministère a le pouvoir de supprimer des contrats et de pénaliser les hôpitaux qui n'ont pas satisfait aux normes exigées, ouvrant la porte aux jeux de pouvoir et d'influence politique (5). En effet, un hôpital doit être agréé pour obtenir et garder un contrat avec le ministère de la santé (5). De plus, le ministère de la santé a le pouvoir de supprimer les lits octroyés aux hôpitaux privés ainsi que de rompre son contrat en tant que tiers payants selon le décret 133/1959 qui stipule qu'aucun contrat ne peut être accordé à un hôpital privé si sa localisation géographique compromet le travail des hôpitaux publics (5).

Accès et utilisation des soins

En 2001, une enquête nationale a montré qu'en moyenne, un libanais effectue 3.6 visites par année en consultation externe, avec une prédominance d'utilisation des femmes (4.1 visites par année) (168). Le taux d'hospitalisation global était en moyenne à 12 % par année avec 1.5 % de la population ayant plus d'une hospitalisation par année (168). La longueur moyenne de séjour était de 4 jours et le taux d'occupation global d'hôpitaux était de 55 % (168).

De manière globale, l'accès aux soins demeure très inégal au Liban, que ce soit pour des raisons économiques, géographiques ou politiques (175). Près de 50% de la population n'est pas couverte par une assurance privée et est prise en charge par le ministère de la Santé (175). Cette même catégorie de la population a enregistré un niveau d'utilisation des services de santé moindre que la tranche de la population assurée dans le secteur privé (140). En effet, en 2003, 78% des visites médicales ont eu lieu dans le secteur privé alors que 9% de ces visites ont été enregistrées dans le secteur public et 12% dans les ONG (147). Certes, le ministère de la santé intervient face à ces chiffres qui dénotent une iniquité d'accès aux soins de santé mais son action directe « a toujours été insuffisante et liée aux besoins des personnes défavorisées » (175)(p.190).

En outre, l'offre de soins est géographiquement mal répartie vu le fait que la capitale Beirut et la région du Mont-Liban sont les mieux offrants en termes de services de santé alors que certaines régions du pays sont encore assez démunies (175). Le rôle du ministère de la Santé devrait être primordial dans la couverture de l'offre de soins dans les régions peu peuplées ou pauvres (147).

Par ailleurs, il est à noter que le courant politique affecte, de manière non négligeable, l'accès aux soins de santé de la population libanaise (153). À titre d'exemple, les partisans des partis politiques sont généralement "récompensés" de leur fidélité et activisme à travers des aides financières et un accès privilégié aux soins de santé auxquels ces mêmes partisans n'auraient pas pu avoir accès dans d'autres circonstances (153). De même, les citoyens ayant de fortes connexions politiques, des affinités religieuses ou des liens de parenté avec des figures éminentes du pays bénéficient d'un accès avantageux aux différents types de soins de santé (153).

Système d'accréditation hospitalier

Le système d'accréditation des hôpitaux libanais a toujours souffert d'un contrôle et d'une intervention gouvernementale régulatrice faibles vu le contexte multiculturel, multireligieux et pluraliste dans lequel le secteur hospitalier libanais baigne (176). Voilà pourquoi, dans un effort pour reprendre son rôle de régulateur, le ministère de la santé a développé, en l'an 2000, un système d'accréditation en 4 phases visant à améliorer le système de santé ainsi qu'à réguler la qualité des soins apportés à la population (5). Le ministère de la santé est la seule entité responsable de l'accréditation du secteur hospitalier au Liban qui résulte en un rapport complet évaluant différents critères entre autres, la qualité des soins, la sécurité au travail, la performance des soins, etc (176). Ce rapport inclut des recommandations explicites et des plans d'action pratiques dans le but d'une amélioration continue de la qualité (174).

La participation volontaire et autonome au système d'accréditation a toujours été considérée, dans les pays développés, comme étant un élément clé du succès des hôpitaux, car il reflète l'engagement de ces établissements au processus d'amélioration continue et d'autoévaluation permanent (177). Cependant, dans le contexte libanais, l'enthousiasme des hôpitaux à s'engager dans le processus d'accréditation est stimulé par des raisons totalement différentes qui se résument principalement en l'intérêt des hôpitaux à obtenir des contrats avec le ministère de la Santé et par conséquent, un meilleur paiement (177). En effet, le ministère de la santé se doit de rompre son contrat avec les hôpitaux qui ne répondent pas aux exigences de l'accréditation nationale (5). Voilà pourquoi, la majorité du secteur hospitalier a répondu à toutes les exigences de l'accréditation, en particulier le secteur privé (174).

Néanmoins, compte tenu du contexte multiculturel et pluraliste du secteur hospitalier libanais, le processus d'accréditation a été intentionnellement présenté aux hôpitaux comme étant une activité indépendante du ministère de la santé et des divers partis prenantes (176). Effectivement, une équipe d'experts internationaux a été mandatée afin de mettre en place les critères d'appréciation du système d'accréditation libanais, de manière neutre et objective (177). Cette démarche s'est avérée cruciale pour convaincre le secteur privé de la neutralité et l'importance du processus d'accréditation qui pourrait permettre au Liban de reprendre sa place en tant qu'« hôpital du Moyen-Orient » (177). Ultimement, le secteur hospitalier libanais considère le système

d'accréditation comme étant une opportunité qui renforce la belle image des hôpitaux libanais qui permet d'attirer des patients étrangers et capitaliser sur le tourisme médical (177).

Ressources humaines

Pour pouvoir pratiquer une profession reliée au domaine de la santé, tout professionnel de santé doit avoir un permis d'exercer du ministère de la santé et doit faire partie de son ordre professionnel (155). Cependant, le ministère de la santé n'a aucun mécanisme en place qui lui permet de vérifier la validité des permis d'exercer des professionnels pratiquants (155). Cette situation empêche d'avoir une image réelle et précise du nombre et de la fonction des ressources humaines œuvrant sur le territoire libanais (155). De plus, le secteur de la santé souffre d'une pénurie de main-d'œuvre qualifiée, en raison de l'émigration massive des professionnels de la santé, en particulier les infirmières (142).

Médecins

Selon l'OMS, on dispose en moyenne dans le monde de 13 médecins pour 10 000 habitants avec d'importantes variations entre les pays et les régions (140). Spécifiquement pour le Liban, le ratio était en 2010 de 30,7 médecins pour 10 000 habitants inégalement répartis entre les régions avec une grande concentration dans la capitale Beirut et la région du Mont-Liban (140). Le nombre de médecins par rapport aux citoyens est parmi les plus hauts dans le monde (35.2% pour 10 000 personnes) (147). En 2013, environ 12827 médecins étaient inscrits à l'Ordre des médecins au Liban dont 70% sont des médecins spécialistes (164). Environ 83% sont des hommes et 17% des femmes (5).

Au Liban, les médecins ne sont pas salariés des hôpitaux (5). Par conséquent, ils admettent les patients dans les hôpitaux où ils ont des privilèges d'accès (5). Ces derniers sont rémunérés en fonction de l'acte médical selon une nomenclature établie par l'Ordre des médecins du Liban (143). Cette nomenclature définit une rétribution en rapport avec chaque geste ou intervention médico-chirurgicale (143).

En outre, le progrès des soins de santé et l'accès aux technologies de pointe dans les hôpitaux ont poussé la majorité des médecins spécialisés vivant à l'étranger à retourner exercer au Liban (140). La plupart des médecins exerçant au Liban ont suivi des formations académiques dans les meilleurs centres médicaux du monde, comme la France et les Etats-Unis (5).

Infirmières

Les infirmières et les sages-femmes constituent le groupe principal de ressources humaines pour la santé (5). Pour de nombreux pays, la pénurie d'infirmières constitue un des défis actuels les plus problématiques pour les ressources humaines (142). Dans la région de la méditerranée orientale, le ratio était en 2008 de 4,6 infirmières pour 1000 habitants (140). Au Liban, le nombre d'infirmier(e)s inscrites à l'Ordre des infirmières en décembre 2009 est de 8669 (6) alors qu'en 2013 ce nombre s'élevait à 10079 (164). Environ 80% sont actives (142). Parmi la population d'infirmière active, 82% sont des femmes et 18% des hommes (142). Le taux d'infirmières qualifiées est de 3 pour 10000 habitants, un des plus bas au monde (142). Le niveau d'éducation des infirmières varie selon qu'elles sont détentrices d'une licence d'une université ou d'une école technique (6). Le ratio d'infirmière/médecin est de 1 pour 2.5, ce qui est généralement inversé dans la plupart des pays (142).

Autres professionnels de la santé

Les autres professionnels de la santé comprennent principalement les pharmaciens, dentistes, physiothérapeutes, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, etc qui sont formés et diplômés au Liban (142). En 2007, le nombre de dentistes pour 10000 habitants s'élevait à 3260 alors que les autres prestataires de santé étaient au nombre de 3000 pour 10000 habitants (173). En ce qui concerne les pharmaciens, leur nombre s'élevait en 2007 à 4667 pour 10000 habitants dont 58 % sont des femmes (173). Environ 2/3 des pharmaciens enregistrés à l'Ordre des pharmaciens travaillent dans des pharmacies et 10.3% dans des firmes pharmaceutiques (140). Contrairement aux médecins et dentistes, le reste des professionnels de santé sont salariés des institutions dans lesquelles ils œuvrent (6).

4.4 Principaux acteurs du système de santé libanais

Le système de santé libanais est décrit par de nombreux auteurs comme étant très fragmenté et pluraliste (142). En effet, le Liban a un système de santé pluraliste vu la mosaïque d'acteurs privés et publics qui influencent la structure du système de santé et qui, en retour, sont influencés par l'organisation de ce système (6). Ainsi donc, le secteur de la santé est une arène appropriée pour examiner la dynamique et les interactions formelles et informelles entre les nombreux acteurs qui sont présentés brièvement dans cette section.

Patients

Au Liban, il n'existe pas de dossier informatisé voire même un dossier de santé unique pour le patient, ce qui pousse ces derniers à consulter divers hôpitaux et cliniques vu qu'il n'existe aucun frais de transfert (5). En effet, les patients sont libres de se soigner dans l'établissement de santé de leur choix et peuvent choisir le généraliste ou le spécialiste qu'ils veulent, à condition de pouvoir couvrir les frais de consultation (5).

Par ailleurs, les exigences des patients s'alignent de plus en plus avec les exigences internationales : droit à l'information complète sur leur état de santé, volonté de participer aux décisions médicales qui les concernent, exigences en matière de services non médicaux (hôtellerie, accueil, etc.) (5). Cette tendance rend les médecins et les établissements de santé plus responsables envers la population et les encourage à adopter une politique de transparence et de reddition de comptes (5). Par contre, en ce qui concerne la perception des hôpitaux, la culture libanaise a toujours été liée à l'image hospitalière qui dépend surtout de la structure physique de l'établissement, de l'avancée de son équipement technologique et surtout de la qualification de ses médecins pratiquants (178).

Médecins

Compte tenu de la mentalité libanaise qui a confiance en son système de santé et spécifiquement en la compétence de ses médecins, ces derniers peuvent influencer les patients, tant pour le choix de l'hôpital que pour les centres d'examens ambulatoires (6). En effet, le médecin intervient de façon non négligeable dans ce choix pour différentes raisons (6). Tout d'abord, certains médecins ne laissent pas le choix à leurs patients car ils exercent exclusivement dans un seul centre hospitalier, ce qui porte le choix automatiquement vers cet hôpital (6). D'autre part, l'intervention médicale dans le choix de l'hôpital ressort lorsque le médecin suggère au patient la disponibilité

d'équipements technologiques de pointe et la présence d'expertise nécessaire dans certains grands hôpitaux, préférablement universitaires (6). De plus, pour des raisons d'intérêts ou d'investissements personnels, d'autres médecins encouragent leurs patients à fréquenter un établissement de santé particulier dans le but de gagner la confiance de la direction en hospitalisant un plus grand nombre de patients ou bien afin d'obtenir une promotion dans ce même hôpital (6). Cette promotion peut se présenter sous forme de nomination académique dans le cas des hôpitaux affiliés à une université ou bien une ascension au sein d'un département médical (ex : directeur du département d'ORL) ou même une promotion administrative au sein de la direction de l'hôpital (ex : directeur médical de l'hôpital) (6). Ultimement, le principe de dichotomie qui est familier à plusieurs médecins pousse ces derniers à orienter leurs patients vers certains centres d'exams privés (5).

Firmes pharmaceutiques

Le marché pharmaceutique a constamment été un sujet de débat au Liban (140). En effet, ce secteur est soumis à la pression de divers lobbies et de grands importateurs internationaux puisque 80% du marché national est constitué de médicaments importés ou de marques déposées (161). Ces différentes entités renforcent la tendance oligopolistique du marché pharmaceutique qui, malgré les interventions du gouvernement pour réguler les prix, fait grimper le coût des médicaments (161). En outre, des problèmes importants persistent dans l'industrie pharmaceutique par exemple: la fixation des prix, la manipulation des médicaments (des contrefaçons), les trafics et l'incapacité du gouvernement à contrôler la qualité des médicaments (161). De plus, la pratique médicale standard, qui est de prescrire la marque déposée d'un médicament au lieu de son équivalent générique, a poussé le secteur pharmaceutique à être responsable, à lui seul, de plus de 25 % des dépenses nationales en santé (140).

Centres privés d'imagerie médicale et laboratoires

Selon l'enquête nationale sur les dépenses et l'utilisation des services de santé par les ménages, 42% des tests de laboratoire et 65% des examens d'imagerie médicale étaient réalisés dans les hôpitaux (172). Cependant, comme la tendance nationale va plus vers les soins ambulatoires, un grand nombre de centres privés ont ouvert leurs portes et représentent une concurrence importante pour la réalisation des examens externes (5). Sur un total de 230 laboratoires au niveau national, seuls 114 ont obtenu une licence du ministère de la santé et sont enregistrés au syndicat (148).

Polycliniques et cabinets de consultation privés

Les cabinets privés et les polycliniques sont de plus en plus fréquentés par les patients, pour des raisons pratiques comme un temps d'attente moins long (5). De plus, ces établissements de santé sont dotés d'une technologie de haute pointe ainsi que d'une expertise médicale de renommée (5). Selon l'enquête nationale sur les dépenses et l'utilisation des services de santé par les ménages, seuls 22,3% des consultations ont lieu au sein des hôpitaux (172). Les cabinets de consultation privés sont le premier choix des soins ambulatoires pour 79% des patients (168).

ONG et Organismes internationaux

Les organismes internationaux (Organisation mondiale de la Santé, coopérations françaises, italiennes, USAID...) jouent un rôle prépondérant au niveau du paysage sanitaire (142). En effet, ils complètent le rôle du ministère de la santé en « offrant un support direct tant technique, administratif que financier aux instances locales dans le but d'améliorer la santé de la population libanaise et de renforcer le système de santé du pays » (142)(p.158). Partie prenante de l'offre de soins dans le système sanitaire, ces organismes dominent le secteur de soins ambulatoires avec 80% des 110 centres de soins de santé primaire et des 734 dispensaires du pays qui relèvent des ONG ainsi que 12% des consultations ambulatoires nationales ont eu lieu dans les établissements d'ONG (168). Ils travaillent en collaboration avec les ONG libanaises ainsi qu'avec d'autres agences des Nations Unies telles la FAO, l'UNESCO, le PNUD et la Banque Mondiale afin de développer des programmes nationaux de santé en fonction des thématiques et des besoins prioritaires (142). À titre d'exemple, durant la guerre syrienne, les institutions et agences internationales ont été d'un grand support au Liban dans la gestion du nombre important de réfugiés (152). De leur côté, les ONG libanaises ont connu une forte croissance mais peu documentée (149). Ces ONG sont généralement de petite taille et situées dans des zones rurales peu couvertes et des zones urbaines de pauvreté, principalement à Beyrouth et au Mont Liban (149).

Malgré le manque d'une vision nationale claire de la santé qui a été un défi majeur pour les donateurs internationaux, plusieurs organismes et ONG ont continué à supporter financièrement le ministère de la santé à travers les activités intensifiées des Nations-Unies et les transferts d'argent vers des politiques d'amélioration de l'infrastructure sanitaire, d'éducation, d'assistance technique et d'expertise dans le domaine de la santé, comme le montre le tableau 5 ci-dessous (152).

Tableau 5: Donateurs principaux dans le domaine de la santé pour les années,2006-2009.

Donateur	Domaine d'intervention	Montant (USD)
Coopération italienne	Programme d'éducation en sciences infirmières	3 Million
	Laboratoire en Santé Publique	1 Million
	Développement d'une unité de recherche en santé.	1.7 Million
	Support du réseau de soins primaires	3.5 Million
Gouvernement Espagnol	Support des établissements de santé (infrastructure, équipement, assistance technique)	3 Million
Gouvernement Suédois	Centre de contrôle de la qualité des médicaments	1.7 Million
Pays du golfe (Arabie Saoudite, Kuwait, UAE,)	Rénovation d'un centre hospitalier : Rafik Hariri University Hospital.	1.4 Million
France	Support de l'Université Saint-Joseph incluant berytech et technopole santé.	N/A
Gouvernement Australien	Aide au ministère pour le renforcement des réponses urgentes en santé	385 000
Gouvernement Qatar	Support du programme national scolaire en santé	1.4 Million
Gouvernement finlandais	Renforcement de la santé mentale au niveau national	115 000

Centres de santé primaires et dispensaires

Les centres de santé sont des structures de soins médicaux, publics ou non gouvernementaux répartis dans les différentes régions du pays offrant des services de base en lien avec la santé, ciblant premièrement les personnes les plus démunies en offrant des services à des prix moins chers que ceux des structures privées (5). Ces mêmes centres ont pris plusieurs appellations selon leurs types et leurs services offerts (143) :

- Dispensaires : ce sont les structures les plus anciennes et connues auprès de la population qui offrent une panoplie de soins en termes de prévention et promotion (vaccins, suivi régulier, éducation, etc) ciblée à la population la plus démunie.
- Centres médicosociaux : ce sont des centres plus récents dont la plupart appartiennent au ministère des affaires sociales, offrant à la fois des soins médicaux de base semblables aux dispensaires ainsi que des services sociaux pour les personnes en difficulté.

- Centre de soins de santé primaires : ce sont les structures les plus développées qui fournissent des services médicaux en plus d'activités sanitaires.

Théoriquement, c'est le ministère de la santé qui est chargé du financement, du maintien et du suivi de ces centres primaires (152). Cependant, le manque de budget national a forcé les organismes internationaux à la relève afin d'assurer le support requis (vaccins, médicaments de base, matériel d'éducation, etc) (152).

Organismes des tiers payants

Le gouvernement consacre un budget annuel dédié au financement de la santé qui est reparté entre les différents ministères et organismes publics afin de financer les prestataires de soins (166). Or, ce système de financement est déficient à cause de la fragmentation du système de santé en secteur public et secteur privé (5). Ces divers organismes publics ainsi que privés financent le système de santé sous la supervision de différentes autorités et bénéficient de leur propre structure administrative et mécanisme de financement (5).

Secteur public

Ministère de la santé publique

Tel que déjà mentionné, tous les citoyens qui ne profitent pas de la Caisse nationale de santé et sécurité (CNSS), d'une assurance privée ou d'autres organismes gouvernementaux sont sous la responsabilité du ministère de la santé (147). Le ministère couvre 85 % des hospitalisations dans les hôpitaux privés, 95% dans les hôpitaux publics et 100% pour la plupart des médicaments et vaccins (143). En tant que financier des hôpitaux privés et publics, le ministère exerce une autorité régulatrice sur le secteur hospitalier : Non seulement il fixe les budgets attribués aux hôpitaux mais il impose aussi la tarification des actes médicaux, des hospitalisations et intervient dans la tarification des médicaments et des matériaux médicaux (5). C'est en assumant ces fonctions que le ministère est devenu, en premier, un organisme tiers payant, minimisant son rôle de régulateur et responsable de la politique des soins (166). En tant que chef de fil, le ministère devrait concentrer ses efforts à l'élaboration d'une vision nationale qui comprend les priorités des citoyens par rapport aux soins de santé au Liban et régulariser le partenariat avec le secteur privé afin d'utiliser le capital médical à bon escient (147).

Caisse nationale de santé et sécurité (CNSS)

Établie en 1963, la CNSS est la plus grande entité de sécurité sociale publiquement gérée au Liban (179). La CNSS dépend du ministère du travail et comprend 3 branches : L'assurance maladie-maternité, les allocations familiales et les indemnités de fin de service (161). Le financement de cette caisse se fait à travers les contributions obligatoires des employés (2 % de leurs salaires) et employeurs (7% de leurs salaires) ainsi qu'à travers des subventions gouvernementales (25% des dépenses totales) (179). En outre, la CNSS dépend aussi du ministère du travail comme source de revenu, ce qui entrave son autonomie et rend sa structure administrative sensible aux pouvoirs politiques externes et internes qui risquent d'intervenir dans son processus de prise de décisions (179).

En 2017, le nombre de bénéficiaires de la CNSS représentait environ 35% de la population libanaise (180). La contribution financière ainsi que l'adhésion à la CNSS sont obligatoires pour tous les salariés du secteur formel, du secteur privé ainsi que des sociétés gouvernementales, en plus des contractuels et des salariés de l'administration publique non soumis à la protection du service militaire ou civil (179). La couverture de la CNSS s'étend aussi à des catégories spécifiques de travailleurs tels les chauffeurs de taxi, les médecins, les enseignants des écoles privées ainsi que les maires élus (179).

Malgré les situations financières précaires, la CNSS paie les indemnités pour les maladies et les maternités à raison de 90% pour l'hospitalisation et 80% pour les consultations médicales (175), les examens externes à l'hôpital et les médicaments à condition d'avoir eu un accord préliminaire de la part de l'administration de la caisse (5). Le patient pris en charge par la CNSS défraye le montant total de la facture au moment de la consommation du soin (181). Ce n'est que plus tard qu'il peut demander un remboursement de la CNSS qui peut aller jusqu'à des mois (181).

COOP

La coopérative des employés (COOP) est la troisième source la plus importante d'assurance de santé publique qui a été instituée en 1964 (5). Cette entité est sous l'autorité de la présidence du Conseil des ministres; elle assure tous les salariés du secteur public qui sont soumis aux lois de la fonction publique et est financée par une déduction de 1% automatiquement prélevée du salaire de chaque employé (168, 179).

L'hospitalisation est couverte à raison de 90% pour les bénéficiaires directs et de 75% pour les bénéficiaires indirects qui sont généralement la famille du bénéficiaire direct (5). De plus, les soins ambulatoires ainsi que la médication et les soins dentaires sont couverts à raison de 75 % pour les bénéficiaires directs et 50% pour les bénéficiaires indirects (5).

Mutuelles

Il y a un nombre croissant de mutuelles qui couvrent les dépenses de santé dans le contexte de syndicats, d'associations, de congrégations religieuses ou d'autres regroupements de plus de 50 personnes partageant des liens professionnels, religieux, communautaires ou autre (168). Ces mutuelles sont sous l'autorité du ministère de l'habitat et des coopératives et offrent des assurances de santé à tarifs plus avantageux pour les membres de la mutuelle qui représentent 5 % de la population libanaise (5). Les fonds proviennent principalement des cotisations des membres (147).

Corps militaires

Les corps militaires comprennent l'armée libanaise, les forces de sécurité intérieure, la sûreté générale, la sûreté de l'État et la police douanière (5). L'armée libanaise et la police douanière dépendent du ministère de la défense nationale alors que les trois forces de sécurité dépendent du ministère de l'Intérieur (5). En règle générale, la couverture est de 100% pour l'hospitalisation et les soins ambulatoires pour les bénéficiaires directs ainsi que pour le reste de leur famille (5). Ces corps militaires sont financés par le gouvernement libanais qui réserve une partie de son budget annuel au financement de la santé de ces corps militaires (5).

Secteur privé

Assurances privées

Les assurances privées dominent le paysage de santé libanais (5). En effet, Il existe plus de 60 compagnies d'assurances privées au Liban bien que 70% du marché soit couvert par 20 assurances (5). Ces assurances privées dépendent du ministère de l'économie et du commerce (5). Il s'agit d'une couverture de santé totale ou complémentaire aux autres types de couvertures sociales qui comporte, selon les contrats : l'hospitalisation, les soins ambulatoires et la médication (5). Selon différentes statistiques, 8,3% à 14,8% de la population serait couverte par une assurance privée (5).

Ménages

Les citoyens qui ne bénéficient d'aucune prise en charge représentent 12% de la population libanaise (147). Dans ce cas, les membres de la famille doivent déboursier la totalité des frais médicaux allant des soins ambulatoires, aux frais d'hospitalisation en passant par les examens et les médicaments (5). Les dépenses de santé reliées aux ménages représentent 69.7% des dépenses totales en santé (168).

En conclusion, suite à la guerre civile libanaise, les facteurs sociaux, économiques, technologiques et politiques ont engendré une transformation radicale dans le système de santé libanais qui occupe aujourd'hui une position particulière, comparé à d'autres systèmes de santé, associant liberté privée et interventionnisme public (5). Selon Asmar (2012), « le système de santé libanais peut être qualifié de système atypique car il partage des éléments d'autres systèmes de santé mais la combinaison de ces éléments définit sa particularité » (142)(p.35).

Chapitre 5 : L'hôpital Familial

Ce chapitre fait état de l'analyse de la prise de décision stratégique à l'Hôpital Familial. Dans un premier temps, nous présentons l'environnement de l'hôpital. Dans un deuxième temps, nous présentons l'hôpital lui-même pour ensuite faire état de deux développements récents qu'a entrepris cet hôpital à partir desquels la dynamique de prise de décision pourra être mise en évidence.

5.1 Présentation de la région du Mont-Liban²

Contexte géographique

La Mohafazat du Mont Liban s'étend du littoral aux premiers reliefs montagneux et intègre les principales villes côtières du pays (182). Elle regroupe six Cazas (équivalent d'un canton ou d'un district) et est composée de 478 villes et villages (5, 182). La Caza de Jbeil (CJ) est l'une d'elles (5). Elle s'étend du fleuve Nahr Ibrahim au sud, jusqu'au fleuve Madfoun au Nord et de la côte méditerranéenne à l'ouest jusqu'aux sommets de la chaîne occidentale des montagnes du Liban, à une altitude d'environ 2000 mètres, à l'est (166, 182). Sa superficie dépasse les 380 km carrés (166, 182). Elle est délimitée au nord par la Mohafazat du Liban Nord, à l'est par la Mohafazat de la Bekaa, au sud par la Caza de Kesrouan et à l'ouest par les côtes de la mer Méditerranée (166, 182). Le centre administratif de la CJ est la ville de Byblos (aussi nommée Jbeil) (166). Sur le plan historique, c'est l'une des plus importantes villes d'Orient (166, 183). Ses vestiges archéologiques datant de 4000 ans environ remontent à l'époque phénicienne (166, 183).

A une proximité du centre-ville de Jbeil, l'Hôpital Familial est situé sur le grand axe-routier qui relie Beyrouth à Tripoli (ville principale du Liban nord), rendant l'accès à l'hôpital très facile (166). La ville est aussi entourée d'une zone industrielle importante qui comporte des usines telles que INDEVCO, FAP, Liban-Câbles, etc (166). Cette zone industrielle compte un grand nombre de travailleurs et donc un potentiel de patients avec des accidents de travail (166).

² Compte tenu de la segmentation du système de santé libanais et l'absence d'un système national d'informatisation des données, les données récentes concernant le secteur de la santé sont difficiles à trouver. Les informations présentées dans cette thèse concernant les ressources sanitaires libanaises sont les plus récentes auxquelles a eu accès le chercheur.

Contexte démographique

Selon le ministère de la santé, la population du Mont Liban s'élevait à 1,550,745 en 2016, dont 92 016 résidents pour la Caza de Jbeil (162). La population active du Caza de Jbeil représente plus de la moitié de la population résidente (66%) avec 59,414 personnes âgées entre 15 et 65 ans (162). Le nombre de natalité en 2016 pour la Caza de Jbeil est de 1 446 (162) et le taux de décès est de 28.4% décès masculins et 28.1% décès féminins pour la région du Mont Liban, plaçant cette région en tête des mohafazats libanaises en termes de taux de décès (142).

Contexte socio-politique et économique

L'Hôpital Familial est inséré dans des environnements multiples qui, à des degrés divers, influencent la situation actuelle et les volontés stratégiques des dirigeants (166). En effet, l'influence de la répartition des budgets par le ministère de la santé aux hôpitaux peut être dépendante des influences politiques et confessionnelles (153). Quoique la population libanaise envisage de meilleurs jours dans un avenir proche, l'environnement politique particulièrement instable, la corruption et le favoritisme confessionnel restent de mise de nos jours (153).

Plus particulièrement, une étude nationale menée sur la pauvreté, la croissance et la distribution des revenus au Liban montre qu'une prévalence faible (4%) de l'extrême pauvreté caractérise les résidents de Mont Liban ainsi qu'une prévalence inférieure à 20% de la pauvreté globale (184). En termes de pourcentage des bénéficiaires de sécurité médicale, 53.8% des personnes assurés sont des résidents de la région du Mont-Liban (156).

Contexte technologique

Suite au développement non régulé et à la forte privatisation du marché, l'offre en matière de technologies avancées dans les hôpitaux libanais peut facilement égaler celle des pays à revenus élevés (5). La répartition de la technologie se concentre au Mont Liban avec une prédominance des unités d'échographie (29% de l'offre nationale) et de radiologie (34% de l'offre nationale) (142).

La région du Mont-Liban dispose aussi de technologie plus lourde, comme le montre le tableau 6 ci-dessous (164):

Tableau 6: Nombre d'unités technologiques disponibles, au Mont Liban, 2013.

Technologie	Unité
IRM	13
CT Scan	36
PET Scan	3
Mammographie	27
Endoscopie	65
Densitomètre osseuse	37
Dialyse	275
EEG	29

En plus de l'offre technologique que propose la région du Mont-Liban, les hôpitaux privés et publics de la région offrent des services spécialisés importants à la population, comme le montre le tableau 7 ci-dessous (164):

Tableau 7: Nombre de services spécialisés disponibles, au Mont-Liban, 2013.

Services Spécialisés	Unité
Cathétérisme	25
Chirurgie Cœur ouvert	9
Radiothérapie oncologique	3
Transplantation moelle osseuse	4
Transplantation rénale	2
Transplantation cardiaque	4
Lithotripsie	16
Centre de détoxication	2
Fécondation In-Vitro	7
Centre d'ophtalmologie	17
Médecine nucléaire	7

Contexte sanitaire

Dans le Mont Liban, l'offre de santé est diversifiée et prête à subvenir aux besoins médicaux, traitements, médicaments et diagnostics des personnes âgées, des enfants, des pauvres ainsi que des handicapés (166). Ces établissements de santé se répartissent comme le montre le tableau 8 ci-dessous (142):

Tableau 8: Nombre d'établissements de santé, au Mont Liban, 2012.

Établissements de santé	Nombre
Centres de santé primaires	4
ONG	2
Banques de sang	5
Centre de santé du Ministère des affaires sociales	1
Laboratoires privés	67
Centres de dialyse	23
Centres de physiothérapie	171
Centres de radiologie	78
Institutions d'hébergement	28
Institutions de jour	20
Dispensaires	13

En ce qui concerne les professionnels de santé, la majorité réside dans la région du mont Liban comme le montre le tableau 9 ci-dessous (142):

Tableau 9: Nombre de professionnels de la santé, au Mont Liban, 2012.

Professionnels de la santé	Nombre
Médecins	4 986 dont 17% femmes et 83% hommes.
Dentistes	2 409
Infirmières	1 789
Physiothérapeutes	731
Orthoprothésistes	7
Techniciens de laboratoire	15

Pour l'offre de santé en matière d'hôpitaux, ces derniers sont répartis en hôpitaux privés et hôpitaux publics : Nous comptons 5 hôpitaux publics et 49 hôpitaux privés pour la région du Mont-Liban, en 2013, pour un total de 54 hôpitaux (164).

Concernant la distribution géographique des lits dans les hôpitaux de court séjour, 35.15% des lits libanais se trouvaient dans le Mont-Liban, en 2013, dont 36.10% dans les hôpitaux privés (3626 lits) et 28.14% (381 lits) dans les hôpitaux publics (164). Selon Moawad (2015), le nombre moyen de recours aux soins hospitaliers au Mont Liban est de 0,12 par an (185). En d'autres termes, pour 1000 personnes, il y a 120 cas d'hospitalisation par an (185). Pour le nombre moyen d'hospitalisation sans nuitée par personne par an, ce chiffre s'élève à 0,05 pour le Mont-Liban soit 50 cas d'hospitalisation sans nuitée par an pour 1000 personnes (185).

Présentation des établissements de santé de la région

Comme l'hôpital libanais évolue dans un milieu de plus en plus concurrentiel, il devient indispensable à la survie des hôpitaux de connaître l'entourage et l'environnement externe ainsi qu'établir un réel système de veille concurrentielle, permanent et systématique. En particulier pour l'Hôpital Familial, les établissements environnants sont :

HDS (186):

Ce grand hôpital polyvalent de 235 lits, situé à 3 km de l'Hôpital Familial, appartient à la congrégation religieuse des moines maronites. Le lien qu'il entretient avec l'Université Libanaise et l'Université du Saint-Esprit à Kaslik le positionne comme étant un centre de formation. C'est un hôpital polyvalent qui possède également sa propre école d'infirmières. Cet établissement attire une clientèle du Nord. L'hôpital dispose de ressources financières privées et possède un potentiel de développement. Il dispose d'un équipement complet et moderne et d'une hôtellerie agréable, ce qui apparaît comme étant une plus-value pour les médecins comme pour les patients. En plus de tous les services de médecine interne et de chirurgie, cet établissement est reconnu pour son service cardiovasculaire, où la chirurgie cardiaque est très pratiquée ainsi que son service de néonatalogie, son centre de traitement chirurgical du Parkinson, et son centre d'oncologie avec radiothérapie.

HB (185):

L'hôpital est situé à 15 km de Jbeil à proximité de Batroun et ses environs. Il dépend à 94% de tiers-payants étatiques ce qui pourrait rendre le recrutement de médecins compétents, le maintien

d'équipements de pointe et l'entretien des bâtiments difficiles par manque de cash-flow, dû au retard de paiement des tiers-payants étatiques.

HGB (185):

L'hôpital est situé à 1,5km de l'autoroute reliant Jounieh à Jbail, à 8 km de l'Hôpital Familial. L'accès est cependant rendu un peu difficile à cause de l'étroitesse des routes qui y mènent. Construit en 1999, l'hôpital a ouvert seulement en 2009. Il est moderne, spacieux et bien équipé. Il dispose de 100 lits d'hospitalisation dont seulement 35 sont actuellement opérationnels. Ils sont répartis entre la médecine, la chirurgie, la maternité et la pédiatrie. Il possède une unité de soins intensifs de 4 lits, un service d'urgence de 6 lits et un bloc opératoire de 5 salles. Il comprend un service de laboratoire et d'imagerie médicale. L'hôpital, qui compte sur un financement du MSP, a des difficultés financières qui rendent difficile de rencontrer les engagements de salaires. La clientèle des hôpitaux publics espérée n'est pas au rendez-vous. La clientèle est surtout gériatrique.

HC (185):

L'hôpital est situé à Adma, à 11 km de Jbeil, appartenant à une congrégation religieuse. Bien que voulant être un hôpital général, cet établissement est connu pour être un centre de réhabilitation de 25 lits incluant essentiellement les services de physiothérapie, hydrothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie. Cet hôpital collabore avec de nombreux hôpitaux et facultés de santé notamment l'Université libanaise et l'Université Saint Joseph.

HNDL (185):

Cet hôpital général de 160 lits est bien connu dans la région de Jounieh. Il est situé à 15 km de Jbeil, au centre de la ville de Jounieh. En plus d'offrir des services de santé polyvalents allant de la prévention à la réhabilitation, c'est un grand centre de chirurgie cardiaque dans la région de Kesrouan. La palette de services offerts comprend la dialyse et le cathétérisme en plus des services de néonatalogie.

HSL (185):

Cet hôpital est une clinique privée de 57 lits, spécialisée en chirurgie électorive. Sa gestion est influencée par une congrégation religieuse.

HEE (185):

Cet hôpital est situé à 25 km de Jbeil et est spécialisé en pathologie ORL et ophtalmologique. De bonne renommée, cet hôpital spécialisé est bien équipé et les médecins sont compétents.

KMC (187):

Ce nouvel hôpital a ouvert ses portes en 2015. Il se situe à 15km de Jbeil et est conventionné avec l'Université Américaine de Beyrouth (AUBMC) qui assure l'équipe médicale. A date, il compte 65 lits répartis sur 4 étages où toutes les pathologies sont confondues. En plus des 4 chambres opératoires, l'établissement renferme un laboratoire de haute pointe.

Centres privés d'imagerie médicale et laboratoires (185):

A Jbeil, il existe 4 laboratoires privés et ainsi que 3 centres d'imagerie médicale qui représentent une concurrence importante pour la réalisation des examens externes. Cependant, il n'existe aucun règlement ni contrôle de la qualité des services offerts. Ces centres gagnent en popularité parce que les patients y attendent moins. De plus, les médecins y sont attirés à cause de la dichotomie financière qui pourrait aller de 20 à 50% et qui est pratiquée dans la plupart de ces centres.

Centres de santé et dispensaires (185):

A Jbeil, 5 centres de santé et 13 dispensaires offrent des services à prix réduits, allant des soins de la médecine générale et de pédiatrie aux soins dentaires. Ils distribuent des médicaments, effectuent des prélèvements sanguins et réalisent des électrocardiogrammes et des radiographies. Cependant, quoique leurs tarifs préférentiels attirent la clientèle, il s'avère que la population a moins confiance dans les règles d'hygiène et la qualification du personnel soignant de ces établissements.

5.2 Présentation de l'Hôpital Familial

Historique et création

Cet Hôpital Familial est un hôpital privé, fondé par une famille proéminente, fortement engagée socialement et politiquement dans la région de Jbeil (185). Il s'agit d'une société de type SAL (société anonyme libanaise) à but lucratif que la famille gère depuis plus de 30 ans (185). Il existe donc une continuité dans la gestion et une vision à long terme puisque le fils du fondateur est aujourd'hui directeur général de l'hôpital et est responsable de la survie de l'établissement (185). Cette famille s'est notamment donné pour mission de favoriser l'emploi et le commerce local même si ceci peut parfois imposer d'engager du personnel moins compétent, qu'il faut former après l'embauche (185). Sur le plan hospitalier, elle mise sur l'accueil familial et les bonnes relations avec tout l'entourage, externe ainsi qu'interne (185).

Mission « La qualité au service des patients »

La mission de l'hôpital est « d'assurer les meilleurs soins et services médicaux et chirurgicaux à tous ses patients, y compris les plus démunis » (188)(p.1). Selon le site web de l'hôpital, « le progrès technique et les connaissances médicales permettent de garantir un niveau de qualité de plus en plus élevé dans la prise en charge de chaque malade. Cette double exigence, sécurité et qualité des soins et de l'accueil, mobilise en permanence les équipes sur les protocoles de soins et l'évaluation des résultats » (188)(p.1). Une disponibilité relationnelle est de mise pour accueillir et suivre chaque malade tout au long de son séjour (188).

Vision

L'hôpital insiste sur l'accueil familial et essaie de maintenir de bonnes relations avec tous : médecins, patients et tiers-payants (185). Sa vision repose principalement sur l'éthique qui correspond à un héritage familial et qui consiste à soigner tous les patients (185). Dans le but de prodiguer les meilleurs soins possibles, l'administration s'est engagée dans une « démarche qualité » basée sur les normes de l'accréditation du ministère de la santé et sur celles du management de la qualité ISO 9001-2000 (188).

Valeurs

L'approche humanitaire du patient est la valeur la plus importante pour cet établissement familial (166). En effet, c'est en ces termes que le directeur général décrit les valeurs qui sous-tendent les activités de l'hôpital :

« Nous insistons sur l'écoute et le respect de chacun. Nous sommes très stricts quant à l'éthique et la déontologie au sein de l'hôpital. Un comité d'éthique et de mortalité-morbidité revoit régulièrement les dossiers litigieux afin d'améliorer la qualité des soins médicaux. Nous avons développé un esprit d'équipe et nous favorisons une approche multidisciplinaire auprès des patients ».

Structure de prise de décision

Cet hôpital est une entreprise familiale, une forme d'entreprise très répandue dans le secteur libanais (185). Le fils du fondateur est le directeur général de l'hôpital familial et médecin responsable de plus d'un quart de l'activité médicale de l'établissement (189). Sur le plan personnel, le directeur général a été nommé président de la municipalité de Jbeil, en 2006 pour un mandat de 6 ans, ce qui affirme sa notoriété dans la région et pourrait contribuer à renforcer sa clientèle hospitalière (166). Selon Kenyon (2004), les avantages de ce type d'entreprise, tels que la vision à long terme, un engagement personnel très fort, la passion dans la conduite de l'entreprise, des valeurs et une culture forte, peuvent se traduire en d'excellents résultats (190).

En tant que directeur général et propriétaire de l'hôpital, ce dernier révisé régulièrement le plan stratégique de l'hôpital afin d'en améliorer la performance et la rentabilité (166). C'est un document confidentiel auquel uniquement le comité d'administration a accès (166). Ce plan stratégique s'inscrit dans une démarche qualité et sécurité des soins (191). L'établissement tente de mettre en évidence le souci d'amélioration continue de la direction, la qualité de l'accueil familial et la qualité de l'équipement médical (191). En effet, l'esprit familial, la qualité de l'accueil et des soins infirmiers pourraient donner une image de marque à l'hôpital et qualifier d'excellente sa réputation médicale (191).

La structure rationnelle de l'hôpital est représentée par l'organigramme qui figure en annexe IV (188). De même, les différents comités sont présentés en annexe V, en se basant sur l'information affichée par l'hôpital sur leur site Web (188). Ces différents comités sont une obligation du ministère

de la santé et sont donc exigés par l'accréditation (166). Généralement, les divers membres de ces comités se réunissent au moins une fois par trimestre (166). Les comités sont sous la supervision du directeur de la qualité ou du directeur médical selon les comités (166). Des procès-verbaux sont rédigés après chaque réunion et sont revus par le directeur médical et la direction de qualité (188).

Accréditation

En terme d'accréditation, l'hôpital familial a été accrédité en catégorie I, sans aucune remarque ni recommandation de la part des auditeurs, à la troisième accréditation nationale qui a eu lieu en 2011 (185). L'hôpital a également obtenu la certification ISO 9001-2000 en septembre 2006 de Moody France (188). Plus de 400 processus, procédures et protocoles ont été créés et gérés grâce à un programme informatique qui met le tout à jour régulièrement (166).

Au plan opérationnel, la direction de type familial semble rassurer les médecins et fluidifier les contacts avec ces derniers (166). Une enquête de satisfaction réalisée en 2011 montre que 70% des médecins jugent les relations avec l'administration très satisfaisantes/satisfaisantes et qualifient la direction d'excellente/bonne (192). Cette même enquête montre que 85% des employés estiment avoir une bonne communication avec leurs supérieurs hiérarchiques et 95 % avec leurs collègues car l'ambiance qui domine est une ambiance familiale (192). En effet, Kenyon (2004) stipule que l'équipe de travail est très soudée dans le cadre d'entreprises familiales, ayant des objectifs communs et travaillant dans un climat de confiance générale (190).

Admissions hospitalières

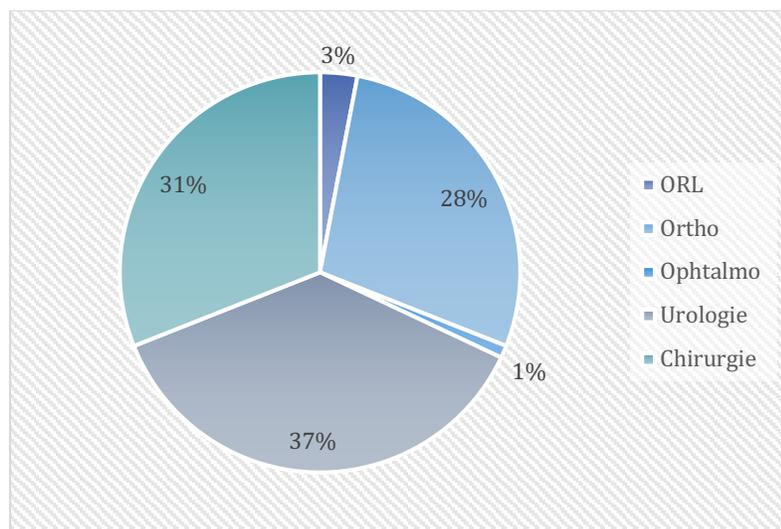
Selon le rapport d'activité 2016 développé par le département de qualité de l'hôpital, le nombre d'admission en 2016 était de 9286 patients soit environ 774 patients par mois (189). Les admissions sont en constante augmentation depuis 2004 (+30%) avec un taux d'occupation moyen de 77% en 2011, toutes spécialités confondues (189). En 2016, les admissions par services se répartissent comme le montre le tableau 10 ci-dessous (189):

Tableau 10: Répartition des admissions par service, 2016

	Chirurgie	Médecine	Pédiatrie	Maternité	USI	HDJ
Nombre d'admissions	1802	1537	1693	1130	1036	1659

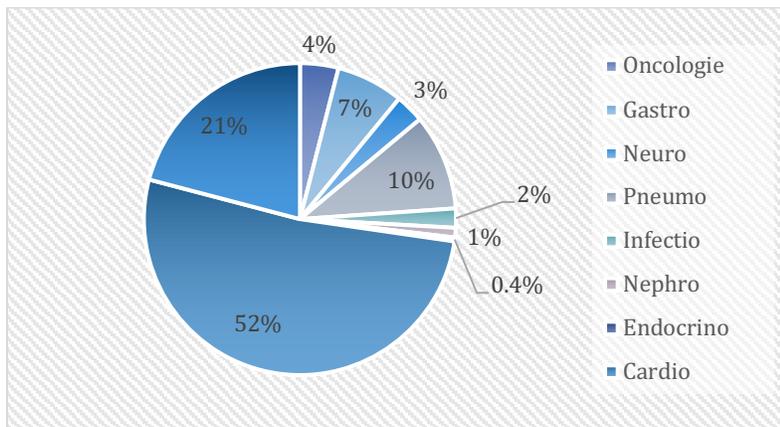
Comme le montre le tableau ci-dessus, l'activité de l'établissement tourne essentiellement autour des activités de chirurgie avec 1802 admissions en 2016 avec un taux d'occupation de 72 % (189). Plus spécifiquement, les admissions par spécialité en médecine interne et en chirurgie, pour l'année 2016, se répartissent ainsi (189) :

Figure 5: Répartition des admissions par spécialité chirurgicale, 2016.



La majorité des admissions en chirurgie se répartissent entre urologie (37%), chirurgie générale (31%) et orthopédie (28%), comme le montre la figure 5 ci-dessus.

Figure 6: Répartition des admissions par spécialité de médecine interne, 2016.



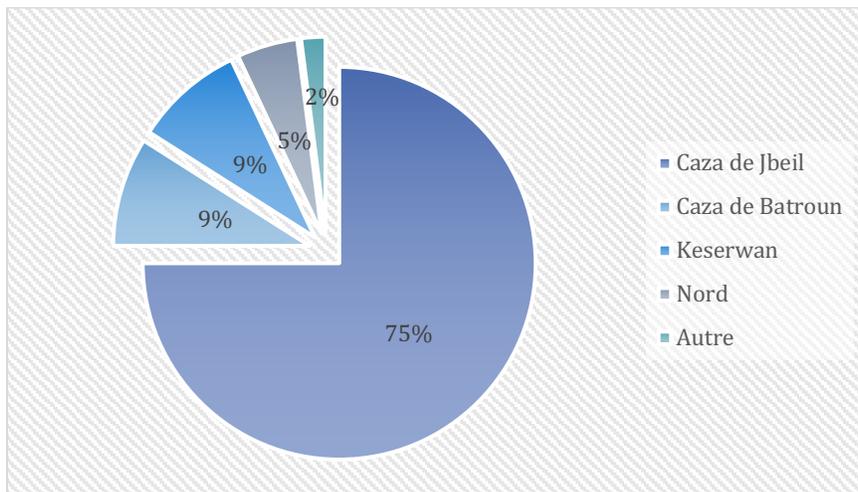
En ce qui concerne la médecine interne, la cardiologie est le service le plus actif avec 52% des admissions, suivie par la médecine générale (21%) et la pneumologie (10%), comme le montre la figure 6 ci-dessus.

Profil de la clientèle

La provenance principale des patients est la Caza de Jbeil (75% de la clientèle de l'hôpital) qui habitent la région entourant l'hôpital (185). Ainsi, 62% des personnes mettent moins de 15 minutes pour se rendre à l'hôpital (185).

Quoique l'hôpital bénéficie d'une clientèle essentiellement régionale, la réputation de certains médecins permet d'attirer une clientèle importante, venant parfois de régions éloignées, comme le montre la distribution géographique des clients qui est présentée dans la figure 7 ci-dessous (185) :

Figure 7: Provenance des patients, 2015



Selon cette même source, 93.8% des patients sont chrétiens (185). Leur niveau d'éducation se répartit ainsi : complémentaire (32.3%), primaire (21.5%), universitaire (20%), illettrés 7.7% (185). Leur statut professionnel est le suivant : sans profession (40%), employé (21.5%), profession libérale (12,3%), retraités (9.2%), étudiant (4.6%) (185).

En ce qui concerne l'âge de la clientèle, aucun recensement officiel n'a été fait au sein de l'hôpital (189). Cependant, la clientèle de l'hôpital devient de plus en plus âgée, ce qui soulève des questions pour l'avenir de l'établissement (189). Voilà pourquoi, le directeur général se devait de « rajeunir sa clientèle pour que la prise en charge soit rentable à l'établissement » selon les dires de la directrice de qualité.

Services hospitaliers

Cet établissement familial offre tous les services hospitaliers allant des services administratifs en relation avec l'admission des patients à l'hôpital et les relations avec l'extérieur, au service du personnel qui s'occupe du recrutement du personnel hospitalier ainsi que de leur formation continue en passant par les services médicaux qui comprennent toutes les spécialités médicales (toutes pathologies confondues) sauf la chirurgie cardiaque et la néonatalogie ainsi que le service technique qui comprend l'équipement performant et spécialisé dans les actes diagnostics ou thérapeutiques, comme le montre le tableau 11 ci-dessous (185) :

Tableau 11: Répartition des activités des services diagnostiques, 2015

Activité diagnostique	Nombre d'examens	Examen/mois	Interne	% interne
Imagerie médicale conventionnelle	23887	1991	10538	46.68%
Echographie	3618	302	1870	51.69%
Scanner	4053	338	2666	65.78%
Mammographie	557	47		

Selon l'enquête de satisfaction de 2011, 70% des médecins trouvent que leur travail est sécurisant et 70% trouvent le plateau technique de bonne qualité (192). Plus particulièrement, le laboratoire est jugé excellent par 50% des médecins et le service d'imagerie médicale excellent par 15% des médecins (192).

En outre, la mise à jour de l'équipement technique et l'informatisation récente du laboratoire ont permis d'augmenter considérablement l'activité diagnostique en externe comme le montre le tableau 12 ci-dessous (185):

Tableau 12: Evolution des activités diagnostiques en externe, 2015

Activité diagnostique	2013	2014	2015
Imagerie médicale conventionnelle	1156	11987	13349
Echographie	1443	1567	1748
Scanner	851	1093	1387

Ressources humaines

Corps médical

Près de 150 médecins sont attachés à l'hôpital (192). Leur recrutement par le comité de nomination se fait sur la base des compétences, des besoins de l'hôpital et de leurs disponibilités (185). Des privilèges cliniques sont attribués spécifiquement à chaque médecin et revus suite aux évaluations des performances effectuées tous les trois ans (185).

Chaque département médical est dirigé par un chef de service qui assure le bon fonctionnement du service et la qualité des soins médicaux fournis aux patients (185). En collaboration avec le comité de qualité, des audits internes sont réalisés fréquemment afin d'assurer la conformité des activités cliniques aux normes de l'accréditation et aux procédures et protocoles propres à l'hôpital (192). Chaque département est responsable de l'intégration des nouveaux médecins ainsi que la formation aux nouveaux équipements (192). Finalement, ce comité organise une garde de façon à couvrir 24h/24h les spécialités médicales de chaque département (192).

Corps non médical

Près de 200 employés travaillent à temps plein (185). Le corps infirmier compte au total 128 employés qui se répartissent comme suit: 56 infirmières diplômées dont 5 sages-femmes, 35 licenciées et 10 spécialisées (185).

Comme tous les établissements de santé du pays, l'hôpital fait face à un manque d'effectifs infirmiers, ce qui oblige le personnel à effectuer des heures supplémentaires (166). Le personnel infirmier a travaillé en 2011 près de 425 heures supplémentaires, réparties entre les différents services (185). Le personnel non infirmier compte au total 75 employés dont 19 professionnels répartis entre autre entre pharmaciens, techniciens de laboratoire, physiothérapeutes, nutritionniste, imagerie médicale, etc (185).

Corps administratif

Le personnel administratif compte 20 employés répartis entre admission, réception, facturation et autres (185). Quant au personnel de l'hôtellerie, 16 employés sont repartis entre la cuisine, la buanderie et la maintenance (166). D'un autre côté, l'hôpital détient un contrat avec trois compagnies de sous-traitance : nettoyage, autoclavage des déchets et sécurité (185).

Ressources physiques

Plusieurs travaux de restructuration ont été mis en place dans le but de moderniser l'établissement et de construire de nouveaux étages permettant de répondre aux besoins grandissants de la population (188). En 2016, l'hôpital est composé de 6 étages avec une aile sud et une aile ouest (188). Cet édifice compte 95 lits d'hospitalisation dont 9 lits de gynécologie-obstétrique, 14 lits de pédiatrie (dont 3 couveuses), 12 lits de réanimation adulte et 10 lits d'hospitalisation de jour, en plus des lits de médecine et chirurgie (185).

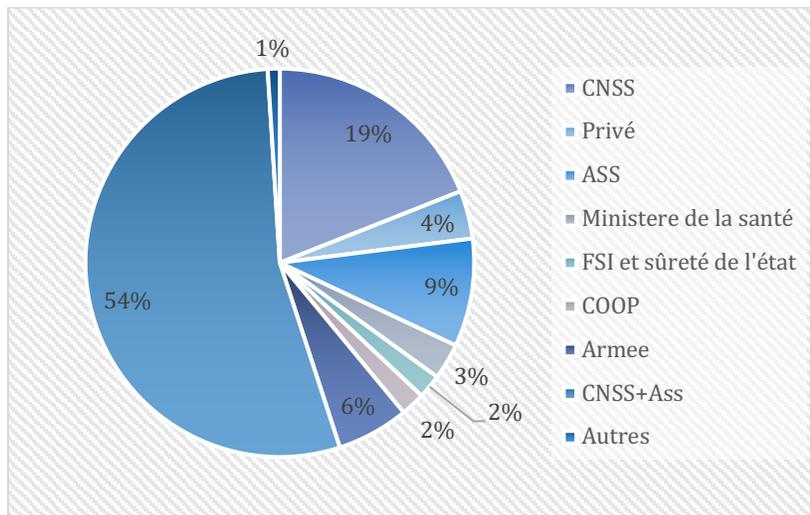
Données financières

L'environnement économique et politique n'est pas très favorable à la rentabilité de l'hôpital qui s'est quand même amélioré durant les dernières années (166). Les opportunités sont assez rares et les menaces dues à la situation économique et à l'intensité concurrentielle sont importantes (166).

Le directeur général stipule que le « statut économique des patients joue un rôle important dans l'analyse du volume d'activités de l'hôpital ». En effet, les modalités de paiement des assurances couvrant le patient affectent le profil de la clientèle qui fréquente l'établissement de santé : Les patients couverts par la sécurité sociale doivent payer les frais de consommation à l'établissement et se faire rembourser dans un temps ultérieur à la visite alors que les patients couverts par des assurances privées ne paient aucun frais lors de l'utilisation des services de soins (166).

A l'Hôpital Familial, la majorité des admissions sont sous la responsabilité financière de tiers-payants qui sont essentiellement d'origine publique, comme le montre la figure 8 ci-dessous (189).

Figure 8: Répartition des admissions par tiers-payants, 2016



La clientèle actuelle est constituée d'une population très hétérogène qui se compose essentiellement de trois catégories de patients selon leur couverture (189):

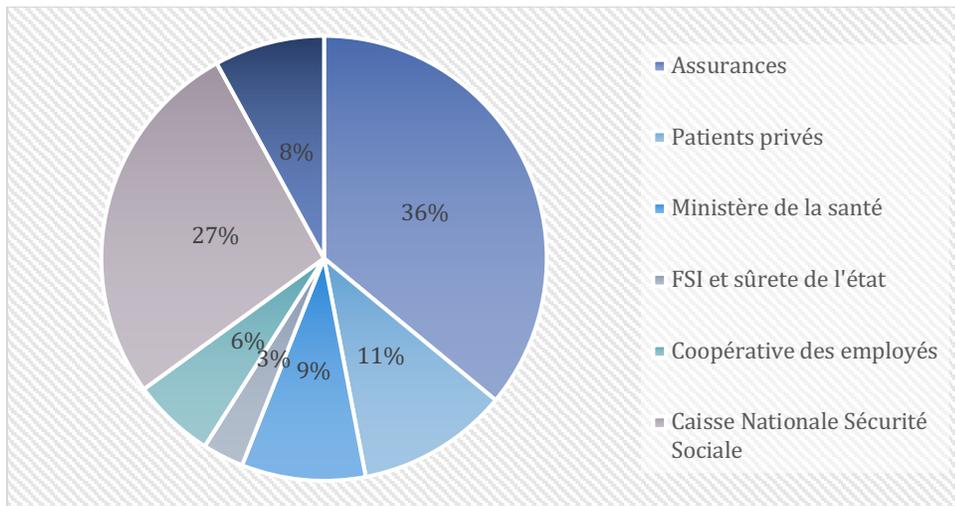
Tiers-payant publics qui représentent environ 80% des admissions en 2016. A titre d'exemple, la CNSS est responsable de 19% des admissions exclusivement et 54% des admissions est complémenté par des assurances privées afin de couvrir le montant du ticket modérateur qui n'est pas couvert par les tiers payants publics. Plusieurs escomptes, qui varient de 1 à 16% selon les tiers-payants, sont appliquées sur les factures des patients. Les agences de financement fixent chacune leurs tarifs et leurs conditions de remboursement qui sont difficilement négociables. De manière générale, elles essaient de s'aligner sur les prix du ministère de la santé publique qui sont assez bas.

Tiers-payants privés qui sont divisés en deux sous-catégories :

Assurances privées : Uniquement 9 % des patients sont pris en charge exclusivement par les assurances privées. Bien que le délai de paiement soit parfois aléatoire, les patients couverts par des assurances privées sont généralement plus rentables pour l'hôpital. Plus spécifiquement, les patients assurés en première classe bénéficient de tarifs de remboursements plus élevés.

Comptant : Les patients n'ayant aucune couverture sociale (4 %) paient comptant. Ceci n'est pas nécessairement un avantage car plusieurs patients ne règlent pas la totalité de la facture à la sortie de l'hôpital ni dans les délais suggérés par le service de facturation.

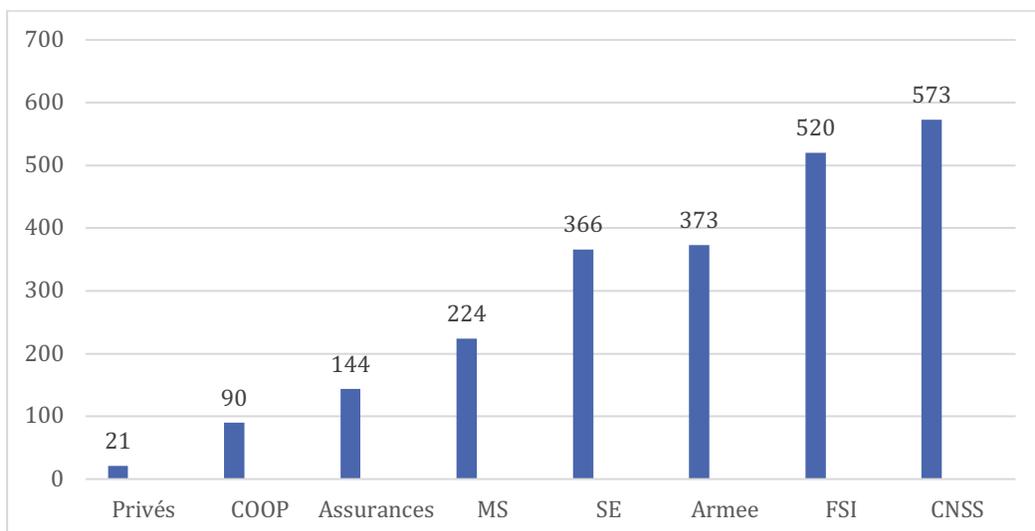
Figure 9: Répartition du chiffre d'affaire par tiers-payants, 2016



Les tiers payants publics couvrent 56 % du chiffre d'affaire alors qu'ils sont responsables de plus de 80% des admissions en 2016 (189).

Cette différence est expliquée essentiellement par le long délai de recouvrement des créances publiques (185). Ce délai est en moyenne de 358 jours, comme le montre la figure 10 ci-dessous (185).

Figure 10 : Délai de recouvrement des tiers-payants, 2015



De plus, les différences de tarifs entre les différents tiers-payants publics d'une part et les couvertures privées d'autre part marquent encore plus cette différence (185). Voilà pourquoi, selon le directeur général, il est important d'attirer et de fidéliser la clientèle privée car « ce sont les patients qui ont une assurance privée ou qui paient cash qui vont amener le « cash-flow » qui couvrira le retard de paiement des assurances publiques ».

En termes de classes d'admission, le tableau 13 ci-dessous montre que la majorité des patients sont admis en deuxième classe (52.5%) alors qu'uniquement 7.2% des patients sont admis en 1ere classe (189).

Tableau 13: Répartition des admissions par classe, 2016

Luxe et 1ere classe	7.2 %
2ème classe	52.5 %
3ème classe	40.2 %

En outre, en entrevue, un médecin pratiquant dans un hôpital privé explique que les classes d'admission représentent l'hôtellerie pour laquelle le patient est facturé lors de son séjour hospitalier. Ces classes varient entre chambre privée (dite chambre de 1ere classe) qui entraîne la facturation d'un supplément par jour et la majoration des honoraires médicaux. Les chambres de deuxième et troisième classe ne sont plus privées puisque deux ou trois patients, avec leurs familles, sont admis dans la même chambre hospitalière. Pour ces deux dernières classes, les factures d'hospitalisation sont moins élevées.

5.3 Genèse de deux innovations stratégiques

Dans ce contexte de santé compétitif, l'Hôpital Familial de la Caza de Jbeil, s'engage régulièrement dans des réflexions de positionnement stratégique qui assurent, en premier, sa survie, ensuite son évolution et son engagement dans la communauté, en tant qu'hôpital familial.

Par conséquent, vu la taille de l'hôpital et la concurrence croissante qui l'entoure, la stratégie adoptée par l'hôpital était de renforcer les activités qui peuvent créer une niche afin de garder une place sur le marché actuel et futur et de supprimer d'autres activités qui causaient une perte financière à l'hôpital (166).

Récemment, deux projets émanent en tant qu'innovations stratégiques pour l'hôpital ainsi que pour son entourage : L'ouverture d'un hôpital de jour et l'inauguration d'un service de médecine de travail. En effet, ces deux projets sont des innovations stratégiques car cet établissement de santé a été le premier à ouvrir un hôpital de jour dans la région du Mont-Liban. Le seul hôpital avoisinant qui est en cours de construction de locaux pour des hospitalisations sans nuitée, est un établissement de santé universitaire qui vient tout juste d'ouvrir ses portes à la population.

Il en est de même pour le secteur d'activités de médecine de travail qui s'avère être une innovation pour tout le secteur de santé libanais, non seulement pour l'hôpital familial et son entourage.

Un cas de stratégie « Top-Down » : l'ouverture d'un hôpital de jour (HDJ)

Cette section décrit, de façon détaillée et chronologique, le processus décisionnel qui a mené à l'ouverture de l'hôpital de jour suivie d'une description générale des activités de l'HDJ depuis son ouverture.

Un mémoire de maîtrise comme point de départ

La proposition d'ouverture d'un hôpital de jour a été émise pour la première fois, en 2007, lorsque la conjointe du directeur général actuel, pneumologue pratiquant à l'hôpital, a recommandé ce projet dans son mémoire de fin d'étude du MBA. En effet, en plus de pratiquer en tant que pneumologue, cette dernière a complété son MBA dans l'une des universités prestigieuses de la capitale libanaise, en 2007. Aujourd'hui, elle détient le poste de directrice médicale de l'établissement de santé familial.

Son mémoire de maîtrise porte sur la réorientation stratégique de l'hôpital familial dans lequel elle travaille. A travers ce choix de sujet, elle cherche à répondre à la question de recherche suivante :

« Comment un établissement de santé peut survivre dans un environnement hostile ? ». Elle choisit donc comme terrain d'étude, l'hôpital où elle travaille car l'accès aux informations et aux données à collecter lui est plus facile. De plus, les résultats de ce mémoire permettront à cet établissement familial de mieux se positionner stratégiquement dans son entourage.

Lors de sa collecte de données, plusieurs enquêtes de satisfaction auprès des patients et des médecins et aux patients ont été menées pour connaître leur perception vis à vis de l'hôpital de jour. Les résultats montrent que 71% des personnes interrogées se déclarent favorables à l'hospitalisation sans nuitée (166). Cette même enquête a démontré, qu'un grand nombre de chirurgies pouvait se faire en ambulatoire, car la technologie disponible à l'hôpital permettait de répondre à cette demande (166). En outre, l'analyse PORTER menée dans le cadre de la maîtrise a pu mettre en évidence l'utilité d'avoir un hôpital de jour au sein de l'établissement familial.

Par conséquent, plusieurs recommandations ont été émises à la fin de ce mémoire parmi lesquelles figurent la modification du portefeuille d'activités, l'amélioration des services d'hôtellerie, la révision du processus d'admission du patient ainsi que l'ouverture d'un hôpital de jour. Dans une perspective de recherche de rentabilité et d'un meilleur positionnement stratégique, le directeur général et sa femme pneumologue ont priorisé la recommandation d'ouverture d'un hôpital de jour qui est en accord avec la tendance mondiale qui va vers une augmentation de l'hospitalisation de jour et un développement des services ambulatoires. De plus, pour le directeur général, cette recommandation constitue « une innovation dans la région de l'hôpital ».

Ainsi donc, en 2007, la présence de plusieurs facteurs environnementaux tels l'évolution du savoir et la disponibilité technologique ont mené à un enclenchement du processus décisionnel d'ouverture d'un hôpital de jour qui durera 8 ans. En effet, plusieurs modifications structurelles ont ralenti le processus de prise de décision qui ne s'est concrétisé que plusieurs années plus tard.

Une orientation stratégique qui se confirme

Quelques années plus tard, en 2010, le directeur général a complété, à son tour, un mémoire de MBA dans cette même université prestigieuse de Beirut dans lequel il présente un plan d'action détaillé et une étude précise de l'impact financier des recommandations suggérées par sa femme, quelques années plus tôt. Ses résultats mettent en évidence l'importance du développement des services ambulatoires à travers l'ouverture d'un hôpital de jour dans son établissement de santé.

En effet, ce choix stratégique émane de plusieurs constatations faites, entre autres, à partir des statistiques internes de l'hôpital qui ont montré que plusieurs spécialités étaient peu développées tels l'ORL (3% de l'activité générale), l'ophtalmologie (2%) et la chirurgie plastique (<1%). De plus, une étude de la concurrence a mis en évidence le fait que les hôpitaux avoisinants n'avaient pas développé leurs services d'ophtalmo, d'ORL et de chirurgie plastique. Il en est de même pour leurs services ambulatoires. C'est ainsi que le directeur général a renforcé la recommandation stratégique de création d'une unité de jour dans son établissement de santé, précédemment émise par son épouse, qui allait de pair avec l'évolution de la demande médicale sans nuitée et positionnait positivement l'établissement par rapport à son entourage, à travers le développement de services d'activités uniques dans la région du Mont-Liban.

Pour ce dernier, le système de santé actuel semblait être assez mature pour bien intégrer cette forme d'hospitalisation, qu'il jugeait « très bénéfique pour la population et rentable financièrement puisque les couvertures financières spécifiques étaient prévues par les tiers-payants ». Selon le directeur général, ce projet, qui prend en considération l'ensemble de la population desservie dans la région de Jbeil « est inévitable pour les établissements de santé qui veulent évoluer ».

De plus, la directrice administrative, sœur du directeur général, recevait depuis un certain moment, diverses plaintes de la part du bureau d'admission et du personnel infirmier concernant la mauvaise gestion des lits, l'insatisfaction grandissante des patients et les longues heures d'attente au service d'admission. Face à ces constantes plaintes et en se basant sur les dernières tendances mondiales ainsi que les nouvelles techniques d'anesthésie qui ne requéraient plus de nuitées à l'hôpital, la directrice administrative jugeait que « l'ouverture d'un HDJ serait une excellente opportunité de développement pour l'hôpital, en plus d'être très rentable financièrement ».

Cette constatation a renforcé la conviction du noyau stratégique composé du directeur général, de la directrice médicale (femme du DG) et de la directrice administrative (sœur du DG) de l'importance d'ouvrir un hôpital de jour.

Un début de réaménagement qui pave le chemin

Ainsi donc, l'orientation stratégique d'ouverture d'un hôpital de jour identifiée en 2007 par la directrice médicale et confirmée ultérieurement par les travaux du directeur général et les propos de la directrice administrative a enclenché un processus de restructuration de l'établissement de santé afin de poser les bases requises à un éventuel hôpital de jour.

Ce début de restructuration hospitalier n'a pas rencontré beaucoup de difficultés à démarrer car selon la directrice administrative « le processus de prise de décision n'est pas compliqué lorsque le noyau stratégique (directeur général, directrice administrative, directrice médicale) est convaincu d'une même orientation stratégique »

En effet, des travaux de réaménagement ont été enclenchés dans la plupart des étages de l'hôpital vu le manque de locaux et d'infrastructure. Ces travaux comprenaient le réaménagement de la polyclinique au rez-de-chaussée avec une salle de soins ambulatoires, la mise en place d'un nouveau système informatique de gestion (186) non seulement pour améliorer la gestion mais également pour faciliter la communication entre tous les départements, l'agrandissement du service des urgences, la création d'une salle d'endoscopies, le réaménagement des services administratifs, la modernisation du laboratoire ainsi que l'achat de nouvelles technologies de pointe (186).

Des intérêts qui se rencontrent

L'évolution du processus décisionnel a pris un tournant plus actif lorsqu'en 2014, la directrice de qualité actuelle a été embauchée pour ses capacités de gestion managériale et son expérience dans le domaine hospitalier. Durant sa période de rotation dans l'hôpital, elle a relevé plusieurs dysfonctionnements dans la gestion des lits hospitaliers et la prise en charge des patients de chirurgie. Ceci l'a mené à constater que « la demande dépassait largement l'offre », ce qui rendait les patients insatisfaits et poussait le personnel au burnout. Pour elle,

« tout le circuit de chirurgie était à revoir : il y avait pleins de patients qui attendaient toute une journée pour être hospitalisés. Ils sont envoyés depuis 7h00 du matin par leurs médecins au bureau d'admission pour trouver un lit ».

Dans le but de documenter ce problème grandissant et handicapant pour l'hôpital, la directrice de qualité a procédé à un audit de satisfaction au bureau d'admission. De même, elle a rencontré tous les acteurs impliqués dans le processus d'admission du patient à l'hôpital pour se sensibiliser aux problèmes vécus. Les audits de temps d'attente à l'accueil ainsi que les entrevues orales du personnel ont fait ressortir toutes les frustrations et insatisfactions du personnel soignant. Armée de ces résultats, elle rédige un rapport synthétique qui décrit l'image actuelle de l'hôpital. Parmi ses points d'amélioration, elle a fortement recommandé la revue de tout le processus d'admission en chirurgie avec l'ouverture d'un hôpital de jour qui répondrait aux besoins relevés.

Cette recommandation confirme la tendance générale du noyau stratégique qui va vers l'ouverture d'un hôpital de jour.

L'ingrédient principal : Un leadership partagé ad-hoc

A cette étape du processus évolutif, le projet d'ouverture d'un hôpital de jour s'est avéré être un projet collectif de grande envergure, qui a nécessité un leadership partagé à certains moments du processus décisionnel. Ce leadership a été assumé par divers acteurs selon les périodes clés du processus. En effet, la directrice administrative a assumé ce rôle de leader affirmé depuis 2010 lorsqu'elle a fortement soutenu le projet dans toutes ses phases administratives et a contribué au réaménagement de l'infrastructure pour accommoder les besoins d'un hôpital de jour. Ensuite, la directrice de qualité s'est présentée en tant que promotrice du projet et donc un leader affirmé qui a fait avancer ce dossier pour le remettre à l'agenda du jour des décideurs, à travers son implication dans le processus décisionnel ainsi que son opérationnalisation du projet. En effet, cette dernière a ravivé, en 2014, le dossier d'ouverture de l'HDJ qui se préparait calmement depuis 2010, sous le leadership de la directrice administrative et qui a été émis pour la première fois en 2007, par la directrice médicale et confirmé ultérieurement par les travaux du directeur général.

Ceci nous mène à affirmer qu'un leadership partagé ad hoc s'est formé et s'est développé en marge des structures officielles de prise de décision de l'établissement familial. Ce noyau stratégique ad hoc s'est constitué en fonction de l'évolution du processus décisionnel et est dépendant de la nature du projet.

Une part de rationalité qui s'ajoute

L'étape suivante du processus décisionnel a été de présenter au directeur général le plan d'amélioration et lui exposer tous les freins qui pourraient empêcher la fluidité du processus d'admission du patient de chirurgie à l'hôpital, quel que soit sa porte d'entrée. La directrice de qualité propose clairement au directeur général d'ouvrir un hôpital de jour pour répondre aux besoins de la clientèle de chirurgie car, selon elle, « au niveau de la logistique et de la rentabilité, c'était gagnant ! ». Le plan d'amélioration qu'elle a proposé au directeur général va exactement dans cette direction.

A travers ces démarches opérationnelles et ces analyses de données, la directrice de qualité ajoute une part de rationalité au processus décisionnel.

Une fenêtre d'opportunité qui s'ouvre

Après l'accord du directeur général, la directrice de qualité a organisé une seconde rencontre pour présenter ses recommandations et son plan d'action au noyau stratégique qui percevait le développement de ce département comme étant une opportunité pouvant générer des rentrées financières. En effet, au moment de la présentation, l'hospitalisation de jour était majoritairement couverte par les assurances privées ou payés en espèce par les patients car les cas hospitalisés en hôpital de jour ne sont généralement pas lourds ni complexes, ce qui rend le remboursement des tiers payants plus rapide. Au cours de l'entrevue, la directrice administrative explique que le phénomène d'ouverture des hôpitaux de jour a été déclenché au Liban en réaction aux assurances qui commençaient à accorder des couvertures d'hospitalisation pour une journée ou un court laps de temps. Ainsi donc, dans un but de rentabilité, les hôpitaux se sont adaptés à cette demande en administrant des soins pour la période accordée par les tiers payants. Ce timing fut crucial pour le développement d'un hôpital de jour car, dans un contexte où les tiers payants publics sont mauvais payeurs au Liban (A titre d'exemple, la MFE peut rembourser les médecins dans 6 mois à 1 an alors que le MSSS peut aller à 2-3 ans pour rembourser des dossiers médicaux), l'Hôpital Familial a constamment besoin de « cash-flow ».

A l'externe, le momentum créé par les couvertures financières est une fenêtre d'opportunité qui permet de lancer activement le projet d'ouverture de l'hôpital de jour. A l'interne, la réalisation du projet est supportée par l'enclenchement du processus de réaménagement des locaux qui a levé le frein de l'infrastructure.

La constellation de leadership s'agrandit

Ce projet d'ouverture d'un hôpital de jour s'est avéré être une adaptation à des impératifs d'ordre clinique et de soins, qui a nécessité l'implication de tout le palier stratégique de l'hôpital. Cependant, les diverses entrevues ont montré que la cooptation d'un leader tel le chef du bloc opératoire a permis au directeur général d'aller de l'avant avec le projet. Effectivement, la participation de cet acteur a été impérative au succès du projet, en particulier à la motivation des chirurgiens et anesthésistes. En effet, le directeur général a décidé d'impliquer le chef du bloc opératoire dans le processus décisionnel afin d'avoir le support du corps chirurgical.

Ces deux acteurs « complices » travaillent ensemble depuis toujours ensemble car le chef du bloc opératoire s'avère être un ami rapproché du père du directeur général qu'il a étroitement aidé lors

de la fondation de l'hôpital. De par sa séniorité, son expertise et son autorité, le chef du bloc opératoire a beaucoup d'influence sur les médecins (chirurgiens et anesthésistes), ce qui permettrait d'implanter le projet avec le moins de résistance possible. Il représente un pilier fondamental de l'hôpital quoiqu'il ne fasse partie d'aucun comité décisionnel ou exécutif.

C'est donc lors d'une invitation à partager un repas que le directeur général discute du projet d'ouverture de l'hôpital de jour avec le chef du bloc opératoire. Ce dernier pense qu'il y a un grand intérêt social et économique à ouvrir ce département, compte tenu des nouvelles techniques opératoires et anesthésiques moins invasives qui accommoderaient les besoins de l'hôpital de jour, ce qui « rendrait le temps de convalescence des patients plus court et plus rapide et le roulement des patients plus grand », selon le chef du bloc opératoire.

A travers ce repas, le chef du bloc opératoire s'est rattaché au noyau de décision déjà en place. En effet, en termes de constellation de leadership, le noyau décisionnel s'est élargi pour inclure le chef du bloc opératoire qui semble incontournable à la prise de décision stratégique. C'est donc en ayant une forte base que cet acteur opérationnel a pu participer au leadership collectif.

Le processus décisionnel qui se formalise

Une étape de formalisation, à travers le comité exécutif, a été un passage obligatoire du processus décisionnel. En effet, le comité exécutif s'est réuni avec la directrice de qualité pour une présentation du projet car cette dernière ne fait partie d'aucun comité formel de prise de décision. Cependant, le noyau stratégique a sollicité sa présence à chaque étape du processus décisionnel car son implication a été déterminante pour l'implantation du projet.

Suite à cette rencontre, elle a modulé son plan d'action en fonction des recommandations proposées par les divers membres du comité exécutif ainsi que des besoins et du contexte libanais car la version initiale a été conçue selon les normes européennes, compte tenu de son expérience précédente dans les pays européens.

Selon la directrice de qualité, le directeur général a dû intervenir à plusieurs reprises auprès du comité exécutif pour faire avancer le projet car elle ressentait quelques incertitudes et craintes parmi les membres. Pour elle, « lorsque le directeur général est convaincu d'un projet, il roule rapidement et tout le monde finit par être convaincu ».

La cooptation d'un leader qui intègre le leadership collectif

De façon progressive, le directeur général a impliqué plusieurs acteurs à des étapes différentes du processus décisionnel afin d'aboutir à une décision stratégique éclairée et acceptée par tous. Ainsi donc, le directeur financier, à son tour, a été impliqué dans le processus décisionnel afin d'effectuer une étude financière du projet et d'apporter des informations cruciales à la prise de décision. Ce dernier relate que le noyau stratégique était déjà convaincu du projet d'ouverture de l'hôpital de jour lorsqu'il a été abordé par le directeur général. Il semble donc évident que la production de données financières, qui rendraient le projet plus concret et « estimable », était nécessaire pour faire avancer le processus décisionnel. Les informations à fournir consistaient essentiellement en des estimations de dépenses et de charges qui seraient encourues par l'administration, y compris le roulement du personnel, si un hôpital de jour était fonctionnel. Pour le directeur financier, le taux d'occupation élevé ainsi que le refus fréquent de cas hospitaliers à cause du manque de place sont des raisons suffisantes pour aller de l'avant avec le projet. C'est lors d'une rencontre du comité exécutif que le directeur financier a présenté ses rapports, statistiques et simulations de cas potentiels qui étaient très favorables à l'ouverture de l'hôpital de jour.

La décision stratégique se prend officiellement

Suite à la formalisation du processus décisionnel à travers toutes les présentations officielles et l'implication des acteurs stratégiques concernés par ce projet, le directeur général a officiellement pris la décision d'ouvrir un hôpital de jour au sein de leur établissement, en Septembre 2014.

Information et communication

Cette décision officielle a été communiquée au comité médical qui se réunit une fois aux trois mois. Lors de ce comité médical, tous les chefs de services des départements se réunissent pour apporter de nouvelles idées ainsi que leur input et rétroactions concernant différentes techniques ou procédures utilisées. C'est donc lors d'une réunion de ce comité médical que le directeur général a formalisé le projet d'ouverture de l'hôpital de jour et a consulté tous les acteurs présents. Chacun d'entre eux a commenté et a apporté des suggestions sur la façon de contribuer positivement au succès de ce projet. Plusieurs délibérations et échanges ont eu lieu sur les bénéfices et inconvénients d'un tel projet. Ce qui est ressorti de toutes ces discussions, c'est que la majorité des chirurgiens impliqués étaient d'accord avec les retombées de l'hôpital de jour car « en fin de journée, c'est le directeur général qui paie nos salaires », selon le chef du bloc opératoire.

Collaboration et résistance

Selon la directrice de qualité, une implantation par spécialité était prévue par le directeur général. Voilà pourquoi, les chirurgiens ont réagi à l'ouverture de l'hôpital, selon leur spécialité. Les orthopédistes ont soulevé plusieurs craintes concernant le changement de mentalité nécessaire à ce type d'hospitalisation tant pour les patients que pour les chirurgiens. Ces derniers s'inquiétaient pour la sécurité des patients qui ont subi une anesthésie : « Mieux vaut assurer une surveillance de minimum 24h car la santé n'a pas de prix », vu que le temps d'hospitalisation maximal à l'hôpital de jour serait de 12h. Par contre, les urologues ont rapidement adopté les nouvelles façons de faire et ont perçu la valeur ajoutée d'ouvrir un hôpital de jour. Pour l'ORL et l'ophtalmologie, quelques efforts sont encore à faire pour « dynamiser et booster les cas de petites chirurgies d'ORL et d'ophtalmologie ». Il en est de même pour les anesthésistes qui, selon la directrice de qualité,

« avaient de la difficulté au début à adopter le projet. Mais maintenant, ils sont tous à bord et ont élaboré de nouvelles procédures pour s'adapter à l'hospitalisation sans nuitée. Tout le monde est content et fait bien son travail maintenant ».

Dans le but d'engager des collaborations et de prévenir les résistances qui pourraient se former parmi les chirurgiens, la directrice médicale a rencontré individuellement chacun des chirurgiens et anesthésistes de l'hôpital, en mettant l'accent sur les nouvelles procédures chirurgicales et les nouvelles méthodes d'anesthésie qui sont très efficaces et ne requièrent pas 24 heures de temps de réveil. Selon la directrice de qualité, « la directrice médicale joue un rôle important dans la dynamisation des médecins. Elle veille constamment à la collaboration et l'implication des médecins dans les projets de l'hôpital ».

Une orientation externe et une convergence d'intérêts

Compte tenu de la particularité du contexte de santé libanais, toutes les décisions stratégiques doivent prendre en considération les tiers payants publics et privés.

En ce qui concerne l'hôpital de jour, aucune initiative pour impliquer les différents tiers payants dans le processus décisionnel n'a été faite. Selon les personnes rencontrées, il n'y avait aucun besoin d'avoir des accords préliminaires des tiers payants pour la couverture des hospitalisations sans nuitées, car il était évident que l'ouverture de ce département allègerait la facture de tous les tiers payants impliqués. Cette orientation des parties prenantes externes a donc supporté le timing de la décision stratégique qui était désormais plus facile à prendre vu que le noyau stratégique savait que

la couverture financière suivrait cette décision, une fois émise. Les dires des différents acteurs interviewés laissent penser que ces orientations externes ont influencé positivement l'ouverture de l'HDJ vu qu'à cette période de temps déterminée, les intérêts des différents acteurs concernés (tiers payants et structure administrative hospitalière) s'alignaient.

Lancement de l'HDJ

En 2015, la direction de l'hôpital a diffusé un avis de communication informant tout le personnel qu'un hôpital de jour serait ouvert au sein de leur établissement. Suite à l'émission officielle de cette décision par le directeur général de l'Hôpital Familial, l'étape suivante a été l'implantation du projet, qui constitue une part importante du processus décisionnel.

L'HDJ : un espace de coopération, d'adaptation et de difficultés

Selon la directrice de qualité, l'organisation du travail et l'implantation du projet ont été accomplis en 6 mois, grâce à un leadership partagé et une gestion de projet efficiente. En effet, dans le but de coordonner toutes les activités reliées à l'implantation du projet, la directrice de qualité a créé le comité « quali-soins » qui est indépendant de l'accréditation, des normes ISO et des autres comités qui répondent aux exigences ministérielles. C'est un comité qu'elle qualifie de « personnel » qui lui a permis de modifier l'organisation des soins en collaboration avec la directrice des soins infirmiers, la responsable de la formation continue, les surveillantes générales (infirmières) de nuit et de jour ainsi que ses deux assistantes. La mission de ce comité était de présenter le cheminement du plan d'action de l'hôpital de jour, son application au sein de l'hôpital et d'amener les acteurs impliqués à modifier petit à petit l'organisation des soins pour mieux s'adapter à l'hôpital de jour.

C'est donc dans une perspective d'adaptation des processus de l'établissement que la directrice de qualité ainsi que la directrice des soins infirmiers ont rencontré les acteurs concernés par ce projet sur une base individuelle et ont organisé des réunions avec les chefs de chacun des services impliqués pour discuter des étapes d'implantation du projet. En ce qui concerne les chirurgiens, ce leadership a été partagé avec la directrice médicale qui a rencontré les chirurgiens pour discuter des changements que l'hôpital de jour impliquait pour leurs façons de faire. Un leadership médical était requis pour ce faire.

Suite à l'implantation, une tournée des locaux a permis de constater que le personnel soignant s'est rapidement adapté au fonctionnement de l'hôpital de jour. Le bureau infirmier est stratégiquement positionné en face des chambres de patients afin d'optimiser les déplacements, compte tenu de leur

nombre restreint. Selon la surveillante de l'étage, des rumeurs d'acquisition de terrains supplémentaires et de construction circulent à l'hôpital car

« les deux fils du directeur général sont étudiants en médecine. L'aîné se spécialise en médecine d'urgence. Ils vont devoir assumer la direction de l'hôpital dans un futur proche donc ils vont devoir agrandir l'hôpital ».

Cependant, les différentes entrevues ont montré que le changement n'était pas très fluide au niveau opérationnel. En effet, plusieurs difficultés se sont présentées au niveau de l'informatique puisque plusieurs fonctionnalités qui aident la gestion des lits ont été demandées à plusieurs reprises sans avoir été exécutées et délivrées au département de qualité.

D'autres complications ont aussi été ressenties au bureau d'admission, à différentes reprises, compte tenu du manque de personnel.

Un processus décisionnel évolutif qui s'adapte

Les différentes entrevues illustrent que ce processus décisionnel a émergé et évolué dans le temps sans vraiment s'arrêter. En effet, l'ouverture de l'hôpital de jour a été un processus décisionnel évolutif qui a duré 8 ans au sein de l'établissement familial.

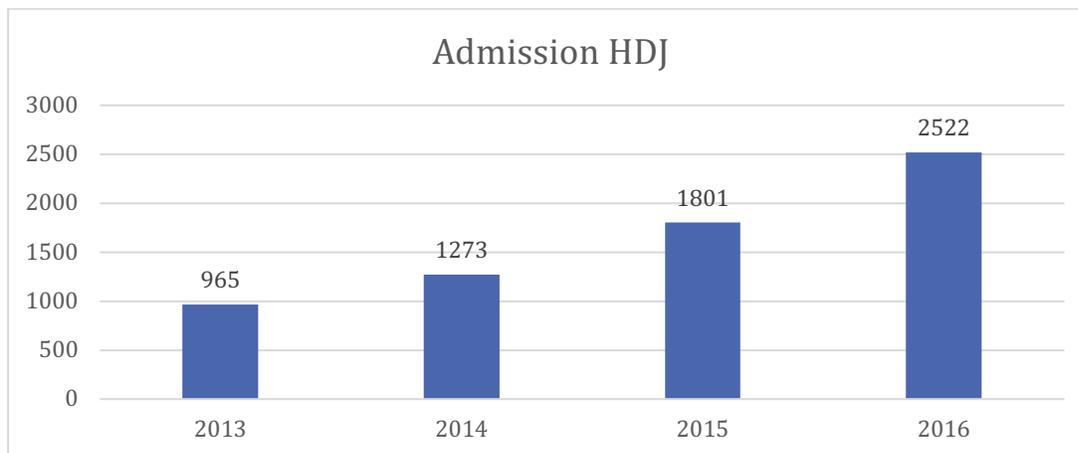
Ces décisions stratégiques ont sollicité des ajustements, une mise en place de nouvelles procédures ainsi qu'une organisation des soins, ce qui a requis l'implication de plusieurs acteurs et comités organisationnels de l'hôpital qui devaient prendre les décisions implantées au niveau organisationnel.

C'est donc à travers un leadership collectif partagé que l'établissement familial s'est adapté aux nouveaux procédés cliniques qui confirment l'orientation prise par le noyau stratégique qui est, entre autres, le développement de l'ophtalmologie dans l'établissement. Cette décision stratégique a nécessité le recrutement d'un nouvel ophtalmologue afin d'assurer le roulement du volume d'activités de l'hôpital de jour. De même, l'élaboration de protocoles simples et la standardisation des techniques opératoires, l'acquisition d'appareils adaptés aux nouvelles technologies, l'ajustement des procédures anesthésiques, l'adaptation des locaux physiques et le réaménagement du personnel infirmier sont des activités opérationnelles qui ont nécessité des prises de décision à portée stratégique. Ces décisions ont facilité la réponse aux besoins grandissants de la population.

Les activités de l'hôpital de jour

En 2016, 2290 patients ont séjourné à l'HDJ de mars à juillet 2016, soit en moyenne 8 patients par jour (193).

Figure 11: Evolution des admissions à l'HDJ en 4 ans

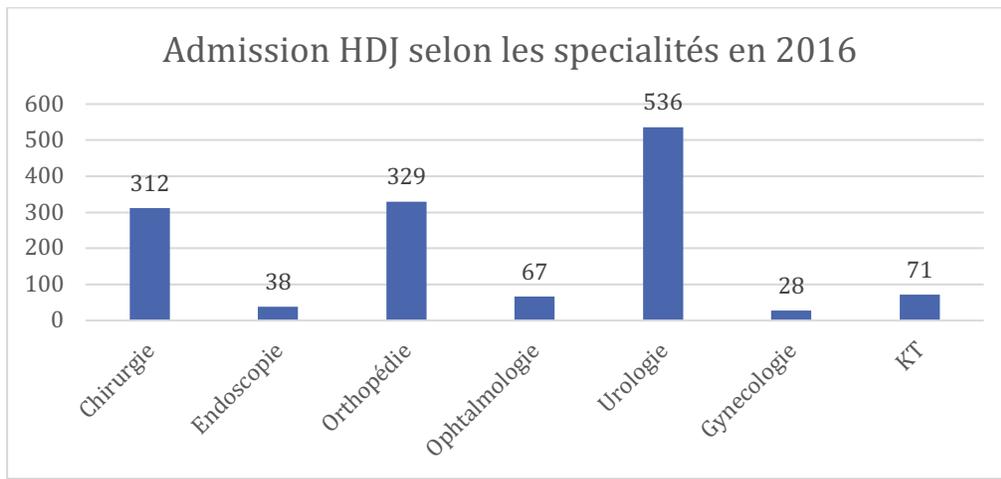


Selon la figure 11 ci-dessus (193), une augmentation de 156% des admissions à l'HDJ est perçue en 4 ans.

En termes de services offerts, l'HDJ accueille tous les patients chirurgicaux en actes ambulatoires, les cas de cathétérisme qui nécessitent des procédures invasives ainsi que les endoscopies, surtout digestives et bronchique si la pathologie associée nécessite des investigations invasives (193). Plus spécifiquement, la chirurgie urologique représente environ le 1/3 des interventions en HDJ avec un taux de 32% des admissions suivi par les cas d'orthopédie (20%) et de chirurgie générale (19%) (193).

En 2016, le taux de cas chirurgicaux ambulatoires est de 55% (en Europe et aux USA, ce taux varie entre 50 et 60%) (193). Cependant, les cas de gynécologie ne sont pas nombreux avec seulement 28 patients admis en 2016, comme le montre la figure 12 ci-dessous (193).

Figure 12: Nombre d'admission en HDJ selon les spécialités, 2016



Tel qu'anticipé par le DG, l'HDJ exerce une force d'attraction principalement auprès d'une clientèle plus jeune, étant donné que les personnes âgées nécessitent une hospitalisation de longue durée vu leurs conditions de santé plus complexes (193). Ainsi donc, une tendance vers le rajeunissement du profil des patients visitant l'hôpital peut être constatée, comme le montre le tableau 14 ci-dessous (193).

Tableau 14: Admission en HDJ selon l'âge, 2016

	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Total	%
0-15 ans	14	3	7	9	6	39	5%
15-30 ans	27	19	21	26	21	114	14%
30-50 ans	44	61	43	54	48	250	30%
50-70 ans	67	64	52	63	41	287	34%
>70 ans	27	31	25	25	20	128	15%
Total	177	176	150	189	140	832	

Le dossier patient ambulatoire, donc de l'HDJ, a été mis en circulation depuis 2015 (193).

En termes d'anesthésie, les actes sont adaptés aux besoins de l'hôpital de jour et donc de nouvelles procédures sont appliquées pour limiter le temps de convalescence des patients (193).

Le tableau 15 ci-dessous représente le nombre et types d'anesthésie réalisées pour 86 % des admissions en HDJ soit pour 1427 patients anesthésiés (193).

Tableau 15: Nombre et type d'anesthésie, 2016

Type d'anesthésie	Nombre	Pourcentage (%)
Générale	737	52
Locorégionale	230	16
Rachidienne	121	8
Locale	439	24

Finalement, une tournée des locaux de l'hôpital de jour a permis de décrire en détail le déroulement précis de ce service qui est présenté en annexe VI.

Un cas de stratégie « Bottom-up » : la médecine de travail

La section suivante relate l'état de situation de la médecine de travail au Liban et retrace le processus décisionnel de la médecine de travail, au sein de l'hôpital familial.

Etat de situation de la médecine de travail au Liban

Ces dernières années, le législateur libanais accorde beaucoup d'intérêt au problème de santé et sécurité au travail. En effet, de la santé du travailleur dépend le bien-être de sa famille et le bon fonctionnement de l'entreprise (194). Les différents types de dangers encourus dans le milieu de travail peuvent être divisés en deux catégories (194):

- Les maladies professionnelles : Toute maladie affectée par un salarié qui est liée au travail. Elle est souvent le résultat de l'exposition de l'employé, sur une période plus ou moins longue, à un risque ou une substance nocive qui altère sa santé, dans le cadre de l'activité professionnelle. Elle peut aussi être la conséquence des conditions dans lesquelles l'employé travaille.
- Les blessures professionnelles ou accidents de travail : L'accident de travail correspond à un accident survenu à l'occasion du travail pour un employeur, durant les heures de travail.

Les enjeux financiers liés directement ou indirectement aux accidents de travail et aux maladies professionnelles sont très importants que ce soit pour le salarié comme pour l'employeur.

En outre, le directeur de la CNSS explique que la définition du rôle du médecin de travail s'appuie notamment sur un principe fondamental de la législation française selon lequel le droit de la santé au travail fonctionne sur une double base préventive et curative (194). Partant de ce principe, ce dernier explique que le rôle du médecin du travail est principalement préventif et subsidiairement curative (195). La médecine de travail repose sur 3 piliers essentiels (195):

- 1- Les examens de pré-embauche qui révèlent l'aptitude à compléter le travail en question.
- 2- La prévention des accidents sur les lieux de travail ainsi que la protection de l'environnement de travail.
- 3- La prise en charge des accidents de travail ainsi que les maladies professionnelles.

Au Liban, une loi réglementant la Sécurité Sociale (1964) prévoit, dans son article 59, que l'employeur doit prendre toutes les mesures visant à assurer la sécurité et la santé des salariés sur les lieux de travail (196).

Ainsi donc, le ministère du travail libanais a adopté un Code du travail qui comprend une série d'articles sur les modalités et conditions d'emploi des salariés ainsi que sur les mesures de prévention et d'hygiène des lieux de travail (196). Plus spécifiquement, le décret numéro 4568 du code du travail relatif à la désignation d'un médecin du travail dans tous les services publics et les entreprises soumises à la réglementation sur le travail en vue de contrôler la santé des salariés oblige les chefs d'entreprise dont le nombre de salariés dépasse les 20, à embaucher un médecin de travail (196).

Le Code du Travail prévoit donner la priorité à l'embauche aux médecins titulaires d'un diplôme en médecine de travail (196).

Les divers acteurs en médecine de travail

Dans le secteur de la médecine de travail au Liban, les différentes parties prenantes sont les suivants:

Le Ministère du Travail

Le ministère est composé d'une direction générale qui comprend la direction centrale et les départements régionaux (196). La section du travail et des relations professionnelles dépend de la direction centrale, plus particulièrement du département ministériel (196). Cette section a pour mission principale de contrôler et veiller à l'application des réglementations relatives au travail ainsi qu'à la prévention et à la sécurité au travail (196). De par la loi, les inspecteurs de cette section ont l'autorité de dresser des procès-verbaux de contravention et de donner des avis et recommandations en vue d'assurer la sécurité et la prévention en milieu de travail (196).

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)

De façon générale, tous les salariés et certains non-salariés sont soumis au régime de la sécurité sociale (196). En vue de permettre à la CNSS de suivre leur état de santé, les salariés sont tenus de subir des contrôles effectués par des médecins choisis par la CNSS en collaboration avec le médecin de l'entreprise (196).

La mission ultime de la CNSS est de contribuer aux mesures visant à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles en collaborant avec le ministère de la santé, le ministère du travail et les divers partenaires sociaux (ordres professionnels, syndicats, etc) (196) et bien entendu, avec les médecins des entreprises.

Le Ministère de la Santé Publique (MSP)

Le MSP est composé de départements centraux et régionaux, de la direction de la prévention sanitaire, de la direction des soins médicaux et de la direction du laboratoire central de la santé publique (196). La direction de la prévention sanitaire comprend le service des maladies professionnelles et de la médecine du travail. La mission première de cette direction est de préparer et d'entraîner les médecins du travail, contrôler leur travail et en tirer des recommandations (196). De plus, il est de sa responsabilité d'entreprendre des études sur l'état des maladies professionnelles, de préparer des programmes de dépistage des cas de maladies professionnelles et de proposer des mesures préventives qui doivent être prises par les entreprises pour limiter le nombre de maladies professionnelles (196).

La prise en charge par les différents tiers payants.

Selon le décret numéro 136 du code du travail, l'employeur doit prendre en charge les frais et dépenses d'hospitalisation du salarié blessé (196).

Cependant, les modalités de cette prise en charge varient selon les différentes missions de la médecine de travail (194):

Pour les examens de pré-embauche qui permettent de juger de l'aptitude au travail d'un employé pour un poste ou une fonction déterminés, les tiers payants publics ne couvrent pas les investigations prescrites par le médecin de travail. Uniquement les assurances privées contractées par les entreprises peuvent couvrir ces examens.

Pour les accidents de travail ainsi que pour les maladies professionnelles encourues par l'employé dans le milieu du travail, les tiers payants publics sont tenus de couvrir les frais d'hospitalisation, à condition que l'employé soit inscrit à un programme gouvernemental (CNSS, MFE, etc).

En ce qui concerne les indemnités, le salarié est couvert par les tiers payants publics ainsi que par les assurances privées, à condition que le médecin de travail, ou un avis médical expert, confirme que les dangers encourus sont dus au travail du salarié. Dans ce cas, le salarié a droit au montant de son salaire calculé proportionnellement à la gravité et la permanence de son incapacité, en plus de recevoir des indemnités, selon des conditions précises (196).

Formation universitaire de la médecine de travail au Liban

A l'Université Saint Joseph (USJ), le directeur de l'Institut de gestion de la santé et de la protection sociale (IGSPS) avait créé, en 1999, une formation académique de médecine de travail dans le but de prendre en charge la santé des employés dans le milieu de travail. Cette formation de 3 ans menait à un diplôme certifié par l'USJ et reconnu légalement par l'État libanais. Le directeur avait établi des contrats avec une faculté française de médecine de travail afin que les professeurs français puissent enseigner à l'USJ. Plusieurs négociations ont eu lieu pour légaliser cette formation et appliquer le Code du Travail au Liban. Parmi les acteurs concernés par ces discussions stratégiques, nous mentionnons le Ministère du travail, le Ministère de la santé, l'Ordre des médecins, le Syndicat des hôpitaux, etc.

Malheureusement, cette formation a pris fin, en 2006, avec la démission du directeur de l'IGSPS qui devait prendre ses fonctions en tant que directeur de la CNSS.

A notre connaissance, aucune autre faculté libanaise n'offre la spécialité de médecine de travail sur le territoire libanais. C'est donc dans des universités étrangères que les médecins pratiquants au Liban poursuivent leur spécialisation de médecin de travail.

La réalité du terrain libanais

Lors de l'entrevue réalisée dans le cadre de la collecte de données, le directeur de la CNSS explique que la réalité de la médecine de travail sur le territoire libanais révèle que les chefs d'entreprise n'appliquent pas le code du travail, ce qui entraîne une non régulation des absences au travail et un manque de contrôle des conditions de travail dans les usines et entreprises. Ce dernier stipule qu'en l'absence d'un médecin de travail qui procède aux examens de pré-embauche et qui régule la durée des congés de travail, plusieurs abus sont constatés au niveau des entreprises: Les absences prolongées du travail causent des pertes financières, le retour prématuré au travail nuit à la santé des employés, l'embauche d'un employé inapte à un poste déterminé mène à des accidents de travail et à des problèmes de santé.

En entrevue, un chef d'entreprise, à la tête d'une organisation familiale de transport maritime, révèle que ses

« employés sont à risque d'accidents vu la nature de leur travail sur le port. Moi, je n'ai pas de médecin de travail dans l'entreprise qui puisse enseigner aux employés les méthodes de travail sécuritaires. En plus, j'aimerais avoir un médecin qui puisse

réguler ces congés de maladie. Chaque employé arrive avec une ordonnance médicale qui recommande de longues durées d'arrêt de travail. C'est beaucoup de pertes financières pour moi à chaque arrêt de travail. Il y a un abus et ça doit être régulé à tout prix ».

Ainsi donc, ce non-respect de la régulation laisse aux médecins traitants une grande influence sur le contrôle des congés de maladie et des accidents de travail.

De plus, ce même chef d'entreprise ajoute que le « terrain de la santé et sécurité au travail est encore vierge au Liban et non familier à la majorité de la population libanaise ». En effet, la notion de médecine de travail au Liban n'est pas répandue parmi la population. L'embauche d'un médecin de travail dans les entreprises n'est pas courante. Pour les patients, il suffit d'aller chez un généraliste pour avoir une ordonnance médicale qui sera acceptée par les chefs d'entreprise. Pour les organisations, les ordonnances médicales légitimes sont acceptées, sans nécessité d'être rédigées par des médecins de travail.

Finalement, avec une absence de formation académique au Liban, il est presque impossible d'appliquer la loi, et par conséquent d'embaucher des médecins de travail qui assurent le suivi des travailleurs.

Une part de marché favorable

C'est donc dans ce contexte opportun que le directeur général décide d'innover dans un tout nouveau secteur au Liban. En effet, la médecine de travail représente une innovation pour l'hôpital et contribue favorablement à son positionnement stratégique vu que c'est le seul établissement de santé libanais à offrir ce service. Selon le directeur général, « la médecine de travail relève de la mission préventive et le rôle social que l'Hôpital Familial joue dans sa communauté ».

Un entrepreneur en herbe

Le projet d'inaugurer un service de médecine de travail a été proposé pour la première fois au début de l'année 2017 par le chef des urgences de l'Hôpital Familial qui a été embauché, fin 2015, pour prendre en charge le service des urgences. C'est en se basant sur sa formation académique en médecine de travail dans l'une des universités prestigieuses de France, couplée à son expérience d'urgentiste au sein de l'établissement familial, qu'il constate un besoin important à combler, en médecine de travail, émanant des abus d'arrêt de travail et de la non-régulation des congés de travail qui posent un problème aux entreprises. En effet, l'urgentiste explique lors de l'entrevue que « la

réglementation des accidents de travail dans le secteur de santé libanais n'est pas appliquée. Les absences au travail sont non contrôlées et les certificats médicaux non justifiés ». Il complète en disant que

« chaque entreprise est laissée à elle-même dans la gestion des congés de travail de ses employés, sur la base de prescriptions émises par le médecin employé par ces entreprises. Voilà pourquoi, la présence d'un médecin externe à l'organisation, ayant accès à un plateau technique complet, pourrait garantir les droits des employés ainsi que des employeurs ».

Ce besoin clinique identifié par l'urgentiste est à l'origine du projet d'ouverture d'un service de médecine de travail qui relève du département des urgences car selon ce dernier, « le rôle de prévention et de sensibilisation aux accidents de travail relève des urgences ». Voilà pourquoi, il endosse la tâche de sensibiliser la communauté, surtout les entreprises avoisinantes, aux accidents qui pourraient survenir dans les chantiers et les organisations ainsi que les moyens de prévention et de traitement de ces accidents.

Ainsi donc, fort de son expérience d'urgentiste, ce dernier a lancé l'initiative d'ouverture d'un service de médecine de travail qui pourrait être bénéfique pour tous les partis concernés, en l'occurrence l'hôpital où il travaille et les entreprises avoisinantes.

Un « Business Plan » en marche

Dans le but de mener son projet à l'agenda du jour des décideurs, l'urgentiste a présenté au directeur général tous les bénéfices stratégiques qu'apporterait ce projet à un établissement de type familial :

- L'augmentation de la visibilité de l'hôpital dans son entourage qui est un point stratégique très important pour le directeur général.
- Pas de frais additionnels ni d'embauche de personnel suite à l'ouverture du département
- Potentialisation du rendement financier du département des urgences dû à une augmentation des activités.

C'est donc dans cette perspective que ce leader interne a préparé une présentation incluant des simulations de cas, de chiffres et de projections financières pour l'avenir, dans le cas où le projet serait adopté et implémenté à l'hôpital. Cette présentation comportait aussi des incitatifs financiers sous forme de propositions de forfaits destinées aux entreprises qui seraient intéressées à bénéficier de ce nouveau service.

De son côté, le directeur général a été très réceptif au nouveau projet de l'urgentiste qui permettrait l'ouverture de nouveaux horizons et de nouvelles opportunités pour l'hôpital qui se localise géographiquement dans une zone industrielle dense. Cette opportunité de l'environnement a facilité le processus décisionnel. En effet, les nombreuses usines avoisinantes sont de taille moyenne et nécessitent un contrat de santé avec un hôpital pour le suivi des accidents de travail. Selon le directeur général, chaque usine compte une moyenne de 500 employés nécessitant un suivi médical rigoureux en termes de prévention et de traitement des accidents de travail. En se basant sur une expérience personnelle, ce dernier raconte durant l'entrevue que « les différents chantiers et usines ne sont généralement pas soumis aux régulations de santé et sécurité au travail du ministère du travail. Les employés travaillent dans des conditions qui ne sont pas toujours optimales et sécuritaires ».

Une intention stratégique

Très convaincu par ce projet, le DG a partagé son enthousiasme avec le noyau stratégique interne de l'hôpital (directrice médicale et directrice administrative) à qui il soulève les bénéfices stratégiques de cette initiative, pour l'hôpital ainsi que pour les usines. Principalement pour l'hôpital, il s'agit d' :

- Accroître la visibilité de l'établissement familial dans la région à travers un fort engagement dans la communauté.
- Centraliser les examens préventifs et curatifs des accidents de travail dans le département des urgences.
- Potentialiser les intérêts financiers de l'hôpital en augmentant la productivité sans augmenter les dépenses.

Pour les usines et les entreprises impliquées, le directeur général explique que ce projet leur sera bénéfique puisqu'il permettra une réglementation des accidents de travail et d'embauche des employés. Le directeur général spécifie que

« cette standardisation et réglementation des accidents de travail occasionnera moins de pertes financières directes dues aux frais médicaux facturés par les différentes assurances aux usines et entreprises ainsi que moins de pertes financières indirectes dues aux congés prolongés ».

Selon le directeur général, « ce projet s'inscrit parfaitement dans la mission de l'hôpital » qui est d'assurer les meilleurs soins et services aux patients ainsi qu'à la population. C'est donc en s'engageant activement dans la communauté que l'établissement familial parvient à accomplir son rôle éducatif, préventif et curatif auprès des usines. Plus particulièrement, ce rôle tourne autour d'une expertise éducative et médicale que le personnel hospitalier pourrait partager avec les responsables des usines ainsi que les médecins de la communauté. A titre d'exemple, le directeur général cite les mesures de santé et sécurité au travail pour diminuer les accidents de travail, la régulation des congés de maladie, la prévention et le traitement des invalidités en mettant à leur disposition le plateau technique de l'hôpital et finalement le support et le soutien des médecins de la communauté qui nécessitent un avis médical plus spécialisé.

La cooptation d'un acteur stratégique externe pour influencer l'interne

Le chef urgentiste a consulté le directeur de la CNSS, médecin de travail de formation, pour son support et ses conseils. Ce dernier l'a fortement encouragé dans son initiative et lui a proposé son expertise et ses services pour le démarrage. La cooptation de ce levier externe a permis de renforcer la légitimité du projet et par conséquent de faciliter le processus décisionnel interne à l'hôpital. En effet, de par son expertise et son expérience amassée au cours de 10 années en tant que directeur de l'Institut de gestion de la santé et de la protection sociale de l'Université Saint Joseph (USJ) à Beirut, ce dernier a pu se positionner en tant qu'expert chevronné et respecté de tous dans le domaine de la médecine de travail. C'est lui qui a créé la formation académique de médecine de travail et a amorcé les démarches nécessaires pour appliquer la loi qui protège les employés dans le milieu du travail au Liban. Cependant, cette formation académique a pris fin suite à son départ.

En prenant en considération les propositions et conseils du directeur de la CNSS, l'urgentiste a fait deux autres présentations au noyau stratégique interne, avec l'accord du directeur général. Dans un but de cooptation des acteurs stratégiques internes, l'urgentiste a tenté, par ces diverses présentations, d'aligner les intérêts de la directrice médicale ainsi que la directrice administrative avec ses propres buts afin de faciliter la prise de décision stratégique dans un sens favorable à l'adoption du projet. Ainsi donc, suite à ces présentations, la directrice médicale a jugé que ce projet innovateur allait combler un besoin important pour la population ainsi que pour les entreprises avoisinantes. Pour elle, « C'est une « win-win » situation ». Cette perspective était alimentée d'expériences personnelles antérieures par lesquelles elle avait réalisé l'existence d'un fossé à

combler en médecine de travail. Plus spécifiquement, la directrice médicale a raconté en entrevue, qu'elle avait dépisté deux cas de tuberculose dans une entreprise avoisinante, par hasard, alors qu'elle faisait ses courses d'épicerie. Devant cette menace directe à la santé publique, cette dernière a procédé à des investigations plus poussées qui ont révélé qu'aucun examen de pré-embauche n'avait été effectué pour ces employés avant l'emploi et aucun suivi médical n'était disponible suite à l'embauche. Voilà pourquoi, la directrice médicale juge que l'initiative du chef de l'urgence s'avère être un investissement rentable pour toutes les parties concernées (hôpital et entreprises). En effet, selon cette dernière,

« l'hôpital pourra mettre à profit son plateau technique ainsi que ses services diagnostiques, l'employé sera couvert par la médecine de travail, la population sera protégée des risques de maladies contagieuses telle la tuberculose et les entreprises seront plus productives avec un personnel en bonne santé et des congés de maladie réglementés ».

Tous ces acteurs internes et externes à l'hôpital devront être mis à contribution pour mener à bien ce projet. Ainsi donc, la formation de coalitions et de liaisons avec l'environnement externe s'avère être très importante dans le cadre de cette initiative.

Résistance interne

En ce qui concerne la directrice administrative, cette dernière n'était pas convaincue de la faisabilité du projet. Elle était préoccupée par l'aspect financier du projet qui ne lui semblait pas concret car

« en 37 années d'expérience, j'ai une position importante dans la communauté qui me met en contact avec plusieurs personnalités de la région. Je sais comment ils pensent et les chefs d'entreprises n'étaient pas prêts à embarquer dans le projet ».

Pour elle, ces derniers n'apprécieraient pas la plus-value de cette initiative puisque la majorité de ces entreprises embauchent des médecins qui assurent le suivi médical de leurs employés et donc n'auraient pas besoin de déboursier des forfaits annuels pour ces derniers. Cette initiative engendrerait donc plus de dépenses pour eux en plus de constituer une menace aux médecins pratiquant dans leurs entreprises car ces derniers auraient peur de perdre leurs patients au profit des médecins pratiquant dans les hôpitaux. De plus, ces entreprises auraient peur de s'engager dans ce projet par manque d'éducation dans le domaine de la médecine de travail. Ils verraient ce projet uniquement comme des dépenses à encourir sans possibilité de retour sur cet investissement. Selon

elle, ce serait un grand défi pour le porteur du projet, ainsi que la direction de l'hôpital, de les convaincre des bénéfices qu'ils peuvent tirer d'un tel partenariat.

Diffusion et validation du projet

Malgré les craintes de la directrice administrative, le noyau stratégique interne a décidé d'explorer davantage les retombées de cette initiative par la diffusion de ce projet au grand public. Ainsi donc, l'étape suivante de ce processus décisionnel a consisté en la tenue d'une conférence médicale, au sein de l'hôpital, à laquelle tous les chefs d'entreprises de la région étaient convoqués. Par la diffusion de ce projet, le noyau stratégique interne créait l'opportunité de vérifier et de valider la clientèle ciblée par ce projet. En effet, cette présentation du projet aux chefs d'entreprise permettait de sonder leur intérêt et de connaître leurs besoins spécifiques.

Ceci a permis à l'urgentiste d'ajouter de nouvelles données et ainsi ajouter à la rationalité déjà établie du processus décisionnel, données permettant l'analyse concurrentielle et celle de la clientèle ciblée. Selon la directrice administrative,

« dans les usines autour de nous, ce sont des pédiatres et des rhumatologues qui examinent les employés s'ils sont malades ou s'ils ont eu un accident sur le milieu. Ils n'ont pas la formation académique nécessaire pour assumer le rôle préventif et thérapeutique de la santé et sécurité au travail ».

C'est sur ce point spécifiquement que l'urgentiste a pu positionner son projet en plus de renforcer un avantage concurrentiel majeur de l'Hôpital Familial qui est l'accès à un plateau technique de haut niveau avec un forfait compétitif qui comprend les suivis médicaux et les examens exploratoires et thérapeutiques de pré-embauche.

Un jeu de négociation et d'influence

Dans le but de convaincre la directrice administrative, l'urgentiste a eu recours à un expert qui pourrait mettre de l'avant les bénéfices du projet. Il a invité à la conférence médicale un chef d'entreprise qui avait établi par le passé un fort lien de confiance avec la directrice administrative. Cette dernière a eu souvent recours à lui pour un avis d'expert concernant diverses questions administratives. Pour l'urgentiste, ce chef d'entreprise constituait, par son expertise et son lien de confiance, une source légitime et crédible pour persuader la directrice administrative. Effectivement, selon l'urgentiste « quelques semaines plus tard, la directrice administrative a finalement adopté le projet. Elle a même contribué à la promotion du projet, dans sa phase préliminaire ». Suite à

plusieurs conversations avec le chef d'entreprise en question, la directrice administrative a été convaincue de la rentabilité financière de ce projet due à un roulement important de patients potentiels vu le nombre élevé d'usines avoisinantes « Il y a environ 10 000 à 15 000 ouvriers aux alentours ». Quoiqu'aucune étude de marché formelle n'ait été faite pour ce projet, la directrice administrative avait un portrait réaliste de la situation des usines et entreprises de la région car elle maintient de bonnes relations sociales et économiques avec les directeurs de toutes les entreprises avoisinantes. « Ces relations sociales ont commencé avec mes parents. En tant que propriétaires de l'hôpital, nous travaillons à maintenir ces relations avec les directeurs ».

Une logique de coopération et d'implication

Une fois tous les membres du noyau stratégique convaincus du projet, l'urgentiste prévoyait organiser des visites individuelles aux usines avoisinantes avec des brochures dans le but d'officialiser leur partenariat. En parallèle, des négociations étaient en cours avec une entreprise de ciment concernant des forfaits de prise en charge médicale pour 100 employés. Selon tous les acteurs rencontrés, ces pourparlers allaient mener à une approche innovatrice pour l'hôpital.

Quoique tous les membres du noyau stratégique aient adopté le projet, les différentes entrevues ont montré que plusieurs acteurs clés de l'hôpital familial n'ont pas été sollicités dans la prise de décision stratégique de ce projet. A titre d'exemple, la directrice de qualité, la directrice des soins infirmiers ainsi que le directeur financier disent ne pas avoir entendu parler de ce projet par les canaux de communication formels de prise de décision tels que représentés dans l'organigramme de l'hôpital. Pour la directrice de qualité, « c'est à travers des discussions de corridor que j'ai su que le projet allait être déployé à l'hôpital ».

L'implication des acteurs externes

En ce qui concerne les tiers payants, l'urgentiste stipule que les assurances privées n'avaient pas de rôle direct à jouer lors du processus décisionnel puisque ce projet s'aligne avec leurs intérêts financiers. En effet, les forfaits proposés aux entreprises incluent des tarifs couverts par les assurances lors de la prise en charge des patients, ce qui va générer une augmentation potentielle du volume d'activités et donc des revenus. Voilà pourquoi aucune démarche consultative ou administrative auprès de ces assurances privées n'était prévue.

Cependant, pour la directrice médicale, le défi serait au niveau du « packaging du produit ». Effectivement, selon elle,

« pour que ce projet soit rentable et avantageux, l'entreprise familiale doit offrir aux entreprises un prix plus compétitif que celui offert par les laboratoires privés qui détiennent des contrats lucratifs avec la majorité des entreprises ». Elle explique plus en détail en spécifiant que « selon ces contrats, les employés des entreprises sont envoyés vers les laboratoires privés pour procéder à la totalité des examens médicaux ».

En outre, pour la majorité de la population libanaise, les laboratoires privés accordent des primes aux médecins traitants qui leur réfèrent leurs patients, à titre d'incitatif.

L'opérationnalisation du projet

Au moment de la collecte de données, le projet n'était pas encore déployé dans l'établissement familial. Cependant, l'urgentiste avait planifié et préparé toutes les étapes du projet ainsi que le déploiement dans le service d'urgence. Pour commencer, l'urgentiste a expliqué que le projet consistait, au niveau opérationnel, « à signer des contrats avec les entreprises avoisinantes pour avoir l'exclusivité des investigations de pré-embauche qui permettraient de déterminer l'aptitude au travail des employés ». Plus spécifiquement, l'urgentiste procéderait à un screening complet de l'employé afin d'émettre un avis médical concernant son aptitude à accomplir une fonction déterminée.

Par conséquent, le résultat de cette évaluation médicale pourrait être l'une de ses 3 options :

- Employé apte sans réserve.
- Employé apte avec réserve. Dans ce cas, les conditions spécifiques et les réserves sont mentionnées à l'intention de l'employeur, avec un suivi médical, au besoin.
- Employé non apte.

Cette certification médicale concerne un poste déterminé au sein de l'établissement car les examens prescrits sont dépendants des conditions de l'emploi et du travail que l'employé doit effectuer. Au besoin, le salarié est envoyé pour avis spécialisé.

Dans le cas où un accident de travail survient, l'employé blessé doit se diriger aux urgences de l'hôpital le plus proche de l'entreprise pour une prise en charge et un arrêt de travail dépendant de l'accident survenu. Cependant, si l'arrêt de travail dépasse les 7 jours ouvrables, le contrat entre l'urgentiste et l'entreprise obligerait le salarié à consulter l'urgentiste de l'Hôpital Familial afin de confirmer ou infirmer l'arrêt de travail d'une durée de plus de 7 jours ouvrables.

En plus des contrats compétitifs offerts par l'établissement familial, le « packaging » du produit inclut une compilation des résultats des examens de dépistage des employés dans le but de dresser un profil de patients qui bénéficierait de formations éducatives et préventives. Partant de ce principe, l'urgentiste se baserait sur le profil médical des employés pour adapter les programmes de formation médicale aux besoins de chacune des entreprises.

Pour l'organisation des soins qui en découle, aucune adaptation n'est à prévoir puisque les employés référés pour investigation de pré-embauche par les entreprises seront consultés par l'urgentiste pour être dirigés ensuite vers le plateau technique de l'hôpital afin de procéder aux examens requis.

Les retombées positives

Ce projet représente une opportunité d'investissement du matériel médicotechnique de l'hôpital. De plus, un recrutement de patients potentiels serait à prévoir par le noyau stratégique de l'hôpital car les employés qui souffrent de pathologies diagnostiquées lors de l'examen pré-embauche nécessiteront des plans de traitement individualisés ainsi qu'un suivi médical rigoureux que l'hôpital pourra leur assurer.

Synthèse : L'Hôpital Familial, une entreprise entrepreneuriale

La situation économique et politique du pays a fortement affecté l'Hôpital Familial qui a dû réviser ses priorités stratégiques dans le but de survivre dans un entourage politisé et concurrentiel. Ainsi donc, ces deux décisions stratégiques étudiées au sein de cet hôpital représentent des exemples spécifiques d'un travail stratégique dont le but est d'améliorer les performances hospitalières et la survie de l'hôpital à long terme.

Dans le cas d'ouverture d'un hôpital de jour, le directeur général est conscient du fait qu'il ne peut pas échapper au virage ambulatoire et donc éventuellement d'ouvrir un hôpital de jour car c'est une tendance internationale dans le secteur de la santé. Il procède donc à une étude de l'environnement (tiers payants favorables, études financières qui prouvent que l'HDJ est rentable, etc.) dans l'attente du moment opportun pour se lancer officiellement dans cette décision. Cette vision stratégique à moyen terme que le directeur général a développée comme tout entrepreneur familial, a mené à une décision de type entrepreneuriale.

En tant qu'entrepreneur, le directeur général n'a pas dévoilé toutes « ses cartes » (orientation stratégique confidentielle, palier opérationnel dans le flou par rapport aux directions futures, etc.) de peur de la concurrence. Il a développé une vision stratégique qui l'a fait avancer dans une direction bien précise tout au long des années et a pris des décisions sur le terrain (infrastructure rénovée, réaménagement des bâtiments, embauche de la directrice de qualité, rétention des médecins spécialistes, etc.) conformes à sa vision, pavant ainsi le chemin du futur qu'il a envisagé pour son entreprise familiale.

L'ouverture d'un hôpital de jour s'est avéré être un long processus décisionnel qui a débuté en 2007, suivi de plusieurs périodes charnières dans le temps qui ont mené à l'émission officielle de cette décision stratégique en 2015.

Des décisions « temporelles et plurielles »

Ces décisions stratégiques ont émané d'un historique d'évènements et de circonstances qui ont nécessité le partage du leadership entre plusieurs acteurs durant le processus décisionnel, à travers les années. Cette diversification et cooptation de leaders différents selon les besoins du projet à l'étude ont rendu compte de la complexité de ces projets entrepris et la nécessité d'une pluralité d'acteurs.

La cooptation des leaders internes est donc un processus courant au sein de l'établissement qui a permis l'élargissement du noyau stratégique et donc du leadership partagé en marge des structures rationnelles de prise de décision de l'établissement familial, dans le but d'officialiser la décision.

La constitution de ce leadership partagé est tributaire de l'objet de la décision étudiée au sein de l'établissement familial (Hôpital de jour vs Médecine de travail). De ce fait, les structures formelles se voient relayées au second plan, laissant place à un processus relationnel et politique important dans l'établissement. Cette caractéristique de flexibilité de l'établissement familial est représentée dans le projet de médecine de travail vu que le noyau stratégique s'est formé autour du promoteur du projet. Progressivement, ce noyau s'est élargi pour inclure les structures formelles de prise de décision (ex : comité exécutif, comité médical, etc). Ceci met l'accent sur l'aspect innovant et entrepreneurial du processus décisionnel qui se vit ad-hoc, grâce à l'engagement de plusieurs membres de l'organisation et qui permet à l'établissement de bien fonctionner.

L'aspect rationnel politique ainsi que formel

Le défi principal des entreprises familiales est la réconciliation entre la sphère rationnelle et la sphère affective (190). L'analyse de ce cas est un exemple du mariage parfait entre le côté structurel ainsi que le côté relationnel et politique cohabitant dans cette organisation. C'est leur symbiose qui permet à l'hôpital familial de survivre dans un environnement concurrentiel. En effet, les diverses entrevues ont permis de mettre en évidence un aspect relationnel, politique important du processus décisionnel. Cette dimension relationnelle est importante dans une structure familiale et est prise en considération même si elle retarde, parfois, l'implantation du projet. Dans un environnement compétitif, ce type de processus décisionnel est fréquent au sein des configurations entrepreneuriales car ultimement, la décision finale est entre les mains du propriétaire qui ne dévoile pas toutes ses cartes devant la concurrence.

En ce qui concerne l'aspect structurel et administratif du processus décisionnel dans l'établissement familial, il n'est pas à négliger. Nous pouvons distinguer divers éléments de structure et de rationalité à travers les diverses analyses PORTER et SWOT qui ont été faites à plusieurs reprises durant le processus décisionnel afin d'analyser les forces et faiblesses de l'établissement, la documentation complète dont un plan stratégique quinquennal, les données probantes ainsi que les travaux de recherche de plusieurs cadres stratégiques. De plus, le fait que les membres de la direction

poursuivent des études académiques supérieures est une forme d'introduction de rationalité dans la prise de décision.

De plus, l'organigramme présente une structure hiérarchisée de l'hôpital qui compte plusieurs paliers stratégiques et comités faisant fonction de nœuds stratégiques où les décisions devraient passer pour être prises. Plus spécifiquement, le comité médical semble incontournable à la prise de décision stratégique puisque sa composition est stable depuis plusieurs années, laissant l'influence des médecins sur le processus décisionnel remarquable. Le directeur général est au sommet de la pyramide et représente le pivot central de l'établissement. Il détient le pouvoir de décision ultime mais est conscient qu'il n'est pas le seul à avoir les bonnes idées. Voilà pourquoi, il consulte régulièrement le palier opérationnel et laisse une marge de manoeuvre aux employés afin de garder une certaine vie à son organisation.

À l'agenda des décideurs

Cette marge de manoeuvre a mené à l'inauguration d'un service de médecine de travail qui a émergé du palier opérationnel pour atteindre l'agenda du directeur général et être adopté et implanté, en un temps record. Le projet de médecine de travail s'est basé sur un besoin clinique appuyé par une analyse de l'environnement (présence des usines, taux élevé d'accidents de travail, pénurie de médecins de travail) ainsi qu'une nécessité du terrain relevé par les différentes entrevues. Ainsi donc, c'est cette lecture « entrepreneuriale » de l'environnement qui a permis au promoteur de faire arriver son projet plus rapidement à l'agenda du directeur général, à travers un processus de négociation et de délibération appuyé tant sur une composante rationnelle qu'une composante relationnelle et politique.

Le « Garbage Can » illustré

Les deux cas représentent une belle illustration du Garbage Can tel que présenté par Kingdon : La solution était présente à une année déterminée selon le projet, le courant des problèmes s'est installé lorsque les besoins cliniques de la région commençaient à faire pression sur la gouvernance interne de l'établissement familial qui n'arrivait plus à répondre aux demandes externes et le contexte politique qui était devenu de plus en plus favorable lorsque les opportunités externes se sont présentés au moment opportun. La fenêtre d'opportunité s'est présentée dès que l'établissement familial a embauché de nouveaux acteurs qui sont passés directement à l'action. Ce couplage de courant a permis de positionner l'Hôpital Familial comme étant le premier dans la région à proposer

des services ambulatoires, inaugurer un hôpital de jour et offrir un département de médecine de travail.

Chapitre 6 : L'hôpital Universitaire

Ce chapitre est composé de deux parties. En premier lieu il présente l'Hôpital universitaire ainsi que son environnement. En deuxième lieu, vient la description de deux développements récents entrepris dans cet hôpital permet d'exposer la dynamique de prise de décision.

6.1 Présentation de la région de Beirut³

Contexte géographique

La capitale Beirut est la ville la plus importante du Liban avec une superficie de 19,8 km² (183). Le siège principal du gouvernement, le parlement ainsi que les différents ministères sont situés à Beirut alors que le palais présidentiel se trouve à 10 Km du centre de la capitale (183). Beirut constitue le centre politique, financier, administratif et économique du pays et concentre les universités les plus importantes du pays ainsi que les sièges sociaux de beaucoup d'entreprises nationales et étrangères (183).

Situé au milieu du littoral libanais à l'est de la mer méditerranée, là où la plupart des installations vitales sont concentrées dans l'industrie, le commerce et les services, Beirut a connu des mutations considérables et un développement qui devient de plus en plus remarquable après quinze ans de guerre civile (197). En effet, la capitale libanaise a vécu une reconstruction importante qui l'a positionnée dans un rôle clé du mouvement économique libanais (197).

Contexte démographique

En 2016, la population de Beirut s'élevait à 407 453 habitants ce qui représente 10.4% de la population libanaise (162). Près de 85% de la population libanaise travaille dans les zones urbaines concentrées de Beirut (140) alors que seule 10.4 % de la population réside dans la capitale même (162). La population active de Beirut, âgée entre 15 et 65 ans, s'élevait à 267 607 résidents en 2016

³ Compte tenu de la segmentation du système de santé libanais et l'absence d'un système national d'informatisation des données, les données récentes concernant le secteur de la santé sont difficiles à trouver. Les informations présentées dans cette thèse concernant les ressources sanitaires libanaises sont les plus récentes auxquelles a eu accès le chercheur.

(162). La même année, le MSP a évalué le nombre de naissances à 7 206 à Beirut alors que le nombre de décès s'est élevé à 3 134 (162). La cause principale de décès à Beirut est reliée principalement aux maladies circulatoires qui sont responsables de 66% des décès (162). Pour les maladies transmissibles, la capitale Beirut a rapporté au MSP 33 cas d'hépatite B, 37 cas de typhoïde et 36 cas de syphilis en 2016 (162).

En moyenne, la taille des ménages à Beirut est de 3.84, cependant une variabilité existe entre la taille des ménages à Beirut et celle des zones rurales (184). En effet, la taille des ménages dans la Mohafazat du Nord est de 4.74 et à la Bekaa de 4.58 (184). Cette disparité se reflète dans les conditions de vie de ces ménages vu que les zones urbaines sont mieux desservies en terme de services publics (électricité, eau potable, etc), d'écoles publiques, et d'accès aux services de santé (198).

Contexte socio-politique et économique

La capitale Beirut est au cœur de l'activité économique du pays avec un taux de 51.1% des résidents qui sont économiquement actifs et 2,6 % de sa population touchée par la pauvreté (184). Une prédominance masculine est à constater puisque 69.9% de cette activité économique est reliée aux hommes dans le secteur du travail (184). Ceci se reflète en une consommation nettement plus élevée des ménages à Beyrouth par rapport aux autres Mohafazats (184).

En ce qui concerne les institutions d'enseignement et les universités, la majorité de ces établissements sont privés à Beirut (184). En effet, 70.5 % des étudiants sont inscrits dans ces institutions privées alors que 25.8% fréquentent les établissements publics (184). Ce tableau est identique dans le domaine de la santé où la majorité des hôpitaux sont privés et une clientèle qui privilégie les hospitalisations dans les CHU où les prestations de santé sont du niveau d'établissements français (199). En effet, deux d'entre eux ont passé une convention de tiers payant avec la Sécurité Sociale française (199).

En termes de pourcentage des bénéficiaires de la sécurité médicale, 59.1% des personnes assurées sont des résidents de la région de Beirut (156).

Contexte technologique

Les hôpitaux de Beyrouth disposent d'un plateau technique très performant, à tel point que chaque hôpital est autosuffisant en termes d'explorations et d'interventions (143). En effet, l'équipement technologique spécialisé de fine pointe se trouve à Beirut compte tenu de la présence de CHU qui sont constamment à la recherche de nouvelles procédures chirurgicales et de techniques médicales spécialisées (166). En 2013, on dénombre un centre de médecine nucléaire dans la région de Beirut, 15 équipements de tomodensitométrie, 9 IRM, 3 pet scan ainsi que 8 appareils de lithotripsie (164).

Contexte sanitaire

La capitale Beirut dispose d'une capacité hospitalière importante avec deux hôpitaux publics, 30 hôpitaux privés dont 6 universitaires et 22 hôpitaux ayant des contrats avec le ministère de la santé (164). En termes de lits, le nombre s'élève à 2 267 soit 19.89% de la capacité nationale, en 2013 (164). En 2003, le taux de lits par habitants le plus élevé se trouvait à Beirut avec un ratio de 3.2 lits pour 1000 habitants (200). Pour les admissions hospitalières, en 2015, sur 79 197 admissions dans les hôpitaux publics couverts par le MSP, 7 454 sont admis dans les hôpitaux de Beirut et 9014 admissions dans les hôpitaux privés sur 169 611 admissions nationales dans le secteur privé, couverts par le MSP (142).

En 2016, 27 748 bénéficiaires ont fréquenté les 35 centres socio-médicaux disponibles dans la région de Beirut, à raison de 793 bénéficiaires par centre (162). Ces centres sont répartis entre ONG au nombre de 11 centres, 14 centres appartenant au réseau public de la santé ainsi que 2 centres appartenant au MSP (143).

En ce qui concerne les professionnels de santé de la région de Beirut, le nombre de médecins inscrits à l'ordre, en 2000, s'élevait à 2 817 pour la région de Beyrouth, sans compter les médecins non-inscrits à l'ordre qui exercent en libéral (200). Pour les dentistes, le nombre s'élève à 1 045 à Beirut, ce qui représente 25.7 % du pourcentage total de dentistes libanais et donc une grande concentration dans la capitale de Beirut, en 2000 (200). Pour les pharmaciens, le pourcentage s'élève à 20.8 % des pharmaciens soit 848 pharmaciens en 2000 qui ont ouvert 196 pharmacies dans la capitale (200). Le nombre d'infirmières enregistrées à l'ordre des infirmières et pratiquantes dans la région de Beirut, en 2017, est de 2875 ce qui représente 26.04 % de l'offre nationale (201).

Présentation des établissements de santé de la région

Pour bien comprendre l'environnement dans lequel le CHU évolue, il serait intéressant de connaître les établissements hospitaliers et universitaires qui l'entourent afin de mieux cerner les dynamiques environnantes qui pourraient influencer les prises de décisions stratégiques dans cet établissement. Compte tenu du nombre élevé de ces établissements, nous présenterons uniquement ceux qui présentent des caractéristiques similaires avec notre CHU.

AUBMC (202):

Ce CHU anglophone de plus de 350 lits est un des hôpitaux les plus connus dans la capitale. Les diverses restructurations architecturales depuis 1902, date à laquelle l'hôpital a ouvert ses portes, ainsi que le lien avec l'Université Américaine de Beirut positionnent cet hôpital comme étant un centre d'excellence médicale et de formation académique supérieure. Ce centre de référence comporte aujourd'hui, entre autres, une multitude de cliniques de médecine de famille, des unités de Cyclotron, 10 étages renfermant des centres d'excellence spécialisés, des centres éducatifs ainsi qu'un hôpital de jour.

Cet établissement attire la majorité de la clientèle anglophone du pays et une vaste proportion des résidents de Beirut. Plus de 360 000 patients fréquentent cet établissement annuellement. Cette clientèle va au-delà des frontières du pays, vu la renommée régionale de cet établissement en tant qu'un des plus grands CHU orientaux. Cette tendance internationale est renforcée par le fait que cet hôpital est le seul établissement de santé au Moyen-Orient qui bénéficie de 4 accréditations internationales attestant de son expertise médicale de haute qualité, de plusieurs sous-spécialités à travers les départements médicaux et chirurgicaux ainsi que de la qualité de la formation et l'enseignement médical des résidents en médecine.

CMC (203):

Fondé en 2008, cet établissement médical privé à but lucratif, dans le cœur de Beirut, est affilié à Johns-Hopkins Medical International. Comptant 158 lits, cet hôpital offre des services médicaux dans toutes les spécialités de médecine et de chirurgie, incluant les chirurgies robotiques de haut niveau, un centre de traitement d'infertilité ainsi qu'un centre hautement équipé pour le traitement de tout genre de cancer. Bénéficiant d'un grand hôpital de jour pour les services ambulatoires, cet hôpital attire principalement la clientèle de Beirut anglophone ainsi qu'une clientèle internationale majoritairement des pays du golfe.

Au niveau international, cet établissement a reçu de multiples accréditations internationales parmi lesquelles une certification de tourisme médical, décerné par le Medical Travel Quality Alliance, pour l'excellence de la qualité des soins et services rendus, l'avancée et la modernisation de l'équipement médical de pointe disponible ainsi que pour l'hôtellerie et le service de première classe des chambres d'hospitalisation. En effet, dans le but de promouvoir son service de médecine internationale, l'établissement offre un programme de prise en charge médical complet, axé sur les soins curatifs, pour tous les patients internationaux. Ce programme inclut les services d'hôtellerie et de logistique dans le but d'accueillir le séjour des patients internationaux.

LAUMC (204):

Cet établissement médical dans le cœur de Beirut offre à la population libanaise une panoplie complète de services de santé allant des soins médicaux, chirurgicaux et diagnostiques généraux aux centres d'excellence en diverses spécialités. Les restructurations architecturales à travers les années ont augmenté le nombre de lits de l'hôpital qui est aujourd'hui à 200 et a permis d'accueillir le plateau technique novateur et de haute pointe qu'il a acquis ces dernières années. Un centre de services ambulatoires ainsi qu'un centre d'expertise en chirurgies oncologiques sont en cours de construction. Son affiliation avec l'Université libano-américaine rend ce campus médical une référence en formation académique, attirant une clientèle nationale et internationale des pays du Moyen-Orient.

RHUH (205):

Fondé en 1995, les constructions architecturales n'ont pris fin qu'en l'an 2000. Cet hôpital est le seul CHU gouvernemental considéré comme étant une référence pour le secteur hospitalier public (140). Cet établissement public offre des services médicaux primaires et spécialisés de qualité dans un cadre universitaire. Ses services d'hospitalisation sont offerts à l'entière population libanaise mais est fréquenté principalement par les résidents de la communauté musulmane sunnite de la région de Beirut. Ce CHU comporte 430 lits d'hospitalisation, 14 salles opératoires et est affilié à l'Université libanaise pour les formations académiques de plusieurs professions (médicaux, infirmières, pharmacies, etc).

HSG (206):

Localisé dans le cœur de Beirut, ce CHU a été fondé par la communauté chrétienne orthodoxe de la région de Beirut en 1878, qui devient la clientèle première de cet établissement jusqu'à aujourd'hui. En 2018, ce CHU comporte plus de 475 lits hospitaliers, offrant des services médicaux généraux et spécialisés à un nombre élevé de patients. Reconnu pour son équipement médical de fine pointe et l'expertise médicale des médecins pratiquants, cet hôpital a reçu plusieurs accréditations internationales et a conclu plusieurs partenariats avec des institutions hospitalières européennes dans le but d'initier des programmes de formation internationale et d'échange d'expertise médicale.

6.2 Présentation de l'Hôpital Universitaire

Historique et création

Cet établissement est un centre hospitalier universitaire (CHU) qui a été fondé en 1922 pour répondre à un besoin d'une école de médecine fondée à Beirut en 1883 (207). Il s'agissait de créer un lieu d'enseignement de la pratique professionnelle (207). La gestion directe de cette institution à but non lucratif a été transférée à l'université à laquelle elle est affiliée à partir de 1984 (207). Gravement endommagé et partiellement détruit à plusieurs reprises durant la guerre civile, le CHU a repris, selon le site Web, son développement et son expansion dès la fin des hostilités afin de continuer à constituer un centre de soins à la pointe du progrès et un pôle d'excellence et de référence médicale dans l'ensemble du pays (207). En 2001, un nouveau bâtiment de l'Hôpital et de nombreux services d'hospitalisation ont été inaugurés (207). En 2005, la tour de consultations privées a ouvert ses portes (207). Depuis, plusieurs projets architecturaux sont en cours dans le but d'agrandir et de rénover ce CHU (207).

Mission

Établissement universitaire, le CHU aménage ses services en vue de rendre compatibles la prestation des soins et la mission d'enseignement et de recherche (208). Ainsi donc, la mission du CHU est essentiellement une mission plurielle : « En tant qu'hôpital d'application, il contribue à la formation des médecins, des pharmaciens, des infirmières, des physiothérapeutes, des techniciens de laboratoire et de radiologie, des assistantes sociales, des orthophonistes et des psychologues inscrits à l'université. En tant que CHU, il accueille les patients avec respect et sans discrimination aucune et leur prodigue des soins de qualité. En tant que pôle d'excellence, il accompagne le progrès de la

médecine et s'associe au service public de la santé à l'échelle nationale et régionale » (Ducruet, 1992) cité dans Kosremelli (2011) (6) (p.204).

Vision

Ce CHU a énoncé en 2010 une vision qui a tracé le parcours de l'hôpital pour les 10 années suivantes (209). La "vision 2020" met l'accent sur la politique pionnière et la technologie de pointe du CHU et la résume ainsi: « Un CHU de référence aux niveaux national et régional, avec une qualité de soins du plus haut niveau, organisé en réseaux et autour de pôles d'excellence » (209)(p. 4).

Valeurs

Les valeurs du CHU se regroupent selon 5 grands thèmes primordiaux pour cet établissement (209)(p.5) :

- « Excellence : La volonté constante de se positionner à la pointe du progrès humain et technologique, à la fois sur les plans médical, soignant, académique, scientifique et administratif.
- Service : Un esprit de service dans la mesure où chaque acteur de l'hôpital, quelle que soit sa fonction, prend part selon ses compétences aux prestations offertes tout en portant une attention constante à la satisfaction du patient.
- Leadership : Favoriser le leadership en encourageant tous les acteurs à exprimer leurs idées, ce qui leur permet de participer à la prise de décision tout en se responsabilisant et s'épanouissant.
- Diversité : Le CHU s'enrichit dans la diversité de ses acteurs, collaborateurs et demandeurs de soins, au sein d'un contexte socio-politique et culturel propre au Liban
- Partenariat : Le CHU comme acteur central d'un réseau de soins constitué de plusieurs établissements de différentes régions, est reconnu comme agent d'excellence par ses partenaires et agissant avec eux en complémentarité ».

Structure de prise de décision

Le CHU est un centre hospitalier universitaire libanais, sans but lucratif « où tous les professionnels de la santé et les administratifs se doivent de collaborer, dans le seul but du service au patient » (209)(p.6). Le CHU jouit d'une autonomie administrative financière et technique, sous l'autorité d'un conseil d'administration (6). La structure rationnelle de l'hôpital est représentée par l'organigramme qui figure en annexe VII (208).

Le CHU adopte un nouveau système de gouvernance pour relever les défis auxquels il est confronté dans un monde de la santé en pleine évolution (209)(p.2). Cette nouvelle gouvernance se caractérise par un conseil d'administration représentatif et restreint, en charge de la mise en place de la stratégie, du développement et du contrôle, ayant à sa tête le recteur de l'université comme président du conseil d'administration (208). Ce dernier est assisté par le président du CHU appelé aussi le directeur général, le vice-président du CHU dont le poste est à présent vacant, ainsi que par les directeurs des affaires médicales, des soins infirmiers qui dépendent hiérarchiquement du président du CA, comme le montre l'annexe VIII (208). Le président du CHU est nommé par le Recteur pour diriger l'Hôpital, pour un mandat de trois ans renouvelable (208). Un bureau du président de l'hôpital a été institutionnalisé pour assurer un support au président de l'hôpital dans les tâches exécutives (210). De plus, huit comités permanents émanent du CA et sont chargés de soutenir, préparer et faciliter le travail du CA, chacun dans son domaine de compétence : « comité de recrutement et de gestion des carrières des médecins, comité des investissements, des achats et des affaires financières, comité d'audit et de gestion de la performance, comité pour le recrutement, la succession et l'évaluation des directeurs, comité d'éducation, comité de la recherche, comité de qualité, de sécurité des patients et de la gestion des risques ainsi que le comité de gouvernance." (209)(p.9). La spécificité et le mandat de chacun de ces comités est présenté en annexe IX (208).

La nouvelle gouvernance a mis en place un plan décanal : « le projet d'établissement "Vision 2020" qui s'étale sur 3 phases, avec des réalisations ciblées, déclinées autour d'objectifs stratégiques » (209)(p.7). Le but de ce plan stratégique est de permettre au CHU de dynamiser et de rénover ses structures afin qu'il s'affirme davantage comme CHU de référence (209). Les statuts de l'Hôpital subissent alors une refonte globale avec une gouvernance qui permet un alignement entre les institutions de l'Université et l'Hôpital ainsi qu'une meilleure interaction entre les médecins et l'Hôpital (208). Les trois phases du projet sont présentées en détail dans l'annexe X (209).

Qualité et Accréditation

La politique de qualité du CHU s'articule principalement autour des soins centrés sur le patient (210). Une illustration de ce modèle stratégique sous forme de « Fleur de Vie » a été adoptée par la nouvelle gouvernance afin de représenter les orientations stratégiques de l'établissement sur lesquelles la politique de qualité est fondée (210). Plus précisément, le comité de qualité, de sécurité des patients et de la gestion des risques qui a été mis en place par la nouvelle gouvernance veille à la cohérence de la démarche qualité avec la stratégie et les politiques définies par le CHU (209).

En termes d'accréditation, une prise en charge complète de toute la documentation du système de management de la qualité selon ISO 9001 a été complétée au sein du CHU (210). Les résultats de la procédure d'accréditation du CHU et la performance des collaborateurs de l'hôpital ont été exemplaires selon la Vision 2020 du CHU qui confirme la position du CHU en tant que référence dans le secteur hospitalier libanais (210).

Le CHU a procédé à une analyse de 10 443 questionnaires de satisfaction auprès de 21 unités d'hospitalisation (210). Les résultats ont montré un taux de satisfaction global à 93.5% et un taux de fidélité à 96.8%, pour les années de 2010 à 2014 (210).

Activités hospitalières

Au CHU, environ 30 213 admissions sont enregistrées pour l'année 2018 (207) ainsi qu'environ 1000 naissances avec 11 300 chirurgies de toutes sortes par année (210). A travers le service des urgences, l'hôpital admet près de 30% de ses patients hospitalisés (210) et enregistre près de 32 325 visites aux urgences pour l'année 2018 (207).

En ce qui concerne les activités externes du CHU, ce nombre s'élève à 105 000 activités en 2015, excluant les radiothérapies, dont 55 000 activités pour les laboratoires (210). Spécifiquement pour la radiothérapie, ce service a réalisé plus de 228 000 séances de radiothérapie pour plus de 10 000 patients atteints de divers cancers, en particulier les cancers du sein et de la prostate, qui représentent 50% de la population atteinte de cancer (210).

Profil de la clientèle

En se basant sur une analyse démographique de 344 patients hospitalisés pour un séjour non ambulatoire, faite sur 24 heures en 2014, 37.1% de cette population adulte était âgée de plus de 70 ans avec une répartition presque égale entre les 2 sexes (53% hommes et 47% des femmes) (210).

Une population pédiatrique importante fréquente ce CHU puisque l'analyse démographique montre que 33.3 % de la population étudiée était âgée entre 3 et 4 ans (210).

Les patients accueillis au CHU ont des couvertures financières différentes pouvant varier entre “out of pocket” qui couvre la charge financière des soins prodigués, ceux qui bénéficient totalement ou partiellement d'une prise en charge publique ainsi que ceux qui profitent d'un régime privé d'assurance conventionnée avec le CHU (208).

Services hospitaliers

Le CHU reste constamment à l'écoute des nouveaux besoins du contexte qui l'entoure (207). En plus de l'offre de soins polyvalente, de nouveaux services ont été créés pour répondre aux besoins de la clientèle : consultations cliniques publiques, hôpital de médecine de jour, hôpital de chirurgie de jour, etc (207). Le CHU est organisé en ensembles médicaux, chirurgicaux et médicotechniques spécialisés pour l'accueil des patients dont l'état nécessite une hospitalisation, des examens para cliniques, des consultations externes ou une prise en charge dans un centre de soins spécialisés ou en hôpital de jour (208).

Au niveau de l'équipement médical et de la médecine de pointe, ce CHU jouit d'un plateau technique perfectionné, permettant d'effectuer tous les examens ou les techniques nécessaires pour un meilleur état de santé de sa clientèle (207). En 2015, le CHU se positionne comme ayant l'un des plateaux techniques les plus performants et les plus complets au Liban et dans la région (210). Plusieurs centres spécialisés de référence ont été développés parmi lesquels nous citons : un centre de sevrage au tabac, un centre d'hémodialyse, une unité des troubles respiratoires du sommeil, un centre d'éducation du diabète, un centre de réhabilitation Laetitia Hatem, un centre de l'imagerie de la femme et un centre d'évaluation et de traitement de la douleur (210).

Ressources humaines

Avec près de 1500 employés, les ressources humaines sont réparties au CHU comme le montre le tableau 16 ci-dessous (207) :

Tableau 16: Répartition des ressources humaines au CHU, 2018

Ressources humaines	Nombre
Médecins et résidents	362
Internes	107
Infirmières diplômées	432
Techniciens de laboratoire	87
Aides-soignants	334
Administratifs	160
Cadres administratifs	32
Coopération Technique	34
Instrumentistes	15
Etudiants de diverses professions de santé	200

Ressources physiques

Au niveau de l'infrastructure, de nombreux travaux de restructuration ont été mis en place dans le but de moderniser l'établissement, de restructurer divers services et d'améliorer les nombreuses infrastructures d'accès aux services de l'Hôpital (209). En 2018, l'Hôpital comprend 430 lits (207). De plus, le CHU a doublé la capacité de son parc de stationnement d'automobiles pour un total de 1255 places (210).

Données financières

Une compagnie internationale leader sur le marché de conseil et d'audit a fait une évaluation du bilan financier du CHU des années 2010–2014, de façon à refléter une activité qui dépasse les objectifs du plan stratégique de l'Hôpital (210). En effet la croissance du chiffre d'affaire entre 2010 et 2014 est de l'ordre de 30% (210). Cette augmentation est le résultat des nouvelles mesures adoptées par l'administration (210).

6.3 Evolution de deux décisions stratégiques

Pour atteindre le positionnement du CHU en tant que leader du marché de santé national et régional tel que mentionné dans la Vision 2020, le CA a enclenché plusieurs phases d'expansion stratégique en conformité avec la mission et la vision de l'Hôpital (208). Dans ce sens, des rénovations architecturales majeures des bâtiments ont été entrepris ainsi que le développement du tourisme médical, centré sur la médecine préventive, dans le but d'attirer une clientèle internationale vers le CHU, un Hôpital de rayonnement régional approuvé (208).

Un cas de stratégie « Inside-Out »⁴ : Le CHU à l'international

Cette section décrit brièvement l'état de situation du tourisme médical au Liban et retrace le processus décisionnel qui a mené à l'inauguration de ce service au sein du CHU.

Etat de situation du tourisme médical

Longtemps considéré comme « l'un des piliers de l'économie libanaise, le tourisme médical connaît clairement un nouvel essor depuis plusieurs années » (211). Les nombreux avantages qui caractérisent le secteur médical libanais, en termes de qualité de prestations, de main-d'œuvre qualifiée, de prix compétitifs et ultimement un climat clément et idéal sont brièvement mentionnés ci-dessous :

Excellence médicale et prix compétitifs

L'un des facteurs-clés pour le développement du tourisme médical est l'excellence médicale (160). Plusieurs établissements hospitaliers libanais ont des affiliations avec des universités américaines prestigieuses comme Johns-Hopkins ainsi que des accréditations internationales tel « JCI accreditation ». Selon la directrice du syndicat des hôpitaux du Liban,

⁴ L'approche "Inside-out" est surtout utilisée dans la littérature de Marketing Stratégique pour définir une posture stratégique orientée vers l'intérieur de l'organisation, centrée sur la façon dont une entreprise performe en développant, capitalisant et déployant ses ressources stratégiques internes rares dans le but de créer un avantage concurrentiel dans le marché (Saeed, S., et al., Inside-out and outside-in orientations: A meta-analysis of orientation's effects on innovation and firm performance, Industrial Marketing Management (2015))

« La population libanaise et arabe a confiance en l'excellence du système de santé libanais, principalement en raison des accréditations externes qui donnent une renommée internationale aux établissements de santé ».

Ces établissements répondent aux plus hauts standards internationaux et utilisent les technologies les plus avancées tout en proposant localement des prestations cinq à dix fois moins chères (211). En effet, avec 15 000 physiciens, 270 hôpitaux et un des plus hauts ratios médecins/patients, le secteur médical libanais est très compétitif et offre des soins de santé de haut niveau (212).

En outre, les prix des chirurgies au Liban sont "en moyenne deux fois moins élevés que dans les pays occidentaux"(160)(p.3). En prenant en considération les taux de change monétaires, le Liban attire les touristes européens et américains qui règlent leurs factures en dollars américains, ce qui semble plus rentable et avantageux pour les établissements libanais (160). Quant aux revenus générés, ils sont estimés à 1,2 milliard de dollars depuis 2009 grâce à l'essor de l'activité touristique et au développement des services médicaux, ce qui estime entre 75 % et 85 % le taux d'occupation des hôpitaux et des centres médicaux (211).

Profil de la clientèle

Au total, le Liban pourrait accueillir plus de 150 000 patients étrangers, soit environ 10 % du total des visiteurs (160). La clientèle extérieure se répartit entre libanais expatriés et ressortissants des pays du Golfe qui représentent plus de 90 % des touristes ainsi que 5 à 10 % qui sont Européens ou Américains(160).

La clientèle ciblée par le tourisme médical est généralement une clientèle financièrement aisée qui peut payer en argent comptant les factures de soins médicaux. A défaut, ce profil de clientèle est couvert par des assurances de santé qui règlent les factures médicales sans aucun délai de recouvrement, quel que soit le montant facturé. Voilà pourquoi, ce profil de clientèle constitue une source de revenus non négligeables pour le budget de l'hôpital.

Il est à noter que cette clientèle internationale s'attend à la meilleure qualité de soins que l'établissement puisse offrir, en plus de recevoir des prestations d'hôtellerie de très haut niveau, pour lesquels cette clientèle débourse de grandes sommes d'argent.

Segments du Marché

En plein essor, le marché du tourisme esthétique représente plus de 70 % du tourisme médical au Liban (160). En effet, les soins plus lourds tels que la cardiologie, la traumatologie, ou l'oncologie représentent une minorité des soins demandés par les patients étrangers (pas plus de 15 à 20 %) (160). Le plus gros segment du marché concerne donc la chirurgie esthétique et plastique, dans laquelle le Liban s'est spécialisé (160). En outre, un segment plus fin touche des opérations plus simples, compatibles avec un séjour touristique : examens, opérations au laser, pose de prothèses dentaires (160).

Le package "chirurgie esthétique-vacances"

Dans le but d'attirer la clientèle étrangère, le secteur hospitalier privé a lancé le concept du package "chirurgie esthétique-vacances" dans la région (160). L'idée est simple : une opération chirurgicale esthétique doublée d'un séjour à la carte pour découvrir le Liban, à des prix compétitifs (160). Cette formule est expérimentée dans plusieurs hôpitaux libanais, spécialement dans le domaine de la chirurgie esthétique, où de nombreuses cliniques privées proposent leurs « package deals », certaines possédant même leurs propres hôtels (159).

Le secteur public ne propose pas encore ce type de services qui repose sur une collaboration étroite entre les agences de voyages et les hôpitaux (159). Cependant, ces initiatives privées ont inspiré les pouvoirs publics qui ont pris conscience d'une opportunité qui pourrait mener à la définition d'une véritable politique publique en la matière avec le ministre de la Santé et tous les acteurs du secteur – hôpitaux publics et privés, syndicats et ONG – pour mieux exploiter le fort potentiel du pays en matière de tourisme médical (159).

Canaux de promotion

Des cliniques privées très médiatisées ont mis en place plusieurs stratégies pour attirer une clientèle étrangère (160). Les principaux canaux de recrutement sont les facilitateurs connus en tant que « brokers » qui attirent environ 20% des patients internationaux (213). De plus, plusieurs hôpitaux formalisent des accords dans le but de référer des patients en échange de collaborations dans les domaines de la recherche et de la formation, ce qui représente un important canal de captation de patients internationaux (213). Finalement, une bonne approche Web peut permettre de capter jusqu'à 70% des patients, selon diverses sources, puisque les médias sociaux sont devenus des

véhicules incontournables de la santé digitale (213). En effet, l'utilisation des médias sociaux par les hôpitaux devient très rapidement aussi courante que celle des sites Internet (213).

Du projet d'établissement au projet stratégique national

Dans un contexte de santé où les hôpitaux privés ont des initiatives individuelles fragmentées en termes de tourisme médical, principalement axées sur les soins curatifs ainsi que sur l'esthétique, le CHU a décidé de contribuer favorablement à son positionnement stratégique en tant que CHU de référence régionale en développant un service médical formel et structuré dédié principalement à la clientèle internationale. Ce service est axé prioritairement sur le tourisme médical mais plus spécifiquement sur la médecine préventive car selon le directeur des opérations du CHU,

« la médecine préventive au Liban est à la charge des hôpitaux. Le Ministère de la santé ne subventionne pas les soins de santé préventifs et n'offre pas de couverture financière à la population. C'est donc aux hôpitaux universitaires, comme le nôtre, d'accomplir cette mission préventive ». La directrice de qualité ajoute que « même les vaccins ne sont pas remboursés par le Ministère de la santé. Il y a énormément à faire encore en termes de médecine préventive ».

Cette initiative représente donc une nouveauté dans le secteur de santé libanais.

Une réflexion stratégique qui se développe

L'idée d'inaugurer un service de médecine dédié à la clientèle internationale a été émise pour la première fois par le bureau de qualité, en 2013, à la suite de plusieurs rapports émis au CA par cette direction. Selon la directrice de qualité, ces rapports montrent que le CHU constitue un choix de référence pour un nombre élevé de patients étrangers venus consommer leurs soins de santé au Liban. Cependant, cette clientèle est insatisfaite du processus compliqué de prise en charge du patient, spécifiquement en ce qui concerne le premier contact établi avec l'établissement. Cette dernière explique que

«les patients étrangers ne savent pas comment contacter l'hôpital et n'ont aucun repère ici. Ils savent que c'est un très bon hôpital mais ont besoin d'être mis en contact avec des médecins. Ils envoient donc des emails à l'adresse générale de l'hôpital et à partir de là, le suivi prend beaucoup de temps. Ceux qui réussissent à venir sont ceux qui ont des connaissances au Liban ou sont déjà venus dans le passé».

De plus, le gouvernement iraquien a envoyé une délégation intermédiaire qui devait faire fonction de « commissionnaires » au CHU. Leur mission était d'établir le premier contact entre les patients iraqiens et le CHU en retour de commissions financières des deux côtés : patient et CHU. Selon ce modèle, les patients devraient déboursier des frais pour avoir des références médicales et se renseigner sur les modalités de prise en charge au CHU, ce que le CA du CHU a catégoriquement refusé. En effet, la directrice de qualité explique

« Ça ne se fait pas du tout de prendre de l'argent pour que le patient sache chez qui il peut se soigner. Cela va contre tous nos principes ». Le président de l'hôpital renchérit qu'il n'est pas « éthique de prendre des frais pour mettre un patient en contact avec nos médecins ».

Cette initiative, renforcée par les rapports émis par la directrice de qualité, a permis au CA de constater le besoin de faciliter le parcours de cette clientèle vers le CHU et de répondre à leurs différents besoins. C'est donc ainsi que l'idée d'inaugurer un service médical dédié à l'international a commencé à germer au sein du CA.

Une lecture environnementale favorable

Cette proposition a été affirmée par le contexte socio-politique du pays qui a confirmé ce besoin. En effet, la directrice de qualité explique que c'est principalement la crise syrienne et la crise d'Iraq, suite au printemps arabe, qui ont ramené la clientèle arabe aisée au Liban pour se faire soigner. C'est donc l'instabilité régionale qui a poussé cette clientèle étrangère à fréquenter principalement les établissements universitaires ainsi que les hôpitaux publics du pays. Cependant, la directrice du syndicat des hôpitaux privés explique que les hôpitaux publics n'arrivaient pas à répondre au flux de patients ni à la qualité de soins demandée par cette clientèle aisée. Voilà pourquoi, cette clientèle s'est retournée vers les CHU libanais pour leur consommation de soins de santé.

Un rôle de conseil et d'expertise

Face à ce flux de demandes internationales, la cellule qualité, sécurité et environnement (CQSE), qui est composée du président du CA, du directeur médical, de la directrice des soins infirmiers ainsi que de la directrice de qualité, s'est penchée sur la question de la clientèle internationale après avoir révisé toute la documentation préparée par la directrice de qualité, en termes de rapports, de projections, de nombres, de plaintes et de demandes spécifiques reliées à cette clientèle. Selon la

directrice des soins infirmiers, ce comité est le premier noyau stratégique de réflexion qui centralise toutes les demandes/plaintes au niveau du CHU. Après réflexions et études, les membres prônent la bonne prise en charge face à ces diverses requêtes

« C'est à partir de ce comité que la plupart des projets sont nés car plusieurs demandes ont été transformées en besoins, ce qui a donné naissance à des projets pour répondre à ces besoins émis ».

Lorsque les besoins s'officialisent à travers ce comité, les projets qui en découlent sont mis sous la supervision de plusieurs champions qui les chapeautent. En ce qui concerne le tourisme médical, la proposition de nommer la directrice des finances à la tête de ce projet, une fois les recommandations et propositions acceptées par le CA, a été émise la première fois en 2015 dans ce comité.

Cependant, la directrice des soins infirmiers insiste sur le fait que ce comité n'émet que des suggestions et propositions. Selon elle,

« c'est au CA que toutes les décisions se prennent. C'est pour ça qu'il est un comité actif. On se rencontre une fois par mois pour au moins 2 heures pour discuter de tous les projets de l'hôpital ».

Un choix raisonné

La nomination de la directrice des finances à la tête de cette initiative est le résultat d'un choix réfléchi, émanant principalement de deux faits importants selon le directeur des opérations :

En 2015, la directrice des finances avait le mandat de réorganiser le service d'accueil du CHU, dans le but de moderniser, de faciliter et donc d'améliorer l'accueil du patient depuis son admission jusqu'à sa sortie de l'hôpital. De par son expérience professionnelle en tant que responsable du service d'accueil durant plusieurs années avant sa promotion au poste de directrice financière, cette dernière a eu la responsabilité de réorganiser tout le service d'accueil dans le but d'accommoder tous les patients en attente et de leur donner plus d'intimité lors de discussions avec les agents d'accueil quant aux raisons d'hospitalisation, questions d'assurances, etc. A travers cette réorganisation, la porte d'entrée au CHU ainsi que tout le circuit hospitalier du patient ont été améliorés dans le but de diminuer le nombre de plaintes concernant les temps d'attente pour l'hospitalisation, qui était une des causes principales de la réorganisation de ce service.

Cette opportunité qu'a présentée la restructuration architecturale et structurelle du service d'accueil a permis de prendre en considération les besoins futurs du tourisme médical, spécifiquement en termes d'espaces d'accueil alloués à cette clientèle spécifique et de fluidification du processus d'admission du patient étranger au CHU, anticipant leurs besoins et demandes.

En outre, selon la directrice des soins infirmiers, une des raisons principales qui a poussé le CA à adopter ce projet est la rentrée d'argent anticipée par ce service médical. Elle explique qu'

« il y a déjà une clientèle étrangère qui veut établir des contacts avec le CHU. De notre part, nous devons faciliter et structurer un canal de communication pour cette clientèle car c'est un projet très rentable pour l'hôpital ».

En effet, les projections de rentrées financières émises par la directrice financière permettront de financer les projets de restructuration que le CHU entreprend depuis 2012. En outre, des négociations avec les tiers payants locaux et étrangers seraient prévues afin de financer le séjour de la clientèle internationale. Voilà pourquoi, il a été judicieux de penser à la directrice financière comme championne du projet.

Un noyau stratégique qui s'agrandit

Avec la directrice financière à la tête de ce projet, le noyau stratégique spécifique à cette décision, initialement composé du président de l'hôpital et de la directrice de qualité, se voit élargit pour inclure la championne du projet, qui à son tour, implique le directeur des opérations. Effectivement, en poste depuis 11 ans, la directrice de qualité a toujours été consciente de l'importance du tourisme médical vu le nombre important de fréquentation étrangère au CHU.

A partir de ces informations, une veille stratégique a été mise en place, à la demande du président de l'hôpital, pour suivre de près l'évolution concurrentielle. Parmi divers moyens employés pour exécuter cette veille stratégique (ex : l'embauche d'une firme de consultation externe, des analyses comparatives régulières effectuées par le bureau de qualité, etc) la cooptation de la directrice financière a permis de mettre de l'avant l'importance de l'analyse financière dans la compétitivité avec l'environnement. En effet, la directrice de qualité a collaboré étroitement avec la directrice financière dont l'expertise et l'appropriation des réformes financières au CHU ont facilité le processus décisionnel stratégique. Cette coopération a abouti à des analyses financières menées à l'interne qui ont mis l'accent sur les avantages monétaires, organisationnels et de rayonnement stratégique que gagnerait le CHU à entreprendre le projet de médecine internationale, spécialement

axé sur la médecine préventive. Partageant cette même vision stratégique, le directeur des opérations a aussi été coopté par le noyau stratégique pour son utilisation et navigation des règles organisationnelles, source de son pouvoir selon Crozier et Friedberg (1977).

Cette collaboration étroite entre les membres du noyau stratégique a permis de mettre en évidence l'adhésion des acteurs au projet stratégique de l'organisation. Cette cohésion, répandue aussi au niveau opérationnel, a rendu les réunions des directeurs particulièrement efficaces et par conséquent, a grandement facilité la prise de décision stratégique.

Incertitude des préférences

Cependant, les bénéfices et avantages de ce projet soulevés par le noyau stratégique lors des différentes entrevues n'ont pas été partagés par la totalité des acteurs impliqués. En effet, les préférences des acteurs n'étaient pas toujours certaines, voire même opposantes parfois. Ces derniers ont relevé quelques inconvénients concernant l'initiative du volet international, qui ne relève pas directement de la mission de l'hôpital. Effectivement, le directeur des ressources humaines préférait régler plusieurs problèmes internes du CHU et faire avancer de multiples autres projets qui relèvent directement de la mission du CHU avant d'initier des projets à l'international. Selon lui,

« Ça ne fait pas de sens de grandir quand il y a plein de choses au niveau national et interne qui ne fonctionnent pas. Les problèmes nationaux, en termes de système de santé, ne permettent pas au CHU ce genre d'initiative ». Ce dernier va plus loin en admettant que la raison principale de cette expansion est « de ramener de l'argent au CHU parce qu'il y a beaucoup de dépenses en ce moment avec les reconstructions constantes ».

Construction d'un terrain d'entente

La mise en évidence de ces divergences parmi les acteurs impliqués dans le projet stratégique n'a pourtant pas rendu le processus décisionnel difficile vu que le directeur des ressources humaines a rejoint la communauté d'intérêts partagés autour de cette décision. Effectivement, ce dernier admet que si le projet est bien pensé et implanté, cette opportunité pourrait être très bénéfique pour le CHU. Voilà pourquoi, il a offert toute son expertise et soutien au CA auquel il a émis des commentaires constructifs lorsqu'il a assisté aux réunions mensuelles. N'étant pas membre du CA, le directeur des ressources humaines a été invité aux réunions à plusieurs reprises pour présenter son point de vue

et tenter de réconcilier les visions partagées suite à des débats animés entre les différents acteurs présents.

Force est de constater que cette démarche stratégique participative a nécessité un partage d'opinions et de points de vue différents qui a abouti à un regroupement autour de buts stratégiques communs, partagés par une pluralité d'acteurs, spécifiquement le noyau stratégique.

La décision stratégique se prend officiellement

Ainsi donc, en 2017, le CA a pris la décision d'inaugurer un nouveau service médical de prévention dédié exclusivement à la clientèle internationale. En 2018, ce projet est formellement lancé durant le congrès médical annuel « Arab Health » auquel participe le secteur médical de la majorité des pays arabes. Cette opportunité a permis au CHU de promouvoir la médecine touristique au Liban, spécifiquement la médecine préventive adoptée au sein du CHU, dédiée à la clientèle internationale. Le directeur des opérations précise que « la promotion des options disponibles à cette clientèle internationale a été un grand succès ». De plus, comme l'indique le site Web du CHU, l'exposition du CHU au secteur médical et hospitalier du Moyen-Orient lui a permis de rencontrer plusieurs représentants des Ministères de Santé des différents pays régionaux.

Une démarche dynamique d'implantation

L'implantation du projet s'est principalement concentrée autour de l'hôtellerie et de l'architecture du nouveau service qui ont été priorités. Pour y arriver, plusieurs séances de brainstorming ont été organisées par le noyau stratégique (directeur opérationnel, directeur financier et directrice de qualité) afin de revoir et de répondre à la majorité des plaintes d'hôtellerie reçues à travers les années. Ces réunions ont permis d'engendrer plusieurs recommandations concernant le confort et le luxe des chambres à implanter dans le nouveau service. Selon la directrice de qualité,

« en termes de satisfaction des patients étrangers, 95% de la satisfaction relève de l'hôtellerie et uniquement 5 % est relative aux soins de santé direct. Ce qui n'est pas la mission première d'un hôpital ».

Voilà pourquoi, les besoins en hôtellerie requis pour ce nouveau service sont de l'ordre d'un hôtel luxueux, spécifiquement en ce qui concerne les services non médicaux comme le menu, les chambres, les chaînes TV câble, la décoration des chambres, etc. Toutes les propositions d'hôtellerie émises par le noyau stratégique ont été pensées minutieusement de façon à rendre le service

accueillant à la clientèle étrangère, tout en accommodant leurs demandes et besoins selon leur culture et leurs habitudes. A titre d'exemple,

« les couleurs et les meubles ont été choisis avec grand soin. Le confort du patient a été priorisé. Même les chaînes TV internationales ont été considérées selon les différentes cultures pour rendre leur séjour plus agréable ». Cette dernière ajoute « Par exemple, j'ai reçu beaucoup de demandes pour accommoder les accompagnants des malades et donc avoir un lit de plus dans la chambre du malade, ou avoir une alimentation plus « Halal » vu les restrictions liées à la religion ».

En ce qui concerne les employés du nouveau service, le directeur des ressources humaines a contribué au choix et à la nomination des employés de ce nouveau service. Ce choix s'est principalement basé sur la capacité à parler plusieurs langues ainsi que sur la relation clientèle qui a été priorisée par le noyau stratégique durant les séances de remue-méninges. En outre, le chargé des relations internationales a été spécifiquement choisi pour être l'image et le premier contact avec la clientèle étrangère, grâce à sa capacité à parler plusieurs langues et sa familiarité avec le processus d'accueil. Son bureau, stratégiquement placé au centre du service d'accueil du CHU, a été réaménagé et rénové de façon à accommoder les besoins de la clientèle étrangère.

L'ingrédient principal : Le rayonnement médiatique

La médiatisation est une prérogative pour la réussite de ce projet car selon le chargé de la relation clientèle internationale « il faut que les patients étrangers entendent parler de nous pour qu'ils viennent consommer leurs soins chez nous ». Voilà pourquoi, le Bureau des Patients Internationaux a été créé avec le mandat de médiatiser le projet et par conséquent de faciliter le processus d'admission de la clientèle internationale. L'exposition au « Arab Health » en présence de plusieurs ministres de la santé des pays arabes a constitué une opportunité importante pour le rayonnement médiatique du CHU que le noyau stratégique a exploité.

En outre, beaucoup d'initiatives ont été déployées dans le marketing comme des dépliants, des bannières, des messages sur divers réseaux sociaux décrivant en détail les paquets de tourisme médical offerts au CHU. Le concept des package-deals adopté par le CHU combine à la fois visites touristiques, médecine préventive et opérations chirurgicales.

De plus, le directeur des ressources humaines a travaillé étroitement avec l'unité de communication du bureau du président de l'hôpital afin d'envoyer un message à l'international qui « fasse écho avec une aide aux expatriés libanais et patients étrangers qui veulent se faire soigner au Liban ». Ce dernier a misé sur la mentalité des Libanais qui ont toujours confiance en le système de santé et qui veulent retourner au Liban pour se faire soigner. Selon lui,

« parmi tous les pays arabes, les hôpitaux au Liban sont les meilleurs car la formation de nos médecins et équipes paramédicales sont des meilleurs au Moyen-Orient. En plus de ça, on a une technologie de haute pointe à offrir ».

En 2018, le CHU a formellement reçu les premiers patients internationaux dans ce service, comme l'indique la directrice de qualité qui est chargée du suivi très rigoureux du nouveau service en termes de tableau de bord, de données de patients et de satisfaction de la clientèle. Comme la satisfaction de la clientèle est prioritaire au CHU, le nouveau service médical a été conçu dans cet esprit. Le CA considère ce nouveau service comme un produit de haute qualité délivré par le CHU.

Un réseau international qui se développe

La clientèle ciblée par ce projet est constituée principalement de patients étrangers surtout arabes et d'expatriés libanais. Cependant, les simulations financières émises par la directrice financière lors de la présentation du projet au CA ont poussé la réflexion plus loin pour inclure une clientèle VIP libanaise locale qui pourrait bénéficier du service médical offert dans des locaux luxueux du CHU. En effet, dans un but de maximiser la rentabilité de ce service et de potentialiser le taux d'occupation, le noyau stratégique a proposé de rendre ce service accessible à une strate spécifique de patients qui pourrait couvrir les frais d'hospitalisation liés à la médecine préventive, dans un contexte d'hôtellerie de luxe. En considérant le fait que la médecine préventive n'est pas couverte par les tiers-payants publics et privés, cette clientèle prospective libanaise sera essentiellement composée de patients « aisés financièrement », pouvant déboursier des sommes importantes d'argent pour couvrir les frais d'hospitalisation.

Une « fenêtre d'opportunité » forcée

La directrice financière a réalisé l'existence d'une opportunité qui lui permettrait de mettre son projet local à l'agenda des politiques publiques nationales, grâce au couplage des 3 courants identifiés par Kingdon. Le premier est celui du problème politique que nous retrouvons en l'absence d'une politique nationale qui puisse réguler les actions des acteurs impliqués. Indépendamment, se développe une forte demande nationale et internationale en soins de santé préventifs, ce qui constitue un courant politique émergent dans le système de santé libanais. Finalement, la présence d'un nouveau service de tourisme médical axé sur la médecine préventive représente une solution à un besoin national.

Dans le but de forcer la convergence de ces trois courants et donc de créer une fenêtre d'opportunité qui permettra de passer à l'agenda gouvernemental, la directrice financière a donné un rôle principal aux tiers payants dans la modification de la vision stratégique nationale vis à vis du tourisme médical et de la médecine préventive, à travers la cooptation des assurances privées dans le processus décisionnel. En d'autres termes, la directrice financière a mis de l'avant l'influence que pourrait avoir le financement des services médicaux de prévention sur le processus décisionnel local et national.

Un entrepreneur « politique »

En présence de ces 3 courants, Kingdon (1984) donne une importance majeure aux porteurs des propositions qu'il nomme « les entrepreneurs politiques » (214). La directrice des finances porte dignement ce titre puisqu'elle joue un rôle essentiel dans le couplage des différents courants. En effet, dans le but de pousser constamment son projet de l'avant, elle use de son expertise financière pour convaincre le noyau stratégique du CHU ainsi que les tiers payants des bénéfices de ce nouveau service médical. De plus, elle utilise sa position hiérarchique dans le processus décisionnel pour construire des alliances internes (directrice de qualité) et externes (les tiers payants privés) dont l'influence sur les prises de décision stratégique est notable.

L'implication des acteurs externes

Ainsi donc, dans le but de renforcer des alliances externes, une rencontre médiatisée a été organisée par la directrice financière dans les locaux du CHU afin d'impliquer les assurances médicales privées dans le processus décisionnel. Le but premier de cette journée était d'expliquer les avantages de ce nouveau service pour tous les acteurs impliqués et ensuite d'établir une politique de tarification

qui serait adoptée au sein du CHU pour la clientèle locale. La directrice de qualité explique le processus d'implication des assurances en stipulant que

« la meilleure façon de procéder serait que les assurances privées contactent la direction du CHU dans le but de signer un contrat annuel d'examens préventifs pour leur clientèle VIP comme le CEO d'une banque privée au Liban. Ce dernier aura payé à l'avance les frais du packaging à l'assurance qui, à son tour, paiera la facture au CHU lorsque le patient viendra passer 2-3 jours au nouveau service médical pour faire des explorations. Il sera admis au nouveau service « VIP » et aura un accès direct et rapide à tous les services d'imagerie, de laboratoires et autres dont il aura besoin, dépendamment de son état de santé ».

Usant de ses atouts de négociatrice, la directrice des finances a souligné l'avantage financier que représente cette opportunité pour toutes les parties concernées. En effet, cette dernière a présenté des simulations de nombre de patients admis au CHU ainsi qu'une estimation des gains et de coûts, en fonction du nombre de patients, pour les parties concernées qui sont les assurances privées et le CHU.

« C'est vraiment une affaire de business et de finances. Toute la présentation était en termes de gains et pertes monétaires et de simulations de chiffres d'affaire. Ce n'était pas vraiment relié à la santé en tant que tel. La directrice financière a sensibilisé les assurances à ce qui pourrait être gagné en termes de revenus » explique la directrice de qualité.

Ainsi donc, avec une résultante monétaire positive pour les assurances qui adhèreraient à ce projet, des contrats ont été proposés et échangés entre la directrice financière et les assurances privées qui ont réalisé l'intérêt à investir dans la médecine préventive.

Pour aller de l'avant avec le projet, plusieurs réunions futures ont été planifiées avec chacune des assurances individuellement dans le but d'adapter les scénarios énoncés au portefeuille spécifique de chaque assurance. De plus, le directeur opérationnel explique que le CHU doit prouver que l'organisation du service est efficace, que la prestation des soins est de haute qualité et que la satisfaction des patients est élevée pour motiver les assurances à conclure les accords proposés.

Une collaboration à somme positive

Cette coopération étroite entre le CHU et les assurances privées répond à un besoin émis par ces tiers payants lors de la rencontre au CHU. En effet, à travers ce nouveau service, ces derniers gagneront la loyauté de plusieurs patients VIP qui voudront utiliser les « séjours tout compris » au moins une fois par année. Cette consommation de service engendrera des chiffres d'affaire potentiellement grands pour ces assurances et diminuera drastiquement la facture de santé à payer pour ces mêmes individus en cas d'hospitalisation ultérieure pour une maladie qui aurait pu être évitée.

Pour le CHU, les assurances constitueront un canal de référence de patients qui, potentiellement, développeront des loyautés envers cet établissement hospitalier. De plus, les tiers payants seront enclins à promouvoir le projet, dans le but de recruter un plus grand nombre de clients et par conséquent de référer un plus grand nombre de patients au CHU comme l'explique le directeur opérationnel

« Les tiers payants sont responsables de la promotion du tourisme médical, spécifiquement en médecine préventive qui est une innovation dans notre pays, car les factures de santé futures vont baisser drastiquement. Ce qui n'est pas le cas pour le moment. C'est dans leurs intérêts d'avoir beaucoup de clients, surtout VIP, car ils pourront payer les sommes d'argent demandées par les assurances ».

Le positionnement stratégique du CHU

En tant que CHU de référence, dans un marché de santé libéral, cette initiative d'implication des assurances privées a classé le CHU en tant que pionnier dans le tourisme médical, spécifiquement au niveau des soins de santé préventifs. Selon la directrice des soins infirmiers, « Tout le monde fait la même chose. C'est pour ça que la compétition est très féroce ici. Je suis sûre que tous les CHU vont vouloir faire la même chose ». Voilà pourquoi, cette innovation locale pourrait engendrer, selon le noyau stratégique, un projet national qui modifiera l'offre de santé.

« On espère que cette initiative au CHU puisse changer la mentalité et la philosophie des assurances privées au niveau national et que les autres hôpitaux suivront. On veut que ce soit le début d'un mouvement au niveau de tout le pays pour intégrer la médecine préventive dans nos couvertures d'assurance » explique le chargé des relations internationales.

Une idéologie marchande

A ce stade du projet, uniquement les assurances privées sont sollicitées par le CHU. Le ministère de la santé et les divers tiers-payants publics ne peuvent pas s'engager dans cette initiative, vu que « les tiers payants publics ne sont pas du tout impliqués dans le tourisme médical et la médecine préventive encore moins », selon la directrice des soins infirmiers. En effet, aucune couverture publique pour la médecine préventive n'est disponible pour le moment et donc les tiers payants publics ne peuvent pas référer de patients au CHU pour une prise en charge. Cependant, lorsque ce projet sera une initiative nationale, le MSP devrait établir une politique nationale de prise en charge en termes de soins de santé préventifs et offrir une couverture gratuite à tous les citoyens. Le directeur des opérations explique que la tarification ministérielle par le CHU serait différente de la tarification des assurances privées puisque le MSP prend en charge la majorité de la population démunie.

Un cas de stratégie « Outside-In »⁵ : Le réaménagement du CHU

Cette section décrit, de façon détaillée et chronologique, le processus décisionnel qui a mené à un réaménagement majeur de l'architecture de l'hôpital.

Une régulation environnementale concurrentielle

Depuis le début des années 2000, les CHU de la région de Beirut ont rénové leurs structures architecturales, agrandi leurs bâtisses et rénové leurs services d'hôtellerie afin d'accommoder les demandes de plus en plus exigeantes des patients. Selon la directrice des syndicats des hôpitaux, un CHU anglophone a construit en 2006 une nouvelle bâtisse luxueuse annexée au bâtiment principal qui offre des services luxueux, à frais supplémentaires, comme des salons de coiffure et des séances de relaxation et massages pour ceux qui le désirent. Un autre CHU anglophone, à renommée internationale, a rénové toutes ses structures architecturales et réorganisé ses services cliniques dans le but d'améliorer sa performance et d'attirer la clientèle aisée du pays. De plus, les accréditations internationales prisées par les CHU rendent la compétition de plus en plus intense à tous les niveaux (expertise médicale, connaissances, hôtellerie, etc).

Ainsi donc, la tendance générale des CHU est d'aller vers des services de luxe et d'hôtellerie, en plus de l'excellence médicale, pour attirer la clientèle nationale qui paie comptant ainsi que la clientèle internationale.

La concurrence, incitatif au changement stratégique

Plusieurs facteurs ont poussé le CA à embaucher, en 2011, une firme de consultation externe qui a restructuré la gouvernance de l'hôpital, dans le but d'en améliorer la performance. Parmi ces facteurs, nous citons la compétitivité entre les CHU à moderniser leurs structures et services d'hôtellerie, les nombreuses plaintes des patients liées à leur insatisfaction vis à vis des anciennes

⁵ L'approche « Outside-In » est une stratégie qui privilégie l'orientation externe à l'organisation. En se basant sur les préférences des clients et les dispositions externes, cette posture stratégique va utiliser les tendances du marché pour orienter ses stratégies internes et obtenir un avantage concurrentiel en anticipant les besoins du marché avant les concurrents (Saeed, S., et al., Inside-out and outside-in orientations: A meta-analysis of orientation's effects on innovation and firm performance, Industrial Marketing Management (2015))

bâtisses du CHU, les longues heures d'attente à l'accueil et à l'admission, associée aux demandes exigeantes des médecins qui veulent moderniser leurs équipements médicaux et ramener de l'international des technologies de haute pointe. Par conséquent, le directeur opérationnel mentionne que les recommandations de cette firme ont porté, parmi d'autres, sur la révision et le regroupement des services cliniques en pôles d'expertise afin de fluidifier le circuit du patient depuis son admission à l'hôpital.

Une réorganisation clinique et architecturale

La directrice de qualité mentionne que cette réorganisation de services a nécessité une restructuration des bâtisses et un réaménagement de l'infrastructure dans le but d'accommoder les services cliniques qui requièrent plus d'espaces (ex : plateau technique, urgences, laboratoires, etc) ainsi que les équipements médicaux nécessaires à la spécialisation internationale et la médecine de pointe que prônent les médecins pratiquants dans ce CHU (ex : robotisation, etc). Le directeur des opérations explique qu'

« il y a beaucoup de projets émis par les médecins par ex : radiologues veulent des PET scans mais pas d'espaces, cardiologie veulent être plus proches des centres d'explorations cardiaques. En fait c'est beaucoup les avancées technologiques et les nouvelles procédures médicales et chirurgicales que nos médecins voulaient rapporter puisque c'est un hôpital universitaire, mais l'infrastructure ne suivait pas pour pouvoir les accommoder ».

Voilà pourquoi, la révision globale de l'organisation interne du CHU tout en restructurant l'architecture et l'infrastructure ont permis de moderniser et d'accommoder les projets des médecins et de fluidifier le circuit du patient. « Le besoin initial qui a été soulevé par la firme de consultation est de relier tous les services cliniques en pôles d'expertise, ce qui a nécessité de relier les différentes bâtisses construites en un seul bâtiment de façon à créer un hôpital continu » explique le conseiller au président de l'hôpital qui fait partie du CA. Ce conseiller, qui est un acteur externe de l'hôpital, met l'accent sur la vision de continuité et de renouveau que le CHU veut développer

« Comme à Montréal, ils ont ramené tous les hôpitaux anglais pour en faire un grand centre du côté anglais et un autre grand centre du côté français, nous voulons réunir tous nos bâtiments pour en faire un seul circuit fluide » affirme ce dernier.

La restructuration des services cliniques a donc sous-tendu les réaménagements architecturaux qui ont accommodé cette réorganisation clinique au niveau du CHU.

Une intention stratégique

Le président de l'hôpital mentionne que le besoin de moderniser et de réaménager les structures architecturales s'aligne parfaitement avec la Vision 2020 du CHU. En effet, dans le cadre du positionnement de l'hôpital en tant que CHU d'excellence, l'expansion et la modernisation de l'architecture répondent à la mission d'excellence et d'expertise du CHU.

Les instances décisionnelles formelles

Les diverses entrevues ont montré la présence d'organes de décision (conseil d'administration, noyau stratégique de réflexion, instances d'exécution, etc) qui dénotent d'une prise de décision centralisée. En effet, cette structure rationnelle « donne lieu à une forme hiérarchique dans laquelle toutes les informations convergent vers les échelons supérieurs pour une prise de décision centralisée » (116)(p.576), comme le confirme l'organigramme présenté en annexe VII (208). Ainsi donc, pour qu'un projet soit considéré, le directeur général explique que ce projet doit apparaître sur l'agenda du jour de la rencontre du CA. Ce projet n'est officiellement adopté qu'à travers un vote favorable de la majorité des membres du CA.

Le directeur des ressources humaines explique que le processus décisionnel rationnel des CHU anglophones, contrairement au système francophone, présente une structure hiérarchique moins rigide où les acteurs opérationnels ont un accès plus direct aux cadres supérieurs et instances stratégiques qui peuvent « faire passer leurs projets plus facilement et donc il y a moins de perte de temps. C'est pour ça que tout bouge plus facilement ». D'expérience personnelle, le DRH mentionne que toute proposition ou projet concernant les ressources humaines doit obligatoirement passer par le comité de gestion des ressources humaines (CGRH) pour pouvoir arriver à l'agenda du jour du CA

« c'est un très long processus, c'est pour ça que les choses n'avancent pas très rapidement ici. Mais on est obligé de passer par la structure officielle du CHU. Pas moyen de le contourner ».

Des rénovations qui défrichent la voie

En 2010, l'ancien président de l'hôpital a retenu les services d'un architecte externe au CHU afin d'agrandir le parking et de réaménager les espaces réservés au stationnement du personnel et des patients. Selon cet architecte externe, qui s'avère être le frère du conseiller stratégique au président de l'hôpital, cette restructuration mineure s'est faite rapidement car selon lui « c'était de petits changements, plutôt un avis amical que je donnais à un ami ».

Cependant, avec l'arrivée du nouveau président de l'hôpital en 2012, les « avis consultatifs » se sont multipliés pour inclure des réorganisations majeures au niveau de plusieurs services cliniques de l'hôpital, incluant le hall d'entrée de l'hôpital ainsi que le service d'admission et d'accueil pour rénovations majeures « C'est devenu de projet en projet, des demandes démesurées pour des restructurations majeures au niveau de tout l'hôpital » raconte l'architecte externe. A titre d'exemple, l'architecte mentionne le service des urgences qui devait être agrandi, le plateau technique réaménagé de façon à accommoder tous les nouveaux équipements médicaux, le bloc opératoire rénové et restructuré, etc.

Ainsi donc, les rénovations architecturales ont débuté de projet en projet, sans suivre un plan directeur général qui a une vue d'ensemble sur toutes les restructurations, selon l'architecte. Ce n'est qu'en 2016, que ce dernier insiste à élaborer un plan directeur général du chantier qui pourra faire état de toutes les avancées architecturales et planifier la suite des constructions en fonction du budget reçu.

La décision stratégique qui s'officialise

Quoique les travaux de rénovation aient commencé en 2010 de façon informelle, ce n'est qu'en 2012 que le président de l'hôpital annonce au CA l'embauche officielle de l'architecte externe qui va procéder à des rénovations de grande envergure. En effet, la directrice de qualité raconte qu'elle a été invitée à une rencontre du CA pour discuter de la modernisation du CHU, du recrutement de l'architecte et des étapes à venir en termes de gestion de projet pour la restructuration. Un communiqué a été transmis à tous les membres de l'hôpital pour les tenir au courant des travaux qui auront lieu au sein de l'établissement

Un management stratégique

Suivant cette décision officielle, un comité stratégique de réflexion sur le développement de l'infrastructure qui comprend le président de l'hôpital, le directeur des opérations, le conseiller stratégique du président de l'hôpital qui est ingénieur économiste de formation ainsi que le chef du service technique a été formé dans le but de traduire la vision du CHU en termes d'architecture. Le mandat de ce comité stratégique qui se réunit hebdomadairement est de réhabiliter structurellement les différents départements en mettant l'accent sur la fluidité du circuit du patient, qui est une priorité stratégique du CHU. En effet, le conseiller stratégique du président de l'hôpital explique que les membres de ce comité sont responsables de la réflexion et du développement de l'architecture qui opérationnalise le plan stratégique du CHU, en termes d'infrastructure et d'architecture, selon un échéancier et un budget plausibles.

Toute proposition retenue passe par la directrice des finances qui confirme ou réajuste le budget indiqué par ce comité. Ensuite, la proposition est soumise à la direction des soins ainsi qu'à la direction médicale qui valident la viabilité clinique de cette proposition. Le chef du service technique explique que l'avis de la direction des soins infirmiers et de la direction médicale ont toujours été pris en considération lorsque les débats stratégiques et techniques car ce sont « les spécialistes du terrain ».

Le directeur des opérations ajoute que des consultants hospitaliers sont parfois embauchés dans le but de présenter au CA les bénéfices d'un projet retenu, le budget, les retombées ainsi que les implications de ce projet « par ex : HCP (firme de consultations spécialisés en projets hospitaliers) ont été embauchés pour revoir la vision de la modernisation des laboratoires au CHU ».

Un management opérationnel

Ainsi donc, tout l'hôpital a été mobilisé, à différentes étapes, pour cette restructuration de grande envergure qui a touché à tous les services hospitaliers et non-hospitaliers. Le chef d'orchestre est l'architecte qui articule le tout autour des rénovations et prend en considération les diverses demandes cliniques, financières et administratives dans la structure de ses plans architecturaux, en fonction d'un budget déterminé par le comité stratégique de réflexion. En effet, toutes les propositions qui découlent de ce comité sont discutées avec l'architecte pour valider la faisabilité du projet, en termes architecturaux. Ce dernier cite comme exemple

« l'hôtellerie des chambres qui est très importante pour la direction ainsi que l'urgence actuelle devait être agrandie pour accueillir plus de patients. Je dois donc faire en sorte que les rénovations répondent à ces critères ».

Dans le but de répondre aux besoins émis et de bien définir l'espace requis aux rénovations, l'architecte demande parfois conseil à son frère (conseiller stratégique au président de l'hôpital) dans le but de mieux comprendre la culture du CHU et donc de mieux naviguer entre les codes de l'hôpital. En effet, de par sa formation d'ingénierie spécialisée en économie de l'architecture et sa position en tant que conseiller stratégique depuis plus de 20 ans, ce dernier a développé une expertise particulière concernant la dynamique d'interaction entre les membres stratégiques ainsi qu'une compréhension intime des stratégies déployées par ces différents acteurs pour satisfaire leurs propres intérêts. C'est cette expertise spécifique que l'architecte a tenté de canaliser et de s'approprier dans le but de faire avancer ses plans d'architecture et de mener à bien son projet. Sans vraiment avancer de détails, l'architecte mentionne que

« parfois, je demande à mon frère quelle est la meilleure façon de procéder. Il est familier avec le contexte du CHU bien plus que moi. Ça m'aide à mieux comprendre comment les choses fonctionnent ».

Au niveau plus opérationnel, l'architecte planifie des rencontres avec le chef des divers services, l'infirmière surveillante, la DSI ainsi qu'une représentante de la direction de qualité et le chef du service technique dans le but de recueillir plus de détails « terrain » et de spécifier les besoins cliniques et d'équipements à accommoder dépendamment de chaque service. L'architecte donne l'exemple du service d'urgence qui

« a pris beaucoup d'allers et de retours avec les équipes soignantes car ce service est stratégique. Il doit accommoder beaucoup de facteurs externes comme les ambulances, les services d'admission tout en étant très proche du bloc opératoire et du plateau technique pour répondre aux urgences médicales. Le président de l'hôpital a beaucoup insisté sur ce service car beaucoup d'admissions se font à travers les urgences qui doivent être du niveau d'un hôpital universitaire et accueillir un grand nombre de patients. Ce qui n'était pas le cas avant ».

Pour être plus spécifique, ce dernier fait référence au nombre important de changements qui ont pris place pour accommoder les besoins spécifiques des urgences. En effet, l'urgentiste et la surveillante de ce service particulier étaient très exigeants à cause de leur insatisfaction par rapport au service actuel. Conscients de l'opportunité d'amélioration qui s'offrait à eux, ces derniers ont profité de l'occasion pour demander des modifications permanentes. Ceci a entraîné des validations répétitives de leur part, des changements constants dans les plans d'architecture de la part de l'architecte ainsi que des retards et des dépenses additionnelles sur le plan organisationnel.

Résistance et collaboration

Tout au long des rencontres avec les médecins, l'architecte a rencontré beaucoup de résistance de leur part. Ces derniers exprimaient des demandes démesurées et exagérées en termes de rénovations, selon l'architecte qui tentait de prendre en considération leurs demandes. Cependant, il passait outre plusieurs requêtes qui ne pouvaient pas être exécutées, ce qui mettait les médecins devant le fait accompli. En effet, le président de l'hôpital a laissé une marge de manœuvre à l'architecte pour que ce dernier puisse fonctionner efficacement. Ainsi donc, de par son expertise, l'architecte a pu contrôler les zones d'incertitude pour gagner un peu de pouvoir sur les médecins. Cependant, il est à noter que son « pouvoir décisionnel » se limitait aux questions de faisabilité en termes d'architecture, de rénovations et de gestion de projet.

Pour les médecins les moins résistants, ces derniers disaient à la fin des travaux « Ah, c'est très bien, je ne pensais pas que ça allait être comme ça », ce qui a permis d'établir un climat de confiance avec le temps. Pour ceux qui insistaient à voir leurs demandes exécutées, le président de l'hôpital a dû intervenir à plusieurs reprises afin de les rassurer, de leur expliquer que leurs demandes ne sont pas réalistes, que les travaux ne vont pas nuire à leur fonctionnement clinique journalier et que le flux de services sera respecté durant tous les travaux. Cette intervention a pris diverses formes, que ce soit à travers le conseil médical où les chefs de service étaient constamment rappelés de l'importance des travaux ou en rencontres individuelles avec les médecins de chaque service pour répondre à leurs demandes spécifiques.

« Au début des constructions, les médecins étaient agressifs mais ils ont appris avec le temps à me faire confiance » explique l'architecte. « Maintenant, ils ont confiance en ce que je leur dis car ils ont vu plusieurs exemples avant. Maintenant au moins ils

attendent que ce soit complètement finis pour visualiser le tout avant de commenter »
continue ce dernier.

Cette tendance qui a renforcé le climat de confiance entre l'architecte et les médecins a permis de faire avancer les travaux plus rapidement.

Tel que déjà mentionné, le président de l'hôpital a soutenu l'architecte à travers les démarches, surtout en ce qui concerne le ralliement des médecins, ce qui a été très facilitant lors de l'implantation du projet. Le président de l'hôpital lui disait : « Fais tout ce que tu dois faire selon les guidelines et les normes et si tu as des difficultés à gérer les médecins, je prendrai en charge leurs demandes ». Voilà pourquoi, l'architecte était plus à l'aise à consulter les médecins. Parfois, cette consultation était plutôt une « politesse » de la part de l'architecte qui élabore en disant

« même si parfois je sais exactement quoi faire, je prends quand même l'avis des médecins car je ne veux pas les offenser en débutant des travaux dans leurs locaux sans leur consentement. Après tout, c'est comme si je faisais des constructions dans leur maison sans leur accord. Ce n'est pas très correct ».

L'implication opérationnelle des acteurs internes

Les différentes directions du CHU ont été engagées tout au long du processus, dépendamment de leur implication. Le directeur des ressources humaines a été sollicité, une fois la décision émise, dans le but de recruter, développer et former les nouveaux membres des départements et services agrandis. De même la directrice des soins infirmiers s'est occupée de recruter et de former des infirmières afin de suppléer aux demandes cliniques engendrées par l'augmentation du nombre de lits.

De son côté, le service technique et biomédical suit quotidiennement les travaux du chantier dans tout le CHU et rapporte les progressions et problèmes au « comité chantier » dont le mandat est de répondre aux questions plus fines reliées directement aux conditions techniques et biomédicales. Les membres de ce comité se réunissent hebdomadairement avec les ingénieurs du CHU dans le but de discuter de plusieurs niveaux du projet : structure, électromécanique, architecture, budgets provisionnels.

Les défis du projet

Financement

Vu les grands montants inclus dans la restructuration, le président de l'hôpital a été impliqué de très près dans le suivi des investissements financiers et de l'avancée des travaux. Ce dernier explique que la majorité des revenus du CHU sont réinvestis dans la construction. C'est la source principale de financement, accompagnée de prêts bancaires remboursés avec intérêt selon des échéanciers prédéterminés. De plus, le directeur des opérations mentionne que plusieurs associations libanaises à but non lucratif, subventionnent des centres qui sont directement reliés à leur mission et activités comme l'association LH spécialisé en réhabilitation des enfants issus de milieux défavorisés qui a financé le centre de rééducation pédiatrique et de balnéothérapie du CHU.

Cependant, le conseiller au président explique que le CHU souffre de problèmes de recouvrement financier avec les tiers payants publics « Sur papier nous sommes un hôpital qui fait de l'argent mais effectivement, l'argent ne rentre pas. C'est le cas de tous les hôpitaux libanais quand ils font affaire avec le gouvernement ». L'architecte ressent ces difficultés financières lorsqu'il stipule que « les chantiers avancent, les demandes persistent mais l'argent ne suit pas ». Voilà pourquoi, le conseiller au président suggère que le CA

« développe d'autres stratégies pour faire rentrer l'argent comme : ramener la clientèle privée en faveur du public, mettre le plateau technique au service des patients externes pour potentialiser son utilisation et fidéliser une clientèle internationale qui paie ses services de santé comptant ».

Rénovation architecturale et maintien des opérations

L'intégration des travaux architecturaux dans la routine quotidienne clinique du personnel soignant est un obstacle majeur que l'architecte surmonte difficilement. Il explique que « c'est un hôpital universitaire majeur fonctionnant qui doit être rénové. Il n'est donc pas possible de fermer les portes du CHU. Il faut faire avec et espérer que tout le monde soit à bord ». Cette réorganisation architecturale a perturbé le flux clinique, ce qui a créé des résistances parmi le personnel soignant et une exagération des demandes de rénovation. Le chef de service technique explique que

« Si l'hôpital n'était pas fonctionnel, ça aurait été plus facile. La construction se fait calmement avec uniquement l'avis de la direction générale à prendre. Les médecins

et infirmières sont embauchés après coup et doivent travailler dans les locaux qui leur sont assignés ».

Synthèse : L'Hôpital Universitaire, un marketing hospitalier

Ce CHU est de plus en plus concurrencé par les établissements privés et universitaires qui ont pris le pas du changement en développant une réelle volonté stratégique d'adaptation à l'environnement et aux exigences des patients. Face à cette menace stratégique, cet établissement hospitalier à but non-lucratif a enclenché une démarche stratégique active qui a consisté en la modernisation de ses structures hospitalières à travers des restructurations globales ainsi que le développement d'un service médical, à hôtellerie luxueuse, dédié principalement à une clientèle étrangère et locale fortunée. Ces restructurations sont survenues suite à une réorganisation clinique qui a affecté l'ensemble du fonctionnement hospitalier et a permis de mettre en évidence la nécessité de rénover les structures architecturales ainsi que l'importance de l'ouverture sur un marché international.

Une stratégie concurrentielle

À la suite d'une veille stratégique, la direction du CHU a pris conscience du fait que l'établissement d'une offre de prise en charge à destination des malades internationaux est devenue une pratique croissante, dans un marché de la santé qui se mondialise. De plus, pour répondre aux exigences de cette clientèle aisée, l'offre dédiée en matière d'hôtellerie et d'architecture est devenue primordiale en vue d'accorder des services et un environnement « VIP », qu'il s'agisse de suites individuelles ou d'un étage complet dédié à cet effet.

La littérature stratégique mentionne que pour être compétitif sur le marché et perpétuer une certaine performance, il faut miser sur les avantages concurrentiels de l'entreprise afin de se positionner dans un créneau particulier du marché. Voilà pourquoi, les deux projets entrepris au sein de l'hôpital ont capitalisé sur les points positifs du CHU, tout en découlant de la vision à long terme de l'hôpital qui est de renforcer le positionnement stratégique du CHU.

En effet, les acteurs rencontrés ont mis l'accent sur la position dominante du CHU par rapport à la majorité des hôpitaux libanais vu sa réputation en tant que CHU ainsi que la disponibilité d'une technologie de haute pointe et d'une expertise médicale de grande renommée. Selon eux, le développement du service de médecine internationale, contribue au rayonnement de l'hôpital, au niveau national et international.

En outre, la directrice des soins infirmiers mentionne que le CHU a entretenu de fortes relations avec divers partenaires internationaux à travers les années. En plus d'être affilié à l'État français, le CHU est en étroite collaboration avec plusieurs pays européens et nord-américains dans le but de développer des programmes de prise en charge conjoints, une collaboration qui devrait être exploitée selon la directrice de qualité. Cette ouverture sur l'environnement arabe (grâce à la clientèle arabe qui fréquente souvent le CHU) et européen constitue pour le CHU une opportunité de développement d'un portefeuille de relations internationales qui est fondamental au positionnement stratégique du CHU, au niveau local et international.

Une ouverture sur l'environnement

Dans sa lecture de l'environnement, la direction du CHU a été consciente de l'influence de certains acteurs environnementaux sur le processus décisionnel stratégique. Voilà pourquoi, l'implication de groupes d'influence externes tels la firme de consultation pour la réorganisation clinique qui a ouvert la voie à une restructuration clinique et architecturale et les tiers payants privés pour le tourisme médical a permis à la direction du CHU de se rapprocher des nœuds de pouvoir tels qu'identifiés par Crozier et Friedberg (1977). En effet, la maîtrise des relations entre l'organisation et son environnement ainsi que la maîtrise d'une compétence comme celle détenue par l'architecte permet au CHU de créer des liens institutionnels avec son environnement, ce qui le place dans de meilleures dispositions pour gérer son évolution dans son entourage.

Ainsi, à défaut de pouvoir agir sur certains aspects de l'environnement, le CHU a opté pour des alliances stratégiques avec plusieurs acteurs externes lui permettant de se placer en tête de la concurrence, dans le marché compétitif de la santé. Ces deux décisions sont un exemple de l'ouverture dont fait preuve l'hôpital face à son environnement et ses efforts de veille pour survivre dans ce contexte mouvementé. Ce comportement illustre une approche plutôt proactive dans le sens où l'hôpital s'est constamment remis en question, par rapport à la demande de la clientèle et en fonction de la concurrence, dans un environnement turbulent.

Un Mille-Feuille décisionnel

L'analyse de ces deux décisions a montré que le président de l'hôpital n'est pas seul à prendre des décisions stratégiques pouvant impacter la survie de l'établissement. En effet, quoique la structure hiérarchique présentée dans l'organigramme suggère une ligne stratégique bien déterminée,

l'établissement regroupe une multitude d'acteurs à des niveaux hiérarchiques différents, en capacité d'intervenir et d'influencer sur le processus décisionnel.

En outre, le recteur de l'université affiliée au CHU a relevé, à plusieurs reprises, l'implication du CA dans les décisions stratégiques ainsi qu'opérationnelles, puisqu'aucun projet ne peut être accepté au CHU sans être préalablement discuté et approuvé par un vote majoritaire au CA. Cependant, cette implication a été favorable à l'avancée rapide des projets. En effet, en réaction à la bureaucratie professionnelle qui caractérise les organisations de grande taille comme le CHU, le CA se réunit mensuellement et se veut un comité actif et opérationnel, essentiel au bon fonctionnement de l'hôpital. La directrice de qualité mentionne que c'est grâce aux réunions fréquentes du CA actif, à l'implication de tous les acteurs concernés, au partage et à l'adhésion aux buts stratégiques de l'établissement que la réalisation de ces projets d'envergure a été possible au sein d'un établissement aussi grand et diversifié que le CHU.

Une arène de pouvoir

Force est de constater que la pluralité d'acteurs impliqués dans le processus décisionnel permet aux parties impliquées de créer des zones d'incertitudes pouvant conduire à la poursuite d'intérêts personnels. En effet, en tant qu'hôpital centenaire avec différentes générations qui y cohabitent, les divers acteurs du CHU subissent l'effet de taille et d'âge significatifs de l'établissement. Le « clash » culturel et générationnel mentionné à plusieurs reprises par le chef du service technique ainsi que par la directrice de qualité se vit quotidiennement entre les nouveaux membres plutôt jeunes, embauchés récemment, et les acteurs fiers d'appartenir au CHU depuis plusieurs années qui suivent une école de pensée plus théorique, basée sur les anciennes façons de faire. Ce schisme, qui se traduit par des discussions véhémentes lors des réunions de comités et l'apparition d'alliances stratégiques avec l'environnement (président de l'hôpital et architecte consultant), crée des enjeux de pouvoir et des jeux d'acteurs particuliers.

PARTIE 4 : DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans le cadre de cette dernière section, nous proposons un modèle synthétique de la prise de décision stratégique dans les établissements de santé, en contexte pluraliste libanais. La mise en commun de l'analyse des processus décisionnels dans les deux établissements de santé a fait ressortir un ensemble d'éléments et de concepts qui dépassent les particularités propres à chaque établissement. Dans le chapitre 7, nous avançons que le processus décisionnel est difficile à naviguer car il est soumis aux multiples influences des acteurs internes et externes impliqués. De nature évolutive, la prise de décision stratégique se prend sur une longue période de temps et s'empreinte des interactions des acteurs concernés par le processus décisionnel à un moment donné, comme le montre l'analyse des cas traceurs identifiés dans les établissements de santé. Ainsi, il a été question dans ce chapitre de repérer le processus global selon lequel il y a eu la prise de décision stratégique dans ces deux établissements de santé au Liban. L'étude de ce processus a permis d'identifier les acteurs impliqués durant le processus décisionnel. Par la suite, dans le but de mieux comprendre l'influence exercée sur la prise de décision stratégique en contexte pluraliste, nous portons un intérêt particulier sur les stratégies mobilisées par les acteurs identifiés pour influencer le processus décisionnel. Nous notons que ces acteurs ont usé de plusieurs manœuvres pour « s'insérer » dans le cheminement menant à la décision stratégique. De plus, les données recueillies indiquent que les tendances nationales et internationales dans le monde de la santé ont eu une influence majeure sur le processus décisionnel. Par conséquent, le modèle décisionnel récapitulatif ne peut être bien compris sans évaluer la valeur et le poids des jeux de pouvoir des acteurs internes et externes qui entourent les établissements de santé ainsi que la dynamique selon laquelle ces divers éléments se sont couplés pour aboutir à la décision stratégique finale.

Finalement, dans le chapitre 8, nous proposons quelques recommandations concrètes aux preneurs de décision dans les établissements de santé, en contexte pluraliste. Ultimement, les contributions théoriques et pratiques ainsi que les limites de notre étude et les pistes de recherche futures sont présentées dans le dernier chapitre de cette thèse.

Chapitre 7 : Discussion

Dans ce chapitre, nous revenons sur les principales caractéristiques du processus décisionnel dans les établissements de santé libanais qui ont été présentées brièvement dans les chapitres 5 et 6. Par la suite, nous allons répondre aux questions de recherche en proposant une réflexion sur les stratégies employées par les acteurs pour influencer le processus décisionnel ainsi que les jeux de pouvoir qui régissent les interactions entre ces acteurs. A titre de rappel, l'objectif principal de notre étude est de comprendre et d'analyser les processus dynamiques d'interactions entre les acteurs internes et externes à l'organisation de santé qui ont une influence sur la prise de décision stratégique dans les organisations de santé. Finalement, nous présentons un modèle synthétique de prise de décision dans les établissements de santé au Liban que nous illustrons à travers le cheminement récapitulatif des décisions stratégiques, selon la perspective Kingdon.

7.1 Caractéristiques du processus décisionnel

L'analyse des décisions à l'étude (cas traceurs) laisse apparaître que les hôpitaux bénéficient d'une structure décisionnelle à la fois formelle et informelle qui leur permet de profiter des conditions environnementales mouvementées et de s'adapter aux exigences économiques, sociales et politiques qui caractérisent la prise de décision stratégique dans le bassin hospitalier libanais. Ce processus décisionnel s'est avéré être un parcours sillonnant, étendu dans le temps et façonné par les diverses influences qu'il a subies en cours de chemin. Nous résumons donc ces principales caractéristiques comme suit :

- a) La prise de décision stratégique est un processus qui agence les structures formelles avec les dimensions politiques de la prise de décision.
- b) La prise de décision stratégique est un processus dynamique qui évolue à travers le temps, sous l'influence des acteurs impliqués.
- c) La prise de décision stratégique est un processus collectif, impliquant une multitude d'acteurs internes et externes qui influencent le processus décisionnel stratégique.

A. Des structures formelles aux décisions « de corridor »

La présence du CA, la tenue de réunions fréquentes des comités et l'affichage de l'organigramme hospitalier sont des manifestations de la structure hiérarchique et formelle de l'établissement de santé au Liban, tel que soulevé précédemment par l'analyse des résultats. Le recours aux méthodes rationnelles pour aboutir à une décision stratégique s'avère être une pratique courante parmi les acteurs impliqués dans le processus décisionnel compte tenu des diverses analyses internes comme les veilles stratégiques, les rapports financiers et de qualité, etc., qui ont renforcé les processus rationnels des deux établissements et ont influencé le processus décisionnel en produisant des informations fiables, précises et nécessaires à la décision stratégique. Tout au long de ce processus, l'aspect rationnel est maintenu à travers les canaux de communication officiels qui ont permis la diffusion des décisions prises. En effet, à travers la structure hiérarchique et en employant un vocabulaire rationnel constructif, le noyau stratégique de chaque décision a fait parvenir officiellement les différentes décisions, émises par le CA, dans chacun des établissements de santé. Toutefois, l'analyse des processus ayant mené aux décisions suggère que le système formel est renforcé par un système informel actif : le système politique, tel que décrit par Crozier et Friedberg (1977). Très présent dans les hôpitaux à l'étude, ce système politique est utilisé par les acteurs concernés dans le but de contourner les systèmes formels mis en place. Dans les hôpitaux analysés, la dimension politique qui réfère aux collaborations, négociations et créations d'alliances entre les acteurs se passe avant la tenue des réunions officielles de CA. Ainsi donc, durant ces réunions qui sont un passage officiel obligatoire, les acteurs concernés procèdent plutôt à une explication des choix, une argumentation des décisions prises puisque les jeux sont déjà faits, suite à diverses pressions exercées auprès de ces mêmes acteurs. C'est à travers cette dimension politique que les stratégies des acteurs, qui seront élaborées dans la partie suivante de cette section, peuvent être discernées. Ultiment, la description du processus décisionnel montre que l'aspect politique domine sur l'aspect formel dans toutes les décisions étudiées au sein des deux établissements de santé. Ce constat sera élaboré et mis en évidence tout au long de ce chapitre qui décrit minutieusement l'importance de la dimension politique dans le cheminement décisionnel stratégique dans un contexte pluraliste.

B. Caractère temporel du processus décisionnel

Nos résultats mettent en évidence le caractère temporel et graduel du processus décisionnel. En effet, les analyses montrent que le processus de prise de décision stratégique est un long cheminement qui s'étale sur des années que ce soit dans les établissements de santé de petite taille et familiale (8 ans pour la décision d'ouverture d'un HDJ) ou dans les hôpitaux universitaires de grande taille (6 ans pour la décision du tourisme médical préventif).

Basé sur ce qui a été présenté précédemment dans les synthèses des décisions analysées, le lecteur peut désormais constater que l'évolution de la prise de décision se fait de façon évolutive avec plusieurs projets internes qui pavent le chemin aux décisions prises. Il n'y a donc pas de moment précis au cours duquel la décision est prise, mais plutôt un moment où la décision est émise avec plusieurs périodes charnières qui font partie du processus décisionnel et qui ont mené à cette décision stratégique.

C. Nature collective du processus décisionnel

Le travail empirique tend à confirmer que le processus décisionnel est ponctué de négociations, de marchandages et d'alliances suite à l'implication de divers acteurs dans le processus décisionnel. En effet, une multitude d'acteurs en capacité d'intervenir et d'influencer le processus évoluent au sein de ses établissements et sont cooptés par le noyau stratégique de chacune des décisions. Cette stratégie qui a permis la cooptation d'acteurs opérationnels internes dans le cas du CHU ainsi que d'experts externes dans le cas de l'hôpital familial, a rendu la constellation de leadership de plus en plus large ; ceci sera développé plus longuement dans la section suivante. Ces acteurs multiples en constante interaction expriment leurs intérêts parfois divergents et participent à des moments différents du processus décisionnel, selon le projet attribué, leur marge de manœuvre, leur degré d'influence sur ce processus ainsi que leur disponibilité. Dans un tel contexte, les acteurs doivent déployer tout leur « capital politique », contrôler les différentes zones d'incertitude des autres membres et savoir naviguer selon les marges de manœuvre qui se présentent dans le but d'arriver à un consensus dans les décisions tout en préservant leurs intérêts personnels.

En résumé, l'examen des décisions retenues nous permet donc de confirmer que le processus décisionnel est relativement simple en ce sens que les décisions suivent un cheminement bien déterminé, actionnant les instances délibératives à l'interne, et relève d'une structure

organisationnelle bien régulée. Néanmoins, il est aussi très complexe car ce processus décisionnel est fortement influencé par les jeux des acteurs ainsi que par le contexte dans lequel il est conçu. Voilà pourquoi, il devient évident de connaître le comportement des acteurs et de dégager les stratégies, internes et externes, employées pour influencer ce processus décisionnel.

7.2 Des jeux de stratégies individuelles et collectives

Tel que mentionné dans la première partie de ce chapitre, les stratégies des acteurs ont des conséquences non négligeables sur le cheminement du parcours décisionnel dans les établissements de santé. Dans les prochaines lignes, ces stratégies seront mises en évidence afin de comprendre comment les acteurs influencent le processus décisionnel stratégique dans les établissements de santé, en contexte pluraliste.

Stratégie de cooptation

Les résultats de notre étude ont permis de mettre en évidence la stratégie la plus fréquemment adoptée dans les établissements de santé libanais qui est celle de la cooptation d'acteurs internes ou externes, dans le but d'influencer le processus de prise de décision. Tel que décrit par Selznick (1949), le phénomène de cooptation est un processus à travers lequel de nouveaux acteurs, évoluant dans le contexte de l'organisation, rejoignent les nœuds formels stratégiques de prise de décision dans cet établissement (215). Dans le cadre de cette stratégie sous-jacente au processus formel de prise de décision, le noyau stratégique de ces établissements de santé a procédé à une cooptation des acteurs internes (différents acteurs opérationnels des deux établissements) comme des acteurs externes (tiers payants publics et privés) dans un but principal de mobiliser le plus grand nombre de ressources nécessaires au bon déroulement du processus décisionnel. Effectivement, la stratégie de cooptation des acteurs internes ainsi qu'externes a permis de valider le projet promu auprès d'une expertise interne (directrice des finances dans le CHU) ou externe (médecine de travail dans l'hôpital familial), rendant le projet envisagé plus légitime. En employant cette stratégie, les acteurs ont eu recours à un levier de légitimation (expertise) qui a pu influencer le cheminement décisionnel à l'intérieur de l'organisation.

Toutefois, à travers le processus sélectif et arbitraire de cooptation des acteurs internes et externes, le noyau stratégique détient un certain pouvoir d'intervention vu que les acteurs stratégiques jouissent d'une importante marge de manœuvre quant au choix des acteurs qu'ils souhaitent

incorporer au noyau stratégique. L'implication de plusieurs acteurs internes et externes, à différents niveaux hiérarchiques ainsi qu'à des moments variés du processus décisionnel, augmente l'incertitude au sein du noyau stratégique qui devient de plus en plus dépendant des marges de manœuvre contrôlées par les acteurs cooptés. En effet, une fois intégrés dans le processus décisionnel, ces acteurs cooptés profitent de cette opportunité pour garder leurs marges de liberté et contrôler des zones d'incertitude au sein du noyau stratégique dans le but de maximiser leurs avantages (216). Ainsi donc, les acteurs cooptés tentent de contrôler des zones d'incertitude au sein du noyau stratégique en bénéficiant d'une forte base opérationnelle qui leur permet d'exercer des jeux de pouvoir et donc de « négocier » leurs places au sein de cette constellation stratégique élargie, ce que les auteurs Bucher et Stelling (1969) ainsi que Schatzman et al (1963), cités dans Denis et al (2001) identifient comme étant un « negotiated order » (16). En effet, dans leur article sur la dynamique de la constellation de leadership élargie, Denis et al (2001) mettent un accent sur l'importance du soutien que la constellation de leaders reçoit de sa base organisationnelle à travers les acteurs stratégiques ayant une forte base organisationnelle et maintenant une connexion permanente avec le terrain (16). C'est donc en gardant une base opérationnelle forte que les champions du terrain négocient leurs places, et par conséquent leurs pouvoirs, au niveau de la constellation de leadership (16).

De plus, les données empiriques mettent l'accent sur l'augmentation de l'activité politique à tous les niveaux hiérarchiques de l'établissement de santé, suggérant que la constellation de leadership se voit élargie pour inclure des acteurs stratégiques relevant du système formel ainsi qu'informel de prise de décision stratégique. Ce constat est appuyé par West et al (2014) qui montrent que le pouvoir et l'influence circulent à travers les structures organisationnelles hiérarchiques formelles ainsi qu'informelles, ce qui rend l'inclusion des différents acteurs organisationnels, dans la constellation de leadership, nécessaire à la progression du processus décisionnel dans les organisations (217). Denis et al (2001) renforcent cette idée en stipulant que le pouvoir légitime au « Top » des organisations est souvent dilué par l'influence et le pouvoir des acteurs stratégiques externes ainsi qu'internes des différents niveaux hiérarchiques (16). Ces jeux de pouvoir mettent en évidence l'importance des « décisions de corridor » qui influencent considérablement le pouvoir d'intervention formelle et légitime organisationnel. En effet, les acteurs concernés par le processus décisionnel déploient divers jeux stratégiques dont le but est de faire parvenir la décision finale aux

réunions du CA de façon à ce que les jeux soient faits avant la tenue des réunions du CA qui permettent de valider et légitimer les décisions développées précédemment.

Cependant, à travers les cas analysés, nous constatons que ce ne sont pas les mêmes acteurs qui sont responsables de la cooptation des acteurs externes. En effet, les acteurs opérationnels de l'hôpital familial établissent des relations et des contacts avec les acteurs externes dans le but d'influencer le processus décisionnel interne alors que pour le CHU, ce sont les acteurs de niveau hiérarchique supérieur qui entretiennent ces relations. Cette différence peut être expliquée par le fait que les membres du noyau stratégique interne, impliqués dans les relations avec l'environnement externe sont tributaires du choix de l'acteur externe mobilisé pour une décision déterminée. Plus spécifiquement, la nature des contacts établis avec l'environnement externe dépend de la décision en question ainsi que des acteurs externes à l'établissement de santé concernés par cette décision. C'est le cas de plusieurs acteurs externes du contexte sanitaire libanais comme les organisations professionnelles, les ONG ainsi que les firmes pharmaceutiques qui font partie du contexte mouvementé dans lequel évoluent nos deux établissements de santé mais qui jouent un rôle limité dans le cadre des processus analysés. En effet, les acteurs externes sont sollicités selon les décisions en jeu et leurs influences potentielles vis à vis des processus décisionnels en question.

Dans le cas de notre étude, les acteurs externes qui influencent le processus décisionnel des hôpitaux sont les tiers payants privés et publics qui, à travers leurs politiques de financement, créent des facteurs de contexte intégrés aux jeux de pouvoir des acteurs stratégiques. En effet, l'analyse des cas traceurs montre que les hôpitaux se sont adaptés aux demandes des tiers payants en développant des projets qui répondent aux couvertures financières de ces acteurs externes. Dans le but d'influencer et de contrôler ces facteurs de contexte dans un sens qui maximise leurs intérêts, le noyau stratégique des établissements a procédé à la cooptation de ces acteurs externes. En effet, l'implication des tiers payants dans le processus décisionnel, dans une démarche stratégique participative, a modifié l'offre de services de santé des hôpitaux dans le sens de développement de projets qui répondent aux problématiques subventionnées par les tiers payants. Cette stratégie « opportuniste » adoptée par les hôpitaux met l'accent sur le pouvoir d'influence que les tiers payants possèdent sur les établissements de santé. Effectivement, en considérant les décisions analysées, nous constatons que la position et les intérêts des tiers payants sont constamment pris en considération par le noyau stratégique de l'établissement qui réalise que le processus décisionnel

stratégique n'aboutira qu'en cas de convergence d'intérêts entre les hôpitaux et les tiers payants. Considérés comme des acteurs facilitateurs, ces derniers influencent donc les choix décisionnels du noyau stratégique et modifient le comportement des acteurs en conditionnant le financement à telle ou telle exigence.

Stratégie d'adaptation à l'environnement

Dans ce contexte de marché de santé compétitif, le développement chaotique du secteur sanitaire a forcé les établissements de santé à adopter un management entrepreneurial des hôpitaux dans le but de surmonter les enjeux financiers principalement. En effet, le DG gère son institution de santé comme une entreprise privée qui procède à des réflexions stratégiques de positionnement afin d'assurer la survie de son établissement. Les cas analysés montrent que ces établissements de santé ont procédé à une réorganisation clinique et architecturale dans le but de s'adapter à l'environnement qui devient de plus en plus compétitif. Un parfait exemple de stratégie d'adaptation à l'environnement est l'ouverture du service de médecine de travail dans l'hôpital familial qui a su profiter de sa position stratégique. Les éléments du contexte géographique, dans notre cas l'emplacement de l'hôpital familial au milieu d'un bassin d'usines industrielles, a influencé le processus décisionnel stratégique interne en réorientant les activités hospitalières à travers le développement du nouveau projet. Les hôpitaux libanais sont donc considérés comme une entreprise à but lucratif dont le service offert est « les soins de santé ». En gardant en arrière-plan les missions et valeurs d'une organisation hospitalière et en utilisant les arguments d'un meilleur service à la population, les acteurs stratégiques sont en accord pour dire que les établissements de santé agissent comme des entreprises professionnelles privées, soumis aux règles compétitives du marché et régulés selon une logique marchande.

Cette interaction permanente implique de multiples jeux d'alliances avec les acteurs externes à l'organisation. En effet, les tiers payants privés, indépendants de la morphologie structurelle de l'organisation, se voient sollicités en tant que partenaires stratégiques dans presque tous les processus décisionnels étudiés. Ces derniers, qui orientent le devenir organisationnel grâce à leur expérience de l'environnement et par conséquent à travers la mobilisation des ressources vitales pour l'organisation de santé libanais (ressources financières) contrôlent une zone d'incertitude vitale pour l'organisation (52). Le pouvoir de ces acteurs externes repose donc essentiellement sur la

détention de capitaux financiers : ce qui leur donne un pouvoir considérable sur l'influence des choix stratégiques des ceux-ci en conditionnant l'octroi des fonds à tels ou tels projets.

En outre, l'adaptation à l'environnement n'est possible qu'à travers une veille stratégique rigoureuse qui permet de repérer dans le contexte les opportunités de toutes sortes, y compris les besoins de la population à desservir. A travers le récit des cas analysés, le lecteur peut constater que les différents acteurs des établissements de santé accordent beaucoup d'importance à cette activité stratégique, spécifiquement le DG qui priorise la vigilance environnementale en y consacrant des ressources et du temps. Ce constat est illustré par le fait que la direction du CHU adopte constamment une approche proactive dans sa lecture de l'environnement, dans le sens où l'hôpital s'est remis en question à plusieurs reprises par rapport à la concurrence avec les autres hôpitaux, les demandes de la population et les tendances nationales en santé, ce qui l'a poussé à entreprendre des projets innovateurs dans la région tel le tourisme médical en soins préventifs. Selon Bergeron et al (2009), cité dans Drevon et al (2018) "la veille stratégique aiderait à réduire l'incertitude en offrant une meilleure compréhension de l'environnement externe. Elle contribuerait donc à soutenir directement la prise de décision en amont" (218)(p.32). Dans le cas de notre phénomène à l'étude, il s'agit principalement de repérer les opportunités financières, les tendances nationales qui stimulent la compétitivité ainsi que les différentes perspectives des acteurs externes afin d'en tenir compte dans le processus décisionnel stratégique. Or, il est important de noter que cette relation interdépendante avec l'externe va dans les deux sens. En effet, les tiers payants privés sont conscients de l'apport des établissements de santé pour leurs propres survies, rendant cette alliance bénéfique pour tous les acteurs concernés. Ce pouvoir de maîtrise des relations avec l'environnement, pour reprendre les termes exacts de Crozier et Friedberg (1977), est reflété à travers la capacité des acteurs internes à mobiliser et manipuler les réseaux de relations à l'extérieur grâce parfois à des relations interpersonnelles, des intérêts communs et parfois des discussions informelles de corridor.

Nous pouvons déduire que cette veille stratégique est donc potentialisée par l'implication sociale des dirigeants des hôpitaux dans leurs communautés respectives. Effectivement, que ce soit l'hôpital familial dont le dirigeant a été élu maire de la ville qu'il dessert ou l'hôpital universitaire dont le DG appartient à une communauté religieuse spécifique bien ancrée dans la société libanaise. De part ces liens sociaux tissés depuis plusieurs générations, les dirigeants de ces établissements de santé ont un accès direct à tout ce qui se passe dans leur région, voire même au niveau national. Ils sont

entourés d'accompagnateurs qui les tiennent au courant de tous les faits et nouveautés dans la communauté, rendant la veille stratégique plus efficace. Ainsi donc, en misant sur les avantages concurrentiels, la veille stratégique a permis au noyau stratégique de s'adapter à l'environnement, à plusieurs reprises, en adoptant des projets innovateurs dans la région et qui répondent aux besoins cliniques grandissants de la communauté.

Stratégie de mobilisation des instruments et des ressources

Selon Dente (1995), cité dans Perret (2010), l'utilisation des instruments et ressources est « une voie par laquelle l'État peut modifier un ou plusieurs éléments d'un jeu politique dans le but d'obtenir un certain résultat » (219)(p.33). Lascoumes et Simard (2011) renforcent cette idée en stipulant que « l'instrument matérialise les intentions des acteurs politiques » (220)(p.6). Ainsi donc, l'ensemble de ces travaux convergent pour considérer l'emploi des instruments et ressources comme étant des décisions prises par les acteurs politiques de façon opportuniste, dans le but de satisfaire leurs propres intérêts (220).

Adapté à notre contexte d'étude, plusieurs auteurs ont misé sur les instruments et ressources qui leur sont disponibles (ressources organisationnelles, information, etc.) ainsi que sur les instruments et ressources de l'environnement afin de mieux orienter les décisions stratégiques et donc d'obtenir un résultat qui leur convient.

Parmi les instruments et ressources repérés dans les cas analysés, nous citons :

- Compétences : C'est le cas des champions et porteurs des projets qui mettent à profit leurs compétences respectives (financières, qualité, etc.) pour produire des ressources (audits de qualité, rapports financiers, rencontres avec les acteurs opérationnels des différents niveaux hiérarchiques, etc.) qui peuvent influencer le processus décisionnel dans un sens particulier. A titre d'exemple, l'architecte du CHU a pu mobiliser son expertise particulière en architecture pour gagner la confiance des médecins (groupe résistant) au fur et à mesure que les rénovations avançaient.
- Information : Selon Drevon et al (2018), « l'information influence la prise de décision en permettant au décideur de mieux comprendre les contraintes dans son environnement, d'identifier des solutions, et d'envisager les conséquences de chacune d'entre elles » (218)(p.31). Ce constat est illustré par les activités de veille stratégique dans nos deux

établissements de santé qui permettaient aux acteurs d'accéder à l'évolution des tendances en santé dans leur environnement. En mobilisant les meilleures informations au bon moment, l'administration des hôpitaux développe un esprit de compétitivité qui influence le processus décisionnel stratégique dans ce sens.

- Règles et structures organisationnelles : Souvent appréhendées à cause de leur rigidité perçue, les structures organisationnelles sont cependant considérées comme des leviers à exploiter par les acteurs qui acceptent le concept de structures organisationnelles évolutives (221). C'est le cas du directeur des opérations du CHU qui utilise son savoir organisationnel comme levier pour naviguer dans les structures organisationnelles et par conséquent être en position d'influence du processus décisionnel stratégique comme le mentionnent Crozier et Friedberg (1977). Ces derniers citent le savoir organisationnel comme étant une source de pouvoir que mobilisent les acteurs qui veulent influencer le cheminement décisionnel à l'intérieur d'une organisation. En outre, Lascoumes et Le Galès (2007) spécifient que les instruments législatifs et de régulation comme les règles et structures organisationnelles sont une manifestation majeure d'un pouvoir légitime détenu par les acteurs qui les mobilisent puisque ces instruments puisent leur robustesse dans le respect des procédures décisionnelles et stratégiques (222).
- Normes et réglementations externes: D'autres acteurs ont mobilisé les instruments de l'environnement qui sont à leur disposition pour valider un besoin qui doit être comblé, selon les règles du marché, par le processus décisionnel stratégique en cours. Cette constatation est illustrée par l'exemple de la médecine de travail dans l'hôpital familial lorsque le champion a fait référence aux violations de l'article 59 de la Sécurité Sociale libanaise et au non-respect du Code de travail libanais pour influencer positivement son service de médecine de travail qui viendra combler les lacunes présentes dans le système de santé libanais.
- Opportunité interne : Les champions se sont appuyés sur les restructurations internes en cours (nouvelle architecture qui prend en compte les locaux des nouveaux projets) pour créer un momentum et faire une pression interne sur les niveaux hiérarchiques supérieurs, ce qui pourrait influencer le processus décisionnel dans le sens d'une adoption immédiate des projets.
- Opportunité externe: En saisissant une opportunité de développement vers l'externe, le champion du CHU a profité de l'ouverture de l'hôpital universitaire à la clientèle arabe et européenne afin de développer un portefeuille de relations qui peut éventuellement mener à des

alliances stratégiques externes, dans le but de sanctionner les décisions internes prises et par conséquent influencer le processus décisionnel dans le sens de l'adoption d'un service de tourisme médical. De plus, le développement d'un réseau international sert aussi à forger des alliances externes avec une clientèle étrangère dont les atouts financiers répondent aux critères du CHU, dans le sens où l'administration pourra garantir un maximum de rentabilité et une augmentation du taux d'occupation des lits du nouveau service si cette clientèle fréquente le CHU. Ce constat facilite le processus décisionnel du tourisme médical car ces coalitions étrangères répondent aux incertitudes financières de l'administration du CHU créées par la crise économique que traverse le pays.

Lascoumes et Le Galès (2007) reconnaissent la dimension politique du choix des instruments qui découle des intérêts et des rapports de force entre les différents acteurs (222). Ainsi donc, l'utilisation des instruments par les différents acteurs impliqués dans le processus décisionnel permet une redistribution des relations de pouvoir entre ces acteurs (219). En effet, si les instruments ont pour objectif « d'influencer les comportements, ils ne sont pas dissociables du jeu politique et donc de la distribution des ressources qu'ils induisent » (219)(p.43). Basé sur ce qui précède, Lascoumes et Le Galès (2007) suggèrent que les stratégies des acteurs et leur capacité d'influence dépendent, entre autres, des instruments qu'ils mobilisent, mettant l'accent sur l'aspect politique des instruments (222).

Stratégie de négociation et de collaboration

Les stratégies de négociation et de collaboration sont largement utilisées par les acteurs pour établir des alliances collaboratives que ce soit à l'interne (champion opérationnel-acteur stratégique de niveau hiérarchique supérieur) ou à l'externe (acteur stratégique interne-tiers payants privés externes). En effet, les résultats produits montrent que ces stratégies sont employées, à maintes reprises, par les champions, en l'occurrence le porteur du projet de médecine de travail (urgentiste) qui a impliqué un expert externe (chef d'entreprise) dans les négociations relatives au processus décisionnel, dans le but d'influencer un acteur stratégique hiérarchiquement supérieur (directrice administrative) résistant au projet. Cette stratégie va plus loin lorsque le choix du chef d'entreprise en question est tout aussi stratégique que la décision de l'impliquer. En effet, considérant la relation antérieure entre la directrice administrative et cet acteur externe, un lien de confiance est déjà établi entre eux, ce qui rend l'influence d'un acteur sur l'autre à travers le dialogue et les conseils plus

certaine. Ces alliances collaboratives avec des alliés influents se forment dans le but d'atteindre un alignement stratégique entre les acteurs et donc d'influencer le processus décisionnel dans une perspective de gagnant-gagnant, de sorte que l'établissement hospitalier remplisse au mieux sa mission à travers cette décision stratégique tout en préservant les intérêts des acteurs concernés par ce processus décisionnel.

En outre, ces jeux d'alliance se basent essentiellement sur une recherche d'expansion de pouvoir. Effectivement, selon Lainey (2017), une personne en position d'expansion dispose de beaucoup de pouvoir ainsi que de nombreux alliés qui renforcent la position de force de cet acteur (223). Voilà pourquoi, les acteurs stratégiques ont cherché à étendre leurs pouvoirs en dehors de leurs champs d'expertise en s'associant à des acteurs dont les compétences renforcent leurs marges de liberté et par conséquent renforcent leur pouvoir d'expansion. Les gains de pouvoir que fait un acteur qui migre vers la recherche d'expansion dans son contexte sont notables et bénéfiques pour l'acteur en particulier ainsi que pour ses alliés puisqu'il mobilise ses bases de pouvoir et son capital politique dans le but de les aider (223, 224).

Or, ces relations d'alliance forgées sont fragiles et doivent s'inscrire dans une relation de confiance qui s'étend à tous les niveaux de l'organisation. En effet, les données empiriques montrent que les collaborations négociées sont constamment influencées par les liens d'autorité existants à travers la structure organisationnelle (surtout familiale) ainsi que la culture des établissements qui placent certains acteurs au sommet hiérarchique (CA, DG, directeurs, etc.) et leur confèrent des pouvoirs d'« autorité absolue ». Ceci laisse penser que les collaborations négociées sont parfois ressenties comme étant « forcées » par les acteurs opérationnels qui n'ont le choix que d'accepter les alliances et collaborations proposées, dans le but de soutenir les projets de l'établissement. Ce sentiment peut nuire à la stratégie de collaboration lorsque la relation de confiance se brise.

Stratégie de création de valeurs et de culture organisationnelle

A ce stade de l'analyse, nous pouvons constater que les stratégies poursuivies par les différents acteurs comme les alliances collaboratives et la cooptation d'acteurs internes et externes ont permis d'élargir la constellation de leadership et ainsi étendre le réseau d'influence qui permet ultimement une prise de décision stratégique. En outre, dans ce contexte pluraliste, les acteurs stratégiques ont des intérêts divergents et évoluent dans des directions différentes, ce qui rend la convergence d'intérêts autour d'un même projet d'établissement difficile.

Voilà pourquoi, pour y arriver, le noyau stratégique s'est activé à créer un contexte favorable à la convergence souhaitée en misant sur les valeurs et normes comme conditions pour agir sur le contexte. Effectivement, pour reprendre les propos de Crozier et Friedberg (1977), les valeurs et les normes sont perçues comme des atouts que possèdent les acteurs, et qui influencent le processus décisionnel. C'est dans cette perspective, que le noyau stratégique des établissements de santé s'est activé à rallier les acteurs concernés par le processus décisionnel autour d'une même vision et d'un objectif commun en usant de sa connaissance profonde de la culture et des valeurs de l'hôpital, dans le but d'obtenir un consensus décisionnel. Ce constat s'applique à l'hôpital familial ainsi qu'à l'hôpital universitaire centenaire où le sentiment d'appartenance et d'adhésion des acteurs à une vision commune sont renforcés par l'âge et la culture de chacune de ces organisations. Cet « appel aux émotions et aux valeurs » est une stratégie d'influence proactive, définie par Gary Yukl (2002), chercheur américain et spécialiste dans le domaine du leadership, qui permet « d'obtenir l'engagement des membres à travers l'association des objectifs aux valeurs, espoirs et besoins de la personne [ou organisation] visée » cité dans Bélanger (2007), (p.4)(225).

Dans cet ordre d'idées, et dans le but de renforcer le ralliement des acteurs autour d'une même vision, le noyau stratégique mobilise un langage de communication symbolique qui fait partie de leurs interactions quotidiennes (226) dans une culture entrepreneuriale qui domine dans les deux hôpitaux. Effectivement, dans le but d'agir sur le contexte et de créer des conditions favorables à la convergence d'intérêts des acteurs, ces acteurs stratégiques mobilisent un vocabulaire et un choix de termes surtout orientés vers les aspects financiers des décisions, ce qui regroupe tous les acteurs autour de la même table. En effet, cette stratégie adoptée surtout par les professionnels de santé impliqués dans le processus décisionnel a pour but de les placer dans l'arène des décideurs et de prouver qu'ils maîtrisent l'expertise nécessaire à l'influence du processus décisionnel qui s'avère être moins relié aux questions de santé et plus aux tendances managériales du moment. En effet, ces derniers misent sur l'aspect novateur des services créés qui seront une source intarissable de revenus, comme l'indique les membres du noyau stratégique des deux hôpitaux concernés lorsqu'ils qualifient l'ouverture d'un nouveau service de « projet rentable financièrement pour l'hôpital ». Ces propos ont aidé à réorienter les intérêts et les attentes des acteurs concernés par ces décisions stratégiques et donc de les convaincre de l'intérêt (surtout financier) des projets en cours.

Pour ce faire, les professionnels de la santé ont expliqué leurs versions des événements du cheminement décisionnel des décisions en s'exprimant tel un financier, un analyste ou un stratégeste capable d'analyser l'environnement, de décrire l'évolution des marchés, d'expliquer les causes de la crise financière qui touche le pays et de présenter les différentes solutions aux impasses que vivent les établissements de santé libanais, surtout en termes d'influence politique et d'implication du MSP. En effet, les termes comme « Business plan », « étude de marché » et « offrir des services plus compétitifs » employés lors de l'entrevue pour décrire leurs initiatives, ne font pas partie du vocabulaire régulier d'un urgentiste ou même d'une directrice médicale.

Stratégie de culture entrepreneuriale

Pour donner suite à tout ce qui a été discuté précédemment, nous pouvons déduire que le pouvoir d'influence sur le processus décisionnel stratégique est diffusé au sein de l'établissement de santé, principalement grâce à la constellation de leadership élargie à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation.

Ceci rejoint la perspective de Denis et al (2012) "Spreading Leadership" qui implique que les projets organisationnels n'avancent pas sans l'implication des différents acteurs stratégiques (leaders, champions, porteurs de projets, etc.) dans la constellation élargie, à différents moments du processus et à tous les niveaux hiérarchiques puisque le "Shared Leadership" est distribué sur tous les niveaux organisationnels (216). Plus spécifiquement, les champions et porteurs de dossiers organisationnels, dans une vision d'entrepreneurship et d'intrapreneurship, s'activent à faire avancer leurs projets à travers l'usage de diverses stratégies qui leur permettent de promouvoir et, éventuellement, concrétiser leurs initiatives. Cependant, pour y arriver, Toulouse (1988), cité dans Allali (2003), explique qu'« il est nécessaire d'instaurer un contexte stratégique incitatif et favorable à l'éclosion d'initiatives entrepreneuriales » (227)(p16). Robinson (2001), cité dans Allali (2003), va dans le même sens en mettant l'accent sur « une philosophie entrepreneuriale faisant partie intégrante de la culture élargie de l'organisation » (227)(p17). L'interprétation des résultats de cette thèse confirme la présence d'un contexte entrepreneurial ainsi que d'une culture intrapreneuriale dans les établissements de santé libanais, mettant l'emphase sur le caractère proactif des leaders, champions et porteurs de dossiers des établissements de santé.

Ainsi donc, cette « activation » des champions, qui se fait sur une longue période de temps, enclenche la formation d'une constellation de leadership partagée, à travers l'implication d'acteurs

internes ou externes, à différentes étapes du processus, dans le but de manœuvrer la progression du processus décisionnel. Toulouse (1988), cité dans Allali (2003), considère l'intrapreneuriat [et donc l'entrepreneuriat puisque « l'intrapreneuriat pourrait être vu comme une forme particulière de l'entrepreneurship au sens où les deux concepts font référence à des comportements, des processus et des ensembles de traits de personnalité analogue » (Carrier (1993) cité dans Allali (2003), (227)(p6)] comme « une stratégie dont l'utilité est très importante surtout dans un environnement fluctuant et incertain où les stratégies classiques ne sont que de peu d'utilité » (227)(p18).

En somme, dans cette section, nous affirmons que le processus décisionnel stratégique est influencé non seulement par les stratégies des acteurs concernés qui s'avèrent être partagées par les deux établissements de santé analysés dans le cadre de notre étude mais aussi par les interactions avec le contexte externe qui ajoutent un niveau d'influence sur le processus décisionnel. L'examen des jeux de pouvoir qui interviennent dans les différents processus décisionnels nous permet de constater que la catégorie d'acteurs impliqués dans l'influence de ce processus demeure sensiblement la même, quel que soit le processus étudié, et est réparti sur tous les niveaux hiérarchiques.

Finalement, les six stratégies majeures mises en évidence dans cette section sont résumées en détail dans le tableau 17 ci-dessous :

Tableau 17: Principales stratégies employées pour influencer le processus décisionnel.

	Jeux stratégiques	Relations de pouvoir
Stratégie de cooptation	Cooptation formelle et informelle d'acteurs internes et externes	Pouvoir légitime et formel Pouvoir d'intervention du noyau stratégique Pouvoir d'influence des acteurs cooptés
	Renforcement de la base opérationnelle	
	Constellation de Leadership élargie	
	Démarche stratégique participatif	
	Légitimation du processus décisionnel	
Stratégie de négociation et de collaboration	Diminution des résistances	Pouvoir d'expansion Pouvoir d'« autorité absolue» de certains acteurs au sommet hiérarchique
	Formation d'alliances collaboratives internes et externes	
	Mobilisation des bases de pouvoir et du capital politique	
	Collaboration parfois « forcée »	
Stratégie de mobilisation des instruments et des ressources	Compétences	Pouvoir d'influence dépendamment des instruments et ressources mobilisés
	Règles et structures organisationnelles	
	Information	
	Normes et réglementations externes	
	Opportunité interne	
	Opportunité externe	
Stratégie de création de valeurs et de culture organisationnelle	Stratégie d'influence proactive à travers l'appel aux émotions et aux valeurs.	Pouvoir d'influence et de suggestion
	Ralliement autour d'une vision et objectif communs	
	Vocabulaire stratégique et entrepreneurial	
	Langage de communication symbolique	
Stratégie de culture entrepreneuriale	Spreading Leadership Shared Leadership	Pouvoir d'innovation
	Instauration d'un contexte stratégique	
	Vision d'entrepreneurship et d'intrapreneurship	
Stratégie d'adaptation à l'environnement	Management entrepreneurial	Pouvoir d'échange de ressources avec l'environnement Pouvoir de maîtrise des relations avec l'environnement
	Veille stratégique et avantages concurrentiels	
	Mobilisation des instruments de l'environnement (ressources financières)	
	Vigilance environnementale	
	Développement d'un réseau international	

7.3 Modèle synthétique de prise de décision

Pour reprendre ce qui est développé dans les écrits sur la prise de décision stratégique, les organisations de santé évoluent dans un contexte pluraliste où une multitude d'acteurs internes à l'organisation ainsi qu'externes déploient de multiples stratégies pour influencer le processus décisionnel stratégique.

Appliquées au contexte de notre étude, nous constatons que les six stratégies relevées ont influencé le processus décisionnel d'une façon ou d'une autre.

Le tableau 18 ci-dessous présente ces stratégies déployées par les différents noyaux stratégiques, dans le processus décisionnel, en fonction de chacune des décisions étudiées dans les deux établissements de santé considérés.

Tableau 18: Stratégies déployées en fonction des décisions étudiées

	Hôpital Familial		Hôpital universitaire	
Dimensions/ Décisions étudiées	Ouverture d'un Hôpital de Jour	Création du service de Médecine de travail	CHU à l'international	Réaménagement de l'hôpital
Durée du processus	8 ans	2 ans	5 ans	7 ans
Degré de cohésion du noyau stratégique initial	Fort (harmonie et adhésion entre les acteurs principaux et alignement des objectifs organisationnels et stratégiques)	Moyennement fort (acteurs entrepreneurs, ayant une forte base opérationnelle mais discordance stratégique entre les membres)	Fort (acteurs influents avec intégration environnementale importante)	Moyennement fort (acteurs ayant une forte base opérationnelle mais besoin d'appui politique et de pouvoir)
Degré de cooptation de la constellation de leadership	Couplage moyennement élevé avec les acteurs internes (chef du bloc opératoire, directeur financier)	Couplage élevé avec les acteurs externes (expert médical, chef d'entreprise)	Couplage élevé avec les acteurs externes (tiers payants privés, clientèle internationale) et les acteurs internes (directrice financière et directeur des opérations)	Couplage moyennement élevé avec les acteurs internes (différentes directions opérationnelles)

Jeux de Stratégies	Stratégies de cooptation (renforcer la base opérationnelle)	Stratégies de cooptation (rallier les membres du noyau stratégique, légitimer le projet, Impliquer les acteurs externes dans la démarche stratégique)	Stratégies de cooptation (obtenir la coopération et le soutien des acteurs externes)	Stratégies de cooptation (assurer le soutien opérationnel)
	Stratégie d'adaptation à l'environnement (tendances nationales et internationales de virage ambulatoire)	Stratégie d'adaptation à l'environnement (bénéficier des liens sociaux avec l'entourage, veille stratégique et avantages concurrentiels)	Stratégie d'adaptation à l'environnement (veille stratégique, mobilisation des ressources de l'environnement)	Stratégie d'adaptation à l'environnement (pression de modernisation pour survivre)
	Stratégie de mobilisation des instruments et des ressources (compétences, embauche de nouvelles ressources)	Stratégie de mobilisation des instruments et des ressources (normes et réglementations externes)	Stratégie de mobilisation des instruments et des ressources (informations, expertise financière, opportunité externe)	Stratégie de mobilisation des instruments et des ressources (règles et structures organisationnelles, opportunité interne)
	Stratégie de négociation et de collaboration (diminution des résistances et engagement du corps médical)	Stratégie de négociation et de collaboration (influencer les membres résistants du noyau stratégique)		Stratégie de négociation et de collaboration (formation d'alliances collaboratives internes)
		Stratégie de culture entrepreneuriale (stimuler et supporter l'intrapreneurship du champion)	Stratégie de culture entrepreneuriale (présence d'un entrepreneur politique, adoption de langage et vision entrepreneuriaux)	Stratégie de culture entrepreneuriale (compétitivité architecturale, positionnement hospitalier stratégique)
	Stratégie de création de valeurs et de culture organisationnelle (culture familiale prédominante,			Stratégie de création de valeurs et de culture organisationnelle

	Ralliement autour d'une vision et objectif communs)			(culture centenaire et identité religieuse)
Poids des acteurs internes	Important (expertise financière, ralliement à la base opérationnelle, pouvoir légitime et formel du noyau stratégique)	Moyennement important (champion visionnaire et entrepreneur avec un pouvoir d'expertise mais nécessite une intégration avec l'environnement)	Important (formation d'alliances internes, mobilisation de l'information, pouvoir d'expertise et d'influence des acteurs cooptes)	Important (maîtrise des compétences, mobilisation du savoir organisationnel, implication opérationnelle à tous les niveaux)
Poids des acteurs externes	Faible (non considéré dans cette décision)	Important (partie prenante dans la démarche stratégique décisionnelle, pouvoir d'expertise qui légitimise)	Important. (maîtrise des relations avec l'environnement, création d'un réseau international)	Faible (non considéré dans cette décision)
Poids de l'environnement (Couplage Organisation-Environnement)	Élevé (changement de politique des tiers-payants)	Élevé (lecture entrepreneuriale de l'environnement, « creative opportunism »)	Élevé (évolution concurrentielle, positionnement stratégique)	Modéré (concurrence architecturale)

Basé sur ce tableau récapitulatif, nous constatons que les stratégies employées par les acteurs impliqués dans le processus décisionnel diffèrent peu selon la nature et la taille de l'hôpital puisque ces mêmes six stratégies se retrouvent dans les 4 décisions étudiées. En effet, les acteurs stratégiques ont recours aux stratégies de négociations et de collaboration, dans l'hôpital familial ainsi que dans l'hôpital universitaire, dans le but de former des alliances internes ainsi qu'externes.

Le processus décisionnel se voit donc influencé de la même façon dans les deux institutions, dans un sens qui sert à promouvoir l'intérêt des alliances formées.

De plus, à travers la stratégie de mobilisation des instruments organisationnels (règles et structures, expertise et compétence, information) ainsi qu'environnementaux (veille stratégique, management entrepreneurial, avantages concurrentiels) qui sont à leur disposition dans un contexte pluraliste, les acteurs stratégiques font preuve de leadership, dans les deux établissements de santé, et s'engagent

dans des relations d'alliance dans le but d'établir une constellation de leaders élargie et répandue à tous les niveaux de l'organisation.

A travers ces stratégies de cooptation d'acteurs internes et externes que nous retrouvons dans toutes les décisions, la constellation de leadership collectif s'est ainsi élargie pour inclure diverses parties prenantes et étendre le réseau d'influence permettant ultimement une prise de décision stratégique. La diversification des acteurs cooptés selon les besoins de la décision à l'étude, comme le montre le tableau ci-dessus, rend compte de la complexité des décisions et met en évidence la dimension politique du processus décisionnel. Effectivement, les décisions complexes considérées dans le cadre de notre étude ont nécessité la cooptation de plusieurs acteurs internes et externes, ce qui met un grand nombre d'acteurs en interaction, avec un usage progressif des stratégies dans le temps, rendant la dimension politique de plus en plus évidente dans les établissements de santé pluralistes. De plus, les acteurs cooptés ont acquis un pouvoir formel ainsi qu'informel qui a renforcé leur crédibilité et leur a permis de faire avancer efficacement le processus décisionnel, malgré leurs intérêts différents. Ces acteurs, répartis sur tous les niveaux organisationnels forment donc une constellation de leadership élargie dont le pouvoir est diffus dans tout l'établissement de santé.

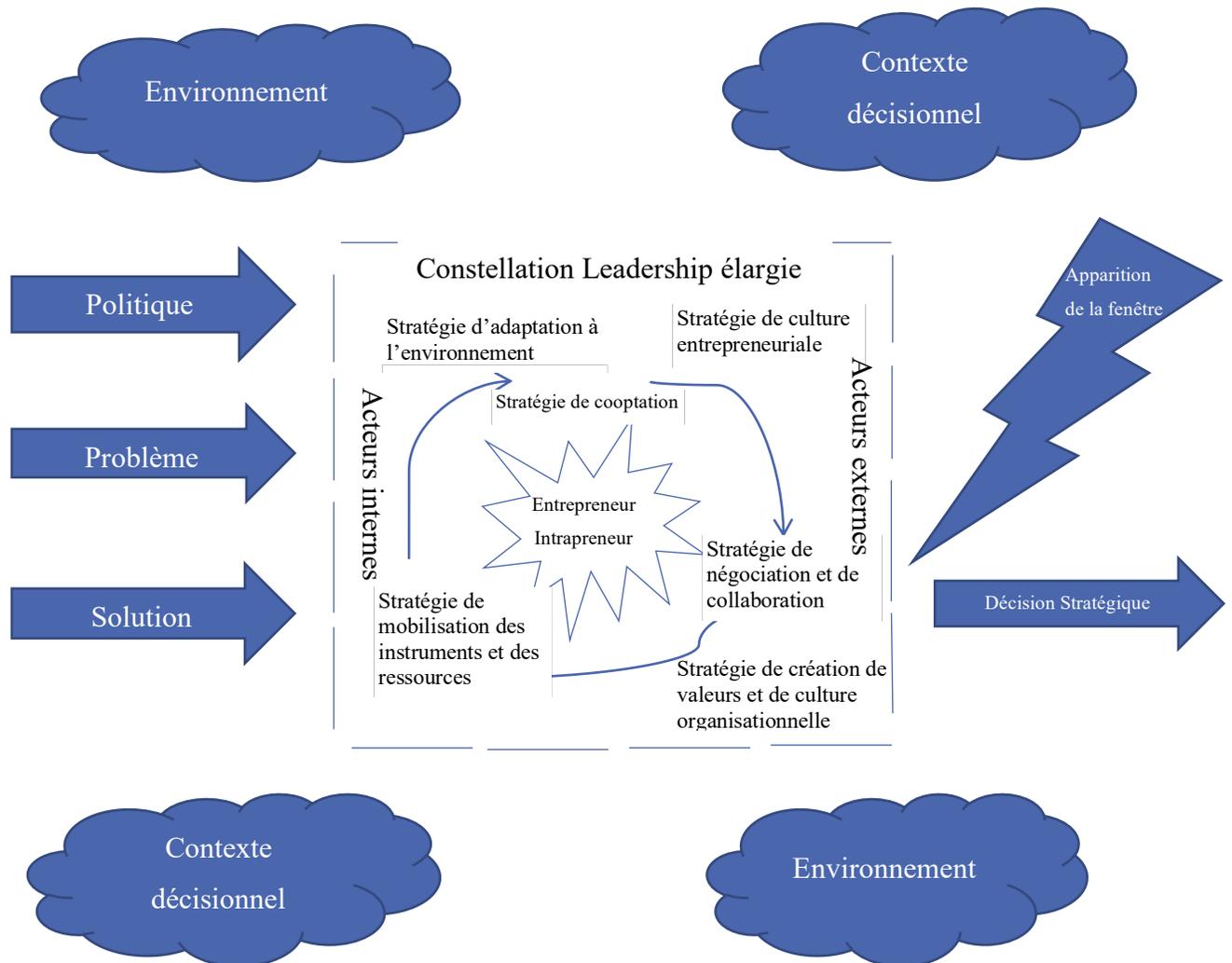
En outre, les résultats de cette étude vont dans le même sens que la littérature stratégique qui met en évidence le poids important de l'environnement sur le processus décisionnel. En effet, tel que démontré par Denis et al (2001) et confirmé par notre tableau ci-dessous, le couplage Organisation-Environnement est essentiel à la progression du processus décisionnel, en contexte pluraliste. Effectivement, les décisions stratégiques qui impliquent les acteurs externes à l'organisation et qui intègrent les contraintes/opportunités environnementales dans le cheminement décisionnel, aboutissent plus rapidement à une décision stratégique.

Cependant, dans le contexte spécifique du Liban qui se caractérise par une instabilité constante exacerbée par le contexte politique et social, ce couplage avec l'environnement devient impératif pour la progression du processus décisionnel stratégique. En effet, le tableau ci-dessus montre que les acteurs stratégiques alignent les objectifs des établissements de santé avec les exigences environnementales dans toutes les décisions étudiées, indépendamment de la nature et de la taille de l'établissement de santé. Ceci met l'accent sur la nécessité d'adaptation à l'environnement qui s'avère être indispensable à la progression du processus décisionnel stratégique, dans un contexte hospitalier très instable et pluraliste comme celui du Liban.

De plus, la situation économique fragile du pays, l'instabilité politique ainsi que la présence d'un grand nombre d'acteurs en santé obligent les acteurs stratégiques à opter pour une attitude entrepreneuriale, afin de survivre dans un entourage politisé et concurrentiel. Effectivement, la grande incertitude du contexte force l'adoption d'une culture entrepreneuriale qui mène à plus d'innovation et de créativité dans le monde de la santé, quel que soit le statut de l'établissement de santé (familial ou universitaire). L'interprétation des résultats de cette thèse met l'emphase sur le caractère proactif des leaders, champions et porteurs de dossiers qui agissent comme « entrepreneurs politiques » au niveau de la jonction des 3 courants du modèle de la poubelle, forçant ainsi l'apparition de la fenêtre d'opportunité qui mène à une décision stratégique. En effet, dans un contexte pluraliste libanais d'après-guerre, où les contraintes financières, politiques, humaines et matérielles constituent les caractéristiques constantes de l'environnement, la multitude d'acteurs stratégiques en interaction est en concurrence permanente pour la mobilisation des ressources organisationnelles et environnementales qui deviennent de plus en plus rares, dans le but de maximiser l'influence directe ou indirecte sur la prise de décision stratégique. Cette compétitivité, stimulée par le besoin de survie des établissements de santé, a encouragé l'émergence d'un pouvoir d'innovation qui a forcé les établissements de santé à adopter un management entrepreneurial des hôpitaux, dans ce contexte de marché de santé compétitif.

En résumé, basé sur tout ce qui a précédé, nous pouvons stipuler que la progression du processus décisionnel stratégique en contexte hospitalier pluraliste ne peut donc se faire qu'à travers un « fit » entre les aspirations organisationnelles formelles, les jeux d'influence de tous les acteurs concernés, l'intégration des contraintes/opportunités de l'environnement et la présence des 3 courants du modèle de la poubelle (politique, problème et solution), en présence d'un « entrepreneur/intrapreneur », comme le représente la figure 13 ci-dessous.

Figure 13 : Modèle synthétique de prise de décision stratégique



Ultimement, notre contribution à la littérature stratégique se résume ainsi : l'enclenchement de la convergence des éléments de la poubelle de Cohen, March, Olsen (1972) débute par l'activité des champions organisationnels qui « s'activent » à travers le déploiement de six stratégies, à tous les niveaux de l'organisation, menant à la formation d'une constellation de leadership élargie. Cette constellation constituée d'une multitude d'acteurs décisionnels stratégiques cooptés tout au long du processus décisionnel, est stimulée par ces « entrepreneurs politiques » qui œuvrent sans relâche dans le but ultime d'aligner les 3 courants du modèle de la poubelle et ainsi créer, à la jonction de cette convergence, la fenêtre d'opportunité à un moment qui leur sera bénéfique.

Conséquemment, en maîtrisant les ressources internes organisationnelles et en intégrant les divers éléments du contexte pluraliste dans leurs jeux de pouvoir permanents, ces acteurs décisionnels mobilisent leur capital politique dans le but de faire avancer le processus décisionnel dans une direction qui leur convient.

Notre perspective met donc l'emphase sur le rôle central de ces acteurs stratégiques dans l'apparition de la fenêtre d'opportunité, ce qui permet de mieux comprendre ce qui se passe à la jonction des 3 courants alignés menant à une prise de décision stratégique en contexte hospitalier pluraliste.

Chapitre 8 : Conclusion

Le dernier chapitre de cette thèse présente la conclusion de l'étude accompagnée des recommandations pratiques aux décideurs en santé dans les organisations pluralistes ainsi que les limites de notre étude. De même, les principales contributions théoriques et pratiques de l'étude sont mentionnées à la fin du chapitre ainsi que les pistes de recherches futures.

8.1 Conclusion et recommandations concrètes aux décideurs

L'objectif de cette présente étude est de comprendre et d'analyser les processus dynamiques d'interactions des acteurs internes et externes à l'organisation de santé qui ont une influence sur la prise de décision stratégique les organisations de santé.

A la lumière d'une revue de littérature soulignant d'un côté les concepts généraux de la prise de décision stratégique et d'un autre ceux de pluralisme et pouvoir, nous avons pu appréhender la perspective politique et le concept de pouvoir qui représentent la réalité de la prise de décision stratégique dans les organisations hospitalières pluralistes.

Pour répondre à l'objectif de cette étude, nous avons adopté le modèle théorique de Crozier et Friedberg (1977) couplé au modèle de la fenêtre d'opportunité de Kingdon (1984). L'analyse stratégique a permis de refléter les relations de pouvoir entre les différents acteurs internes et externes, durant le processus décisionnel, à travers la compréhension des comportements et stratégies développées par les acteurs concernés. En effet, les résultats produits ont mis en évidence les jeux de pouvoir entre les acteurs stratégiques d'un contexte pluraliste et leurs influences sur le processus décisionnel.

Dans ces deux établissements de santé pluralistes, la collecte de donnée a permis de constater que la survie et la croissance des établissements de santé au Liban dépendent fortement de l'adaptation aux contraintes de l'environnement ainsi qu'à la diversité des acteurs internes et externes impliqués. Effectivement, en vue d'améliorer la qualité des soins, de se positionner dans un marché compétitif et d'un meilleur rayonnement, ces établissements de santé ont procédé à un nombre d'ajustements organisationnels cliniques (HDJ, réorganisation clinique, ouverture d'un nouveau service clinique) et architecturaux (agrandissement des deux hôpitaux, réorganisations architecturaux) qui ont mis en relief la diversité d'influences agissant sur le processus décisionnel. Suite à l'analyse des différents processus décisionnels, nous avons montré que ces influences peuvent être internes (champions des

différents projets) ainsi qu'externes (tiers payants privés, chefs d'entreprise) à l'organisation et qu'elles proviennent des jeux de pouvoir des acteurs concernés. En effet, la complexité de la gestion hospitalière, la concurrence grandissante de l'environnement et la pluralité d'acteurs impliqués dans le processus décisionnel ont mené les noyaux stratégiques des établissements de santé libanais à adopter des stratégies de survie, basées sur la maîtrise du tumulte environnant, afin d'influencer le processus décisionnel stratégique qui évolue dans un contexte pluraliste complexe.

Ainsi donc, à travers cette étude, nous avons démontré que la prise de décision stratégique est façonnée par les différents acteurs internes et externes de l'organisation qui intègrent divers éléments environnementaux, ainsi que plusieurs aspects culturels spécifiques à chacun de ses acteurs, dans leur exercice des jeux de pouvoir, afin d'influencer le processus décisionnel. En se basant sur les concepts de Crozier et Friedberg (1987) ainsi que du modèle de la poubelle, nous avons pu approfondir notre compréhension des acteurs en contexte pluraliste et mettre en évidence une vue synthétique des jeux proposés par la totalité des acteurs lors de l'évolution d'un processus décisionnel stratégique, dans les établissements de santé au Liban. En outre, il nous apparaît pertinent de noter que toutes ces stratégies employées par les différents acteurs mettent l'accent sur la prédominance des processus relationnels et politiques dans la prise de décision stratégique dans les établissements de santé ainsi que leur influence non négligeable sur le cheminement décisionnel.

Conséquemment, la mise en commun de ces processus décisionnels a mis en relief la similarité du processus décisionnel dans les hôpitaux libanais. En effet, puisque nous avons émis au début de cette étude l'hypothèse que ces deux hôpitaux choisis représentent ensemble le bassin hospitalier libanais, nous pouvons affirmer que le processus de prise de décision en contexte pluraliste libanais, est sensiblement le même que dans la littérature stratégique qui décrit le processus décisionnel stratégique des organisations pluralistes. Selon nos résultats, le processus décisionnel dans les établissements de santé libanais est le résultat d'une concertation entre les modèles rationnels et politiques qui expliquent le processus décisionnel dans les établissements de santé évoluant dans les contextes pluralistes. Cette concertation émane de logiques opposées entre les acteurs internes et externes concernés par ce processus, donnant naissance à des jeux de pouvoir que nous avons longuement développés tout au long de notre étude et qui s'enchevêtrent autour d'une logique commune : l'influence du processus décisionnel stratégique. L'examen des jeux de pouvoir qui

interviennent dans les différents processus décisionnels nous permet de constater que la catégorie d'acteurs impliqués dans l'influence de ce processus demeure sensiblement la même, quel que soit le processus étudié, et est réparti sur tous les niveaux hiérarchiques.

Afin de mieux appréhender et comprendre les influences sur la prise de décision stratégique, 3 recommandations utiles aux décideurs dans les établissements de santé en contexte pluraliste sont proposées :

1. En prenant en considération le modèle synthétique de prise de décision stratégique dans les établissements de santé au Liban, les dirigeants en santé ont intérêt à reproduire ce modèle récapitulatif dans leurs environnements respectifs de santé afin de cerner la nature et le nombre d'acteurs impliqués dans le processus décisionnel. L'évaluation et l'étude du poids que chacun de ces acteurs porte en termes d'influence et de jeux de pouvoir sur le processus décisionnel permet aux preneurs de décision de mieux maîtriser l'évolution du processus décisionnel stratégique dans les organisations de santé.
2. Basé sur l'étude que nous réalisons, nous pouvons constater que l'environnement est un ensemble de facteurs dont les contraintes et les influences, dirigées par les acteurs internes ainsi qu'externes, conditionnent les libertés de ces acteurs dont les stratégies deviennent teintées par le contexte culturel, social, économique ainsi que politique. Il est donc recommandé de procéder à une analyse minutieuse et détaillée de l'environnement externe dans lequel les organisations de santé évoluent, dans le but de mieux cerner les influences externes qui façonnent le processus décisionnel stratégique interne des organisations de santé.
3. Finalement, les acteurs en santé ont intérêt à adopter une attitude stratégique « proactive », dans le but d'assurer la survie des établissements de santé, à travers des pratiques innovatrices. Dans l'exemple du contexte particulier libanais, les dirigeants en santé sont connus comme étant des « dirigeants-leaders » qui adoptent des stratégies de survie organisationnelle. Cette approche entrepreneuriale, qui assure des avantages compétitifs à l'hôpital, incite les acteurs concernés par le processus décisionnel à influencer ce processus stratégique de sorte à maximiser leurs intérêts et par conséquent l'intérêt de l'organisation dans laquelle ils travaillent.

8.2 Contributions de l'étude à la théorie

Notre contribution théorique enrichit les théories des organisations, vu l'originalité du cadre conceptuel développé. En effet, cette rencontre théorique développée pour la première fois dans le cadre de cette thèse, à notre connaissance, a contribué à l'avancement des connaissances sur la prise de décision stratégique dans un contexte présentant un degré très élevé d'instabilité et d'incertitude. Effectivement, notre modèle de prise de décision pousse plus loin les écrits sur la prise de décision en proposant un couplage des concepts de Kingdon, Cohen, March et Olsen, adapté à l'étude des processus décisionnels dans les organisations de santé pluralistes, ainsi que Crozier et Friedberg vu la présence des acteurs libres et stratégiques qui agissent sur les 3 courants du modèle de la poubelle dans le but d'influencer le processus de décision stratégique en contexte pluraliste. L'intégration de ces concepts a permis de mettre en évidence les stratégies déployées par les différents acteurs, permettant l'apparition de la fenêtre d'opportunité à un moment qui satisfait l'intérêt des décideurs les plus puissants.

Notre apport théorique remet donc en question l'imprévisibilité de l'apparition de la fenêtre d'opportunité, tel que stipulé par Kingdon, à travers la mise en évidence de l'activité politique des « entrepreneurs » stratégiques, autant internes qu'externes, qui se déroule à la jonction des 3 courants du modèle de la poubelle de Cohen, March, Olsen (1972), influençant de ce fait le processus décisionnel stratégique dans les établissements de santé, dans un contexte instable, pluraliste et très mouvementé.

Cette compréhension plus fine et détaillée du processus décisionnel à l'intérieur d'une organisation de santé pluraliste, permet au modèle théorique développé de s'appliquer à d'autres contextes sanitaires pluralistes. En effet, malgré le contexte particulier de cette étude qui se caractérise par un fort degré d'instabilité et d'incertitude, les stratégies déployées par les acteurs dans le but d'influencer le processus décisionnel peuvent s'imprégner et s'adapter au contexte particulier à l'étude, à condition qu'une analyse minutieuse et globale de l'environnement soit effectuée. En effet, la dynamique d'interaction entre la multitude d'acteurs décisionnels stratégiques cooptés tout au long du processus décisionnel prend en considération les éléments particuliers de l'environnement interne et externe à l'organisation, afin d'influencer le processus décisionnel stratégique des établissements de santé pluralistes.

En outre, selon Denis et al (110), plusieurs types d'organisations sont, jusqu'à un certain degré, pluralistes tels les universités, les coopératives et les institutions professionnelles. Il est donc possible de reprendre le modèle théorique développé dans le cadre de cette étude et l'appliquer à d'autres domaines tels le système universitaire qui représente les mêmes caractéristiques pluralistes que le secteur sanitaire, pour ensuite comparer les résultats avec ceux obtenus dans notre étude, dans le but de mieux appréhender l'influence sur le processus décisionnel stratégique des organisations pluralistes.

8.3 Contributions de l'étude à la pratique

Les nouvelles connaissances générées dans le cadre de notre étude semblent être bénéfiques aux preneurs de décision en santé qui cherchent à mieux comprendre la gouvernance locale dont l'ingrédient principal est la prise de décision stratégique.

A notre connaissance, aucune étude détaillée du processus de prise de décision stratégique n'a été réalisée en contexte présentant un degré d'instabilité et d'incertitude élevé comme le contexte hospitalier libanais, ce qui représente une contribution empirique importante à notre étude.

De plus, les résultats de notre étude permettent d'outiller les décideurs en santé qui conçoivent la complexité entourant le processus décisionnel comme un obstacle aux performances managériales.

Quelques leçons qui s'appliquent au contexte libanais caractérisé par une forte instabilité :

- L'adoption d'une attitude entrepreneuriale, basée sur l'innovation, est un prérequis à la survie des établissements de santé qui font face à une pénurie de ressources organisationnelles et environnementales, dans un marché de plus en plus compétitif. Cette culture entrepreneuriale est considérée comme étant une seconde nature pour les libanais dont la réputation de marchands entrepreneurs remonte aux ancêtres phéniciens connus pour leurs grandes qualités de commerçants entrepreneurs et pragmatiques.
- L'adaptation à l'environnement est un impératif au cheminement décisionnel stratégique dans les établissements de santé en présence d'une multitude d'acteurs stratégiques libres d'influencer le contexte vu l'absence d'une régulation étatique.
- La prise en considération de l'influence de la constellation de leadership élargie ainsi que l'activité politique des champions stratégiques qui agissent comme

« catalyseurs » est fondamentale pour la progression du processus décisionnel stratégique dans un sens qui satisfait les intérêts des acteurs les plus influents.

Ainsi donc, à travers une meilleure compréhension des dynamiques d'action entre les acteurs qui influencent le processus décisionnel stratégique, les preneurs de décision peuvent mieux cerner la multitude d'influences internes et externes que subit le processus décisionnel stratégique à l'intérieur des organisations, dans le but de mener à bien ce processus stratégique.

8.4 Limites de l'étude

Dans le cadre de cette étude, nous relevons certaines limites :

La première limite est liée à la subjectivité des interprétations vu la nature qualitative de la recherche, à travers principalement les entretiens menés auprès d'acteurs clés impliqués dans les cas traceurs retenus ainsi que sur l'analyse documentaire rigoureuse. Cependant, plusieurs précautions ont été prises pour y remédier (journal de bord, conservation du matériel brut, prise de notes lors des entretiens, aspect itératif de l'analyse des données, ...).

Une autre limite concerne la segmentation du système de santé libanais et l'absence d'un système national d'informatisation des données qui limite l'accès aux données sanitaires récentes. Voilà pourquoi, les informations présentées dans le cadre de cette thèse sont les plus récentes auxquelles nous avons eues accès. De plus, le MSP ne possède que peu de renseignements valables sur le secteur privé, ce qui rend la vue d'ensemble du système sanitaire libanais problématique.

Une limite supplémentaire concerne les contrôles stricts qui caractérisent le bassin hospitalier libanais évoluant dans un contexte compétitif. Cette limite n'est pas sans poser quelques embûches quant à l'accès aux documents stratégiques des hôpitaux. En effet, les documents internes, qui n'étaient pas nombreux, devaient être consultés dans l'enceinte de l'hôpital. Plusieurs requêtes pour consulter des documents supplémentaires ont été refusées lors du cheminement de cette thèse. Dans ce même esprit de précaution, les séances d'observation du CA et des comités stratégiques planifiées ont été refusées. En outre, les entrevues prévues avec certains acteurs stratégiques comme la directrice financière du CHU n'ont pas été possibles malgré plusieurs tentatives de contact. Cependant, nous avons pu analyser sur place, de façon rigoureuse et complète, une série de documents stratégiques pertinents à la collecte de données, tout en récoltant le reste des informations appropriées sur les sites Web des hôpitaux concernés.

La dernière limite est celle de la généralisation des résultats de l'étude. Comme les résultats sont étroitement liés au contexte de l'étude, le potentiel de généralisation se voit affaibli. Par ailleurs, nous croyons que nos résultats pourraient être observés dans un contexte où le système de santé évolue dans un environnement concurrentiel, très pluraliste et particulièrement exigeant et instable. En effet, de futures recherches pourraient vérifier l'applicabilité de notre modèle synthétique dans un environnement qui se distingue par le développement chaotique de son système de santé, la rareté des ressources organisationnelles et environnementales, l'absence de régulation étatique et en présence de contraintes financières et sociales.

Par contre, le modèle synthétique proposé dans cette étude pourrait être utilisé dans un contexte plus stable que le contexte sanitaire libanais puisque les stratégies déployées par les acteurs stratégiques s'ajustent aux considérations spécifiques de l'environnement. Effectivement, le modèle synthétique proposé contextualise le processus décisionnel stratégique dans les établissements de santé.

8.5 Pistes de recherche future

Dans le but de poursuivre la recherche présentée dans cette thèse, les travaux futurs sur la prise de décision stratégique en contexte pluraliste devront s'attarder sur l'analyse en profondeur des interactions personnelles entre les acteurs concernés par le processus décisionnel pour une description plus fine de ces dynamiques de relation. Effectivement, pour pousser cette recherche plus loin, l'étude du comportement et des personnalités de chacun des acteurs pourrait donner une image plus détaillée de l'influence de ces facteurs sur le processus décisionnel stratégique en contexte pluraliste.

En outre, les résultats de notre étude laissent penser que la progression des processus décisionnels dont le noyau stratégique ne bénéficie pas d'une intégration environnementale et de l'implication des acteurs externes dans le processus décisionnel avance plutôt lentement, dans les établissements de santé pluralistes. Cependant, comme cet aspect n'a pas été développé dans le cadre de cette étude, il serait intéressant d'approfondir les recherches autour du lien, s'il existe, entre la durée du processus décisionnel et la cohésion de la constellation stratégique avec l'environnement interne ainsi qu'externe.

Dans cette même veine, une validation du modèle synthétique développé dans cette étude serait intéressante à explorer dans des recherches futures menées soit dans un contexte où le système de

santé évolue dans un environnement concurrentiel et instable, identique au contexte sanitaire libanais (tel que suggéré plus haut dans les limites) soit dans un contexte plus stable et donc contraire au contexte sanitaire libanais.

De plus, il serait pertinent d'identifier et d'analyser le comportement spécifique des « entrepreneurs politiques » ou les champions et porteurs de dossier qui pourraient être considérés comme les déclencheurs de ce processus d'influence sur la prise de décision stratégique, comme le montre l'analyse des résultats.

Finalement, il faudrait mener des observations de réunions des différents comités stratégiques, surtout les CA, pour comprendre la dynamique fine entre les acteurs qui est du non-dit, aspect fondamental du comportement stratégique des acteurs qui est non exploré dans cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Begun JW, Zimmerman B, Dooley K. Health care organizations as complex adaptive systems. *Advances in health care organization theory*. 2003;253:288.
2. Tremblay L, Rheault A, editors. *Plaidoyer Pour Une amélioration du système de santé québécois*. Healthcare Management Forum; 2014: SAGE Publications.
3. Galvis-Narinos F, Montélimard A. Le système de santé des États-Unis. *Pratiques et organisation des soins*. 2009;40(4):309-15.
4. Geisser V. «État» de santé au Liban: une médecine à deux vitesses? 2014. Available from: <http://ifpo.hypotheses.org/5836>.
5. Chami J. *Revue sur le système de santé au Liban*. Beirut, Liban 2013.
6. Kosremelli A. *La collaboration interprofessionnelle: cas d'un service de pédiatrie d'un hôpital universitaire au Liban: Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de Dauphne de Paris*; 2011.
7. Gilbert F. *L'influence de la gouvernance sur la capacité de changement du système de soins: l'exemple de l'implantation des groupes de médecine de famille*. 2010.
8. Smith MJ. Pluralism, Reformed Pluralism and Neopluralism: the Role of Pressure Groups in Policy-Making. *Political Studies*. 1990;38(2):302-22.
9. Salancik GR, Pfeffer J. The bases and use of power in organizational decision making: The case of a university. *Administrative Science Quarterly*. 1974:453-73.
10. Pettigrew AM. Context and action in the transformation of the firm. *Journal of management studies*. 1987;24(6):649-70.
11. Chanlat J-F, Seguin F. *L'analyse des organisations une anthologie sociologique Tome I: les théories de l'organisation*. 1988.
12. Cyert RM, March JG. *A behavioral theory of the firm*. Englewood Cliffs, NJ. 1963;2.
13. Karpik L. Les politiques et les logiques d'action de la grande entreprise industrielle. *Sociologie du travail*. 1972;14(14):82-105.
14. Rouleau L. *Théories des organisations: approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*: Puq; 2011.
15. Séguin F, Chanlat J-F. *L'analyse des organisations, une anthologie sociologique, Tome I: Les théories de l'organisation*. Québec 1983. 1983.
16. Denis J-L, Lamothe L, Langley A. The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management journal*. 2001;44(4):809-37.
17. Avenier MJ. Une conception de l'action stratégique en milieu complexe: la stratégie tâtonnante. *La Stratégie chemin faisant, Économica, Paris*. 1997:7-36.
18. Harrison EF. A process perspective on strategic decision making. *Management Decision*. 1996;34(1):46-53.
19. Baillard S. *Pouvoirs, cultures et stratégies dans la prise de décision: le cas de Perrier*: Université Laval, Faculté des sciences sociales, Département de sociologie; 1998.
20. Laroche H. From decision to action in organizations: decision-making as a social representation. *Organization science*. 1995;6(1):62-75.
21. Mintzberg H. Patterns in strategy formation. *Management science*. 1978;24(9):934-48.
22. Mintzberg H, Raisinghani D, Theoret A. The structure of "unstructured" decision processes. *Administrative science quarterly*. 1976:246-75.

23. Bérard C, editor *La démarche décisionnelle dans les systèmes complexes: incrémentalisme et rationalités*. Acte de la XXème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique; 2011.
24. Andrews KR. *The concept of corporate strategy. Resources, firms, and strategies: A reader in the resource-based perspective*. 1997;52.
25. Smircich L, Stubbart C. *Strategic management in an enacted world*. *Academy of management Review*. 1985;10(4):724-36.
26. Séguin F, Demers C, Hafsi T. *Le management stratégique: de l'analyse à l'action*: Éditions Transcontinental; 2008.
27. Mazouz B, Proulx D, Lozeau D, Divay G, Touati N, Denis J-L, et al. *La stratégie des organisations de l'État: contexte d'analyse, paramètres de décision et gestion du changement* 2014.
28. Pettigrew A, Whipp R. *Managing change for competitive success*: Wiley-Blackwell; 1993.
29. McHugh M. *Trouble in paradise: Disintegrated strategic change within a government agency*. *International Journal of Public Sector Management*. 1997;10(6):433-43.
30. Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris, Seuil; 1977.
31. Schein EH. *Organizational Culture: What it is and How to Change it*. *Human resource management in international firms*: Springer; 1990. p. 56-82.
32. Elbanna S, Child J. *The influence of decision, environmental and firm characteristics on the rationality of strategic decision-making*. *Journal of Management Studies*. 2007;44(4):561-91.
33. Marsh PR. *Managing Strategic Investment Decisions in Large Diversified Companies*: Centre for Business Strategy, London Business School; 1988.
34. Miller S, Wilson D, Hickson D. *Beyond Planning:: Strategies for Successfully Implementing Strategic Decisions*. *Long range planning*. 2004;37(3):201-18.
35. Ginsberg A. *Measuring and modelling changes in strategy: Theoretical foundations and empirical directions*. *Strategic Management Journal*. 1988;9(6):559-75.
36. Quinet C. *Herbert Simon et la rationalité*. *Revue française d'économie*. 1994;9(1):133-81.
37. Simon HA. *A behavioral model of rational choice*. *The quarterly journal of economics*. 1955:99-118.
38. Simon HA. *Rational decision making in business organizations*. *The American economic review*. 1979;69(4):493-513.
39. Quinet C. *Herbert Simon et la rationalité*. *Revue française d'économie*. 1994:133-81.
40. Jones BD. *Bounded rationality and political science: Lessons from public administration and public policy*. *Journal of Public Administration Research and Theory*. 2003;13(4):395-412.
41. Eisenhardt KM, Zbaracki MJ. *Strategic decision making*. *Strategic management journal*. 1992;13(S2):17-37.
42. Lindblom CE. *The science of "muddling through"*. *Public administration review*. 1959:79-88.
43. Forester J. *Bounded rationality and the politics of muddling through*. *Public administration review*. 1984:23-31.
44. Boulding KE. *David Braybrooke and Charles E. Lindblom. A strategy of decision*. New York: The Free Press, 1963. Mancur Olson, Jr. *The logic of collective action*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1965. Bruce M. Russett (Ed.). *Economic theories of international politics*. Chicago: Markham Publishing Co., 1968. *Behavioral Science*. 1969;14(6):496-500.

45. Avenier MJ. Une conception de l'action stratégique en milieu complexe: la stratégie tâtonnante. La stratégie chemin faisant Paris: Economica. 1997:37-61.
46. Eisenhardt KM. Strategic decisions and all that jazz. Business Strategy Review. 1997;8(3):1-3.
47. Bérard C. Le processus de décision dans les systèmes complexes: une analyse d'une intervention systémique 2009.
48. Child J, Tsai T. The dynamic between firms' environmental strategies and institutional constraints in emerging economies: Evidence from China and Taiwan. Journal of Management Studies. 2005;42(1):95-125.
49. Elbanna S. Strategic decision-making: Process perspectives. International Journal of Management Reviews. 2006;8(1):1-20.
50. Dean JW, Sharfman MP. Does decision process matter? A study of strategic decision-making effectiveness. Academy of management journal. 1996;39(2):368-92.
51. Lukes S. Power: A radical view: Macmillan International Higher Education; 2004.
52. Dessinges C. Le concept de pouvoir dans les organisations. DEA de sciences de l'information et de la communication. 1999.
53. Dahl RA. A Critique of the Ruling Elite Model. American Political Science Review. 1958;52(02):463-9.
54. Lasswell HD, Kaplan A. Power and society: A framework for political inquiry: Transaction Publishers; 2013.
55. Gallo J. Information et pouvoir dans les organisations: un essai de quantification par la théorie des graphes d'influence 2006.
56. Dahl RA. The concept of power. Behavioral science. 1957;2(3):201-15.
57. Séguin F, Chanlat J-F. Les théories de l'organisation: d'un paradigme à l'autre. L'analyse des organisations. 1988:3-12.
58. Mintzberg H, McHugh A. Strategy formation in an adhocracy. Administrative science quarterly. 1985:160-97.
59. Weber M. Economy and society: An outline of interpretive sociology: Univ of California Press; 1978.
60. Cariou C, Dufeu I, Leconte P. François Perroux-Economie, pouvoir et stratégie: Éditions EMS; 2007.
61. Bachrach P, Baratz MS. Decisions and nondecisions: An analytical framework. The American Political Science Review. 1963:632-42.
62. Hafsi T. THE STRATEGIC DECISION-MAKING PROCESS IN STATE-OWNED ENTERPRISES. 1982.
63. Jøcumsen G. How do small business managers make strategic marketing decisions?: A model of process. European Journal of Marketing. 2004;38(5/6):659-74.
64. Snowden DJ, Boone ME. A leader's framework for decision making. Harvard business review. 2007;85(11):68.
65. Savory A, Butterfield J. Holistic management: a new framework for decision making: Island press; 1998.
66. Hart SL. An integrative framework for strategy-making processes. Academy of management review. 1992;17(2):327-51.
67. Simon HA. The new science of management decision. 1960.

68. McKenna RJ, Martin-Smith B. Decision making as a simplification process: new conceptual perspectives. *Management Decision*. 2005;43(6):821-36.
69. Cohen MD, March JG, Olsen JP. A garbage can model of organizational choice. *Administrative science quarterly*. 1972;1-25.
70. Shepherd NG, Rudd JM. The Influence of Context on the Strategic Decision-Making Process: A Review of the Literature. *International journal of management reviews*. 2014;16(3):340-64.
71. Schneider SC, De Meyer A. Interpreting and responding to strategic issues: The impact of national culture. *Strategic management journal*. 1991;12(4):307-20.
72. Tremblay J-M. QUESTIONS DE CULTURE, no 14, La culture des organisations. Un numéro sous la direction de Gladys L. Symons, avec la collaboration d'Yves Martin. 2005.
73. Hough JR, White MA. Environmental dynamism and strategic decision-making rationality: an examination at the decision level. *Strategic Management Journal*. 2003;24(5):481-9.
74. Wilson D. Strategy as decision making. *Images of strategy*. 2003:383-410.
75. Carr C. Strategic investment decisions and short-termism: Germany versus Britain. *Strategic decisions*: Springer; 1997. p. 107-25.
76. Francis A. The process of national industrial regeneration and competitiveness. *Strategic Management Journal*. 1992;13(S2):61-78.
77. Nutt PC. Evaluating alternatives to make strategic choices. *Omega*. 1998;26(3):333-54.
78. Parikh J, Neubauer F-F, Lank AG. *Intuition: The new frontier of management*: Blackwell; 1994.
79. Langley A, Mintzberg H, Pitcher P, Posada E, Saint-Macary J. Opening up decision making: The view from the black stool. *organization Science*. 1995;6(3):260-79.
80. Miller CC, Ireland RD. Intuition in strategic decision making: friend or foe in the fast-paced 21st century? *The Academy of Management Executive*. 2005;19(1):19-30.
81. Le Moigne J-L. *Les systèmes de décision dans les organisations*: Presses universitaires de France; 1974.
82. Mintzberg H, Westley F. It's not what you think. *MIT Sloan Management Review*. 2001;42(3):89-93.
83. Khatri N, Ng HA. The Role of Intuition in Strategic Decision Making. *Human Relations*. 2000;53(1):57-86.
84. Papadakis V, Barwise P. What can we tell managers about making strategic decisions? *Strategic decisions*: Springer; 1997. p. 267-87.
85. Papadakis VM, Lioukas S, Chambers D. Strategic decision-making processes: the role of management and context. *Strategic management journal*. 1998;19(2):115-47.
86. Steensma H, Jansen S, Vonk C. Organizational culture and the use of influence tactics by managers. *Journal of Collective Negotiations*. 2003;30(1).
87. Chandler AD. *Strategy and structure: Chapters in the history of the industrial enterprise*: MIT press; 1990.
88. Fredrickson JW. Effects of decision motive and organizational performance level on strategic decision processes. *Academy of Management journal*. 1985;28(4):821-43.
89. Child J. Organizational structure, environment and performance: The role of strategic choice. *sociology*. 1972;6(1):1-22.
90. Lioukas S, Bourantas D, Papadakis V. Managerial autonomy of state-owned enterprises: Determining factors. *Organization Science*. 1993;4(4):645-66.

91. Tchouassi G. Les besoins en informations dans les entreprises. *Revue Congolaise de Gestion*. 2017(2):63-92.
92. Feldman MS, March JG. Information in organizations as signal and symbol. *Administrative science quarterly*. 1981:171-86.
93. March JG. *Decisions and organizations*: Blackwell; 1989.
94. Aubin C. *Décider à l'hôpital: du dialogue de gestion aux dispositifs de prescription réciproque* 2013.
95. Marsh D, Rhodes RAW. *Policy networks in British government*: Clarendon Press; 1992.
96. Downs A. An economic theory of political action in a democracy. *Journal of political economy*. 1957;65(2):135-50.
97. Schmidt MG. When parties matter: A review of the possibilities and limits of partisan influence on public policy. *European Journal of Political Research*. 1996;30(2):155-83.
98. Hibbs DA. The partisan model of macroeconomic cycles: more theory and evidence for the united states. *Economics & Politics*. 1994;6(1):1-23.
99. Vanel J. *De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé: Enjeux et organisation des savoirs au coeur de l'action publique sanitaire (internationale)* 2016.
100. Haas PM. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*. 1992;46(01):1-35.
101. Bossy T, Evrard A. Communauté épistémique. *Dictionnaire des politiques publiques*. 2010;3:140-7.
102. Saint-Martin D. The new managerialism and the policy influence of consultants in government: An historical–institutionalist analysis of Britain, Canada and France. *Governance*. 1998;11(3):319-56.
103. Topping S, Hernandez SR. Health care strategy research, 1985-1990: A critical review. *Medical Care Research and Review*. 1991;48(1):47-89.
104. Ginter PM, Duncan WJ, Swayne LE. *The strategic management of health care organizations*: John Wiley & Sons; 2018.
105. Enthoven AC, Tollen LA. Competition In Health Care: It Takes Systems To Pursue Quality And Efficiency: If systems are the best locus of accountability for health care quality and efficiency, then competition should be designed to encourage evolution toward “systemness.”. *Health Affairs*. 2005;24(Suppl1):W5-420-W5-33.
106. Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. *Harvard business review*. 2004:64-77.
107. Mouritsen J. Rationality, institutions and decision making: Reflections on March and Olsen's rediscovering institutions. *Accounting, Organizations and Society*. 1994;19(2):193-211.
108. Témisjian-Bedrossian K. *Analyse comparée de la prise de décision en matière de technologie dans deux milieux hospitaliers francophone et anglophone* 2001.
109. Chatelain-Ponroy S, Mignot-Gérard S, Musselin C, Sponem S. *La prise de décision stratégique dans les organisations publiques collégiales*. 2014.
110. Denis J-L, Langley A, Rouleau L. Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*. 2007;60(1):179-215.
111. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health care management review*. 2001;26(1):56-69.
112. Minvielle É, Contandriopoulos A-P. La conduite du changement. *Revue française de gestion*. 2004(3):29-53.

113. Jarzabkowski P, Fenton E. Strategizing and organizing in pluralistic contexts. *Long Range Planning*. 2006;39(6):631-48.
114. Mintzberg H. The structuring of organizations. *Readings in Strategic Management*: Springer; 1989. p. 322-52.
115. Nobre T, editor *L'hôpital: le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements*. 20ÈME CONGRES DE L'AFC; 1999.
116. Makhloufi I, Saadi J, El Hiki L, El Hassani A. Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg: cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid. *Santé publique*. 2012;24(6):573-85.
117. Dumond J-P. Les conflits de pouvoir à l'hôpital. *Les Tribunes de la santé*. 2003(1):71-81.
118. Bilodeau A, Beauchemin J, Bourque D, Galarneau M. L'analyse des interventions complexes en santé publique: le cas de la prévention des ITSS à Montréal. *Canadian Journal of Public Health*. 2013:e177.
119. Sanogo M. *Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali*. 2012.
120. Holcman R. L'avènement de la gestion par pôle, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital? *Gestions hospitalières*. 2006(456):329-37.
121. Rey LO. *Évaluation du projet Hôpital promoteur de santé en contexte de périnatalité: analyse logique et analyse d'implantation*. 2014.
122. Pelikan JM, Dietscher C, Krajic K, Nowak P. Eighteen core strategies for health promoting hospitals. *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management: EURO*; 2005. p. 46-63.
123. Mucciaroni G. The garbage can model & the study of policy making: A critique. *Polity*. 1992:459-82.
124. Granget L. Modèles et réalités incertaines de l'Université. *Communication et organisation*. 2006(30):164-86.
125. Zahariadis N. Ambiguity, time, and multiple streams. *Theories of the policy process*. 1999;1999:73-93.
126. Kingdon JW. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*: Harper Collins; 1984.
127. Gérin M, Gosselin P, Cordier S, Viau C, Quénel P, Dewailly É. *Environnement et santé publique-Fondements et pratiques*: Édisem/Tec & Doc; 2003.
128. Olsen JP, editor *Garbage cans, new institutionalism, and the study of politics*. American Political Science Association; 2001: Cambridge Univ Press.
129. Yin RK. *Case study research: Design and methods (applied social research methods)*. London and Singapore: Sage. 2009.
130. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. 1984.
131. Patton MQ. *Qualitative research*: Wiley Online Library; 2005.
132. Contandriopoulos A-P. *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*: Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1990.
133. Langley A. L'étude des processus stratégiques: Défis conceptuels et analytiques. *Management international*. 1997;2(1):37.
134. Yin RK. *Case study research: Design and methods*: Sage publications; 2013.
135. Gagnon Y-C. *L'étude de cas comme méthode de recherche: guide de réalisation*: PUQ; 2005.
136. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*: Sage; 1985.

137. Briquel-Chatonnet F, Gubel E. Les Phéniciens: aux origines du Liban. . Paris: Découvertes Gallimard; 1998.
138. El-Dib E. Le Liban explique a mes proches. Première édition ed: P. P. Publishing; 2017.
139. AlMoutran H. Entrevue sur le système de santé au Liban. In: El-Khoury C, editor. 2017.
140. WHO. Country cooperation strategy for WHO and Lebanon: 2010–2015. 2010.
141. Zablith C. Liban. Recherche en soins infirmiers. 2010;100(1):64-7.
142. Asmar M. recueil national des statistiques sanitaires au Liban. Institut de gestion de la santé et de la protection sociale. 2012.
143. Abi Fadel J, Abou Rached A. Système de santé libanais: réforme et unification des caisses: Université Saint Joseph, Beirut, Liban 2004.
144. Nammour J. Les identités au Liban, entre complexité et perplexité. Cités. 2007(1):49-58.
145. Rizk BE, Abou S. Un pays unique condamné, peut-être, à rester en éternelle gestation - Liban 2001 : le pari pluriculturel. Les Paramètres D'Hérodote - L'orient le Jour- Beirut. 2009.
146. Sen K, Mehio-Sibai A. Transnational capital and confessional politics: the paradox of the health care system in Lebanon. International Journal of Health Services. 2004;34(3):527-51.
147. Nasnas R, Gaspard TK, Abillamaa S. Emerging Lebanon: Towards an Economic & Social Vision: Editions Dar an-Nahar; 2016.
148. Mohamad Ali A, El Jardali F, Kassak K, Ramadan S. Harnessing the private sector to achieve public health goals in counties of the Eastern Mediterranean: Focus on Lebanon. Beirut: Department of Health Management and Policy, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut. 2005.
149. Van Lerberghe W, Ammar W, Mechbal A. De l'impasse à la réforme: la crise du secteur de santé au Liban: ITGPress; 1997.
150. Bahjat R. Pluralisme libanais et paramètres d'Hérodote Ecole des Mines, Paris 2014 [Available from: http://www.agendaculturel.com/News_Pluralisme_libanais_et_parametres_d_Herodote_conference_de_Bahjat+Rizk .
151. El Khazen F. Political parties in postwar Lebanon: Parties in search of partisans. The Middle East Journal. 2003:605-24.
152. MOPH. Maintaining Health Security, Preserving Population Health & Saving Children and Women Lives- A New Approach 2016 & Beyond. In: Health P, editor. Beirut, Lebanon 2016.
153. Chen B, Cammett M. Informal politics and inequity of access to health care in Lebanon. International journal for equity in health. 2012;11(1):23.
154. Kochuyt T. La misère du Liban : une population appauvrie, peu d'état et plusieurs solidarités souterraines. Revue Tiers Monde. 2004;179(3):515-37.
155. Azar S. National choices in Health: their functions, costs and social effects. Linking economic growth and social development, Riviera hotel, Beyrouth; 2000.
156. Ducruet J. Le Service De La Santé Au Liban: Histoire, Législation, Institutions, État De Santé De La Population Et Prestations De Soins, Système Et Politique De La Santé. . Saint-Joseph PdIU, editor. Beirut 2009.
157. WHO. Profil sanitaire du Liban. 2017 [Available from: <http://www.who.int/countries/lbn/fr>.
158. Rizk A. La faillite du Liban dans le domaine sanitaire. Global Advocacy. 2005.
159. Haddad C. Tourisme médical : radiographie d'un filon que le Liban peine à exploiter Lebanon 2015 [Available from: <https://www.lorientlejour.com/article/937180/tourisme-medical-radiographie-dun-filon-que-le-liban-peine-a-exploiter.html>.

160. L.C. Tourisme médical : les atouts du Liban sont nombreux. Le Commerce du Levant. 2010.
161. ESCWA. Analyse strategique de la securite alimentaire et nutritionnelle au Liban. May 2016.
162. MOPH. Statistical Bulletin Beirut, Lebanon2016 [Beirut, Lebanon:[Available from: <http://www.moph.gov.lb/en/Pages/8/327/>. .
163. The World Bank. World Health Organization Global Health Expenditure database by Country 2018 [Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=LB>.
164. Haroun S. Accrediation des hopitaux au Liban. In: Liban Sdhd, editor.2013.
165. Bielen F. Orientation-patient et qualité perçue du service: analyse marketing appliquée à la gestion hospitalière: CIACO; 2001.
166. Chami B. Réorientation stratégique de l'hôpital Notre Dame Maritime. ESA-Beirut: Universite Saint Joseph; 2007.
167. MOPH. Health Strategic Plan 2016-2020 Beirut-Lebanon2017 [Available from: <https://moph.gov.lb/en/Pages/0/10867/-strategic-plan-of-the-ministry-of-public-health-2016-2020-final-draft>.
168. Kronfol NM. Rebuilding of the Lebanese health care system: health sector reforms. 2006.
169. WHO. Rapport Sur La Sante Dans Le Monde: Le Financement De Systemes De La Sante: Le Chemin Vers La Couverture Universelle: World Health Organization; 2010.
170. de la Santé OM. Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde Genève, OMS. 2010.
171. Ammar W, Kdouh O, Hammoud R, Hamadeh R, Harb H, Ammar Z, et al. Health system resilience: Lebanon and the Syrian refugee crisis. Journal of global health. 2016;6(2).
172. Health LMoP, Kasparian C, Ammar W. L'enquête nationale sur les dépenses et l'utilisation des services de santé par les ménages: Ministère de la Sante Publique; 1999.
173. Central administration of Statistics. Lebanon in figures Beirut2008 [Available from: <http://www.cas.gov.lb/index.php/lebanon-in-figures-en>.
174. Walid A. Health Reform in Lebanon. Beirut, Lebanon Ministry of Public Health; 2015 [Available from: <http://moph.gov.lb/en/Pages/9/1269/strategic-plans#/en/DynamicPages/view/1279/health-reform-in-lebanon>. .
175. Melki R. La protection sociale au Liban: Entre réflexe d'assistance et logique d'assurance. Linking Economic Growth and Social Development" UNDP—Lebanon. 2000:187-209.
176. Ammar W, Wakim R, Hajj I. Accreditation of hospitals in Lebanon: a challenging experience. 2007.
177. Ammar W, Khalife J, El-Jardali F, Romanos J, Harb H, Hamadeh G, et al. Hospital accreditation, reimbursement and case mix: links and insights for contractual systems. BMC health services research. 2013;13(1):505.
178. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment [= Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol. 1]. Ann Arbor: Health Administration Press. 1980:8-11.
179. El-Jardali F, Bou-Karroum L, Ataya N, El-Ghali HA, Hammoud R. A retrospective health policy analysis of the development and implementation of the voluntary health insurance system in Lebanon: Learning from failure. Social Science & Medicine. 2014;123:45-54.
180. M.R. Hausse des cotisations sociales pour financer la couverture maladie des retraités Beirut2017 [Available from: <https://www.lecommercedulevant.com/article/27604-hausse-des-cotisations-sociales-pour-financerla-couverture-maladie-des-retraites>.

181. Sfeir CS. Recours aux soins et couverture médicale au Liban: Editions L'Harmattan; 2016.
182. LocaLiban. Caza de JBeil (Byblos) 2010 [Available from: <http://www.localiban.org/caza-de-jbeil-byblos>].
183. LocaLiban. Municipalite de beirut Beirut2010 [Available from: <http://www.localiban.org/spip.php?rubrique150>].
184. Tutelian M, Yaacoub N. Living conditions survey 2004. Lebanon; 2004.
185. Moawad F. L'Hopital Notre Dame Maritime: Universite de Montreal; 2015.
186. Notre Dame de Secours-Centre Hospitalier Universitaire. A propos de l'hopital Lebanon2016 [Available from: <http://chu-nds.org>].
187. Keserwan Medical Center. KMC Today 2015 [Available from: <http://kmc.com.lb/>].
188. Hopital Notre Dame Maritime. Historique 2016 [Available from: <http://hopitalmaritime.com/beta/web/>].
189. Najjar B. Rapport d'activites de l'hopital. Hopital Notre Dame Maritime; 2016.
190. Kenyon-Rouvinez D, Ward JL. Les entreprises familiales: Presses universitaires de France; 2004.
191. Chami J. Plan stratégique 2016-2021. Hopital Notre Dame Maritime 2016.
192. Chami J. Bulletin d'orientation de l'hôpital. Hopital Notre Dame Maritime 2016.
193. Najjar B. Rapport d'activites HDJ. Hopital Notre Dame Maritime; 2016.
194. Julie G. Accidents du travail et maladies professionnelles. Publications Doc Du Juriste. 2009.
195. Zakhia T. Entrevue avec le directeur de la CNSS au Liban. In: el-khoury C, editor. 2017.
196. Diab N. La santé au travail en droit libanais: La faculte de medicine de l'Université Saint Joseph; 1999.
197. Arnaud J-L, editor Beyrouth et ses territoires. Annales de Géographie de l'Université Saint-Joseph; 1995.
198. Fawaz M, Peillen I. The case of Beirut, Lebanon. Lebanon: American University of Beirut 2003.
199. BeirutAccueil. Petit Guide Sante 2016 [Available from: <https://www.beyrouth-accueil.com/?page=13>].
200. Ammar W. Health system and reform in Lebanon: Entreprise universitaire d'études et de publications; 2003.
201. Ordre of nurses. Statistics 2017 [Available from: <http://www.orderofnurses.org.lb/Statistics>].
202. American University of Beirut Medical Center. About us 2018 [Available from: <http://www.aubmc.org/2020/Pages/vision2020.aspx>].
203. Clemenceau Medical Center. About us 2016 [Available from: <https://www.cmc.com.lb/cmi>].
204. Lebanese American University Medical center. About us 2017 [Available from: <https://www.laumcrh.com/>].
205. Rafic Hariri University Hospital. Introduction 2012 [Available from: <http://www.bguh.gov.lb/>].
206. Saint George Hospital University Medical Center. About us 2018 [Available from: <https://www.stgeorgehospital.org/aboutus#history>].
207. Hôtel-Dieu de France. Hotel Dieu de France Beyrouth - Liban2018 [Available from: <http://www.hdf.usj.edu.lb/>].
208. Universite Saint-Joseph de Beyrouth. Amendement des Statuts de l'Hotel Dieu de France 2017.

209. Hotel Dieu de France. Vision 2020. Hotel Dieu de France 2011.
210. Hotel Dieu de France. 2020: 1ere phase 2011-2015: Projets et realisations au niveau des orientations strategiques. 2016.
211. Medawar D. Conférence sur le tourisme médical à l'USJ. L'orient Le Jour 2011.
212. Lebanon Idao. Tourism Fact Book 2013.
213. Georges Mehanna. HDF a l'international 2017.
214. Ravinet P. Fenêtre d'opportunité. Dictionnaire des politiques publiques. 2010:274-82.
215. Selznick P. TVA and the grass roots: A study in the sociology of formal organization: Univ of California Press; 1949.
216. Denis J-L, Langley A, Sergi V. Leadership in the plural. The Academy of Management Annals. 2012;6(1):211-83.
217. West MA, Eckert R, Steward K, Pasmore WA. Developing collective leadership for health care: King's Fund London, UK; 2014.
218. Drevon E, Maurel D, Dufour C. Veille stratégique et prise de décision : une revue de la littérature. Documentation et bibliothèques. 2018;64(1):28-34.
219. Perret S. Vers une nouvelle approche instrumentale des politiques publiques de protection de l'environnement: implications conceptuelles, théoriques et méthodologiques à la lumière du cas de la politique climatique suisse: University of Geneva; 2010.
220. Lascoumes P, Simard L. L'action publique au prisme de ses instruments. Revue française de science politique. 2011;61(1):5-22.
221. Joffre C, Loilier T. Dynamique d'une organisation et processus de régulation: Vers le concept de régulation mixte-Le cas d'une association d'action sociale. Finance Contrôle Stratégie. 2015(18-3).
222. Lascoumes P, Le Galès P. Introduction: understanding public policy through its instruments—from the nature of instruments to the sociology of public policy instrumentation. Governance. 2007;20(1):1-21.
223. Lainey P. Pouvoir, influence et habiletés politiques dans les organisations: Editions JFD; 2017.
224. Giasson FH. Les habiletés politiques: sans elles, point de salut! Gestion. 1993:46.
225. Bélanger J. Les tactiques d'influence des exécutifs ressources humaines utilisées auprès des membres du comité de direction du secteur public québécois: École nationale d'administration publique; 2007.
226. Caelen J, Xuereb A. Interaction et pragmatique: jeux de dialogue et de langage: Hermes; 2007.
227. Allali B, Hunter HMCdeM. Intrapreneuriat et organisations: HEC Montréal, Chaire d'entrepreneuriat Rogers-J.-A. Bombardier; 2003.

ANNEXES

Annexe I : Certificat d'éthique



Comité d'éthique de la recherche en santé

12 octobre 2016

Objet: Approbation éthique – « La prise de décision stratégique en contexte hospitalier pluraliste »

Mme Caline El-Khoury,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

DL/GP/gp
c.c. Gestion des certificats, BRDV
Lise Lamothe, professeure titulaire, École de santé publique - Département
d'administration de la santé
p.j. Certificat #16-120-CERES-D

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	La prise de décision stratégique en contexte hospitalier pluraliste
Étudiante requérante	Caline El-Khoury (ND), Candidate au Ph. D en santé publique (option gestion), École de santé publique - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé
Sous la direction de	Lise Lamothe, professeure titulaire, École de santé publique - Département d'administration de la santé, Université de Montréal

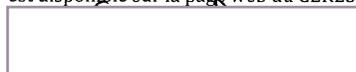
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.



Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

12 octobre 2016
Date de délivrance

1er novembre 2017
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Annexe II : Guides d'entrevue semi-structuré

Grille d'entrevue 1 pour les acteurs externes

Identification :

Date :

Numéro de la grille :

Introduction :

- Rappeler le projet de recherche et ses objectifs
- Présenter les règles d'éthique et autres procédures : consentement éclairé, protection de l'anonymat, proposition d'enregistrer l'entrevue, possibilité d'arrêter l'enregistrement lorsque la personne le souhaite, etc.
- Présenter le formulaire de consentement (envoyé préalablement par courriel)
- Signature du formulaire de consentement
- Remercier pour le temps accordé à l'entrevue

1- Présentation de la personne interviewée :

- Quel est votre rôle actuel au sein de votre organisation (ou du système de santé pour les représentants de l'état) ?
- Depuis quand occupez-vous ce même poste ?
- Pouvez-vous décrire brièvement votre expérience professionnelle ?

2- Influence sur le secteur hospitalier :

Pouvez-vous me décrire comment cette prise de décision a été prise selon vous ? Quels sont les événements majeurs qui l'ont marqué, selon vous ?

3- Relations avec les acteurs :

Selon vous, quel a été le rôle des autres acteurs externes et internes dans cette prise de décision stratégique ? Pourquoi ?

4- Finalement, avez-vous autre chose à rajouter ou à clarifier concernant les points que nous venons d'aborder ?

Grille d'entrevue 2 pour le niveau stratégique

Identification :

Date :

Numéro de la grille :

Introduction :

- Rappeler le projet de recherche et ses objectifs
- Présenter les règles d'éthique et autres procédures : consentement éclairé, protection de l'anonymat, proposition d'enregistrer l'entrevue, possibilité d'arrêter l'enregistrement lorsque la personne le souhaite, etc.
- Présenter le formulaire de consentement (envoyé préalablement par courriel)
- Signature du formulaire de consentement
- Remercier pour le temps accordé à l'entrevue

1- Présentation de la personne interviewée :

- Quel est votre rôle actuel dans l'établissement de santé ?
- Depuis quand occupez-vous ce même poste ?
- Pouvez-vous décrire brièvement votre expérience professionnelle ?

2- Processus de prise de décision stratégique dans l'établissement :

Pouvez-vous me décrire comment cette décision a été prise selon vous ? Selon quel processus ? Quels sont les événements majeurs qui l'ont marqué, selon vous ?

3- Relations avec les acteurs :

Selon vous, quel a été le rôle des autres acteurs externes et internes dans cette prise de décision stratégique ? Pourquoi ?

4- Finalement, avez-vous autre chose à rajouter ou à clarifier concernant les points que nous venons d'aborder ?

Grille d'entrevue 3 pour le niveau opérationnel

Identification :

Date :

Numéro de la grille :

Introduction :

- Rappeler le projet de recherche et ses objectifs
- Présenter les règles d'éthique et autres procédures : consentement éclairé, protection de l'anonymat, proposition d'enregistrer l'entrevue, possibilité d'arrêter l'enregistrement lorsque la personne le souhaite, etc.
- Présenter le formulaire de consentement (envoyé préalablement par courriel)
- Signature du formulaire de consentement
- Remercier pour le temps accordé à l'entrevue

1- Présentation de la personne interviewée :

- Quel est votre rôle actuel dans l'établissement de santé ?
- Depuis quand occupez-vous ce même poste ?
- Pouvez-vous décrire brièvement votre expérience professionnelle ?

2- Processus de prise de décision pour les cas traceurs :

Pouvez-vous me décrire comment cette décision a été prise selon vous ? Selon quel processus ? Quels sont les événements majeurs qui l'ont marqué, selon vous ?

3- Relations avec les acteurs :

Selon vous, quel a été le rôle des autres acteurs externes et internes dans cette prise de décision stratégique ? Pourquoi ?

Finalement, avez-vous autre chose à rajouter ou à clarifier concernant les points que nous venons d'aborder ?

Annexe III : Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement

La prise de décision stratégique en contexte hospitalier pluraliste

Chercheur El Khoury Caline
Doctorante
École de santé publique – Université de Montreal
Montréal, Québec, Canada
Courriel: caline.el.khoury@umontreal.ca

Directrice de recherche Lise Lamothe
Vice doyenne aux études
École de santé publique - Université de Montreal
Montréal, Québec, Canada
Courriel: lise.lamothe@umontreal.ca

Ce projet ne bénéficie pas de financement. Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Description du projet

Il s'agit d'une étude dont l'objectif général est de comprendre et d'analyser les processus dynamiques des décideurs ayant une influence sur la prise de décision stratégique dans une organisation de santé, en contexte pluraliste, où diverses forces externes et internes exercent une influence sur cette prise de décision stratégique. Pour y arriver, la prise de décision stratégique sera analysée selon une perspective de relations de pouvoir, en partant des acteurs, de l'organisation de santé et du contexte dans lequel ils évoluent. Dans cette optique, nous souhaitons rencontrer tout acteur qui a été impliqué dans une prise de décision stratégique qui sera sélectionnée. Ces décisions

retenues dans chacun des deux hôpitaux serviront d'exemple à travers lesquels l'analyse des processus dynamiques se fera.

Ces exemples de décision seront sélectionnés dans deux hôpitaux libanais qui baignent dans le même contexte socio-politique mais dont les caractéristiques diffèrent.

Les deux questions de recherche qui guideront notre étude seront les suivantes :

- Quelles stratégies les différents acteurs développent-ils pour influencer la prise de décision stratégique en contexte pluraliste ?
- Comment ces stratégies mènent-elles à une prise de décision stratégique, en contexte pluraliste ?

Les retombées positives de ce projet sont à différents niveaux : En premier lieu, la contribution aux théories des organisations s'appuie sur l'originalité du cadre théorique développé par l'étudiante. En effet, ce modèle théorique de prise de décision contribuera à l'enrichissement des connaissances sur la prise de décision stratégique en contexte pluraliste. De plus, comme la littérature actuelle ne permet pas une compréhension fine et approfondie des dynamiques d'interaction entre les acteurs, en contexte pluraliste, qui influencent le processus décisionnel, la contribution de cette étude se fera donc au niveau de la description fine des dynamiques d'interaction entre les acteurs, les stratégies qu'ils développent et les éléments qui influencent une prise de décision stratégique en contexte libanais.

Finalement, les résultats de cette étude permettront d'outiller les preneurs de décision en santé qui cherchent à mieux comprendre la gouvernance locale dont l'ingrédient principal est la prise de décision stratégique.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous êtes autorisés par votre supérieur à prendre part à l'étude suivante, sur votre temps de travail. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser le chercheur et ce, par simple avis verbal. En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données ou du matériel vous concernant. Cependant, vous serez dans l'impossibilité

de retirer vos données ou votre matériel des analyses menées une fois ces dernières publiées ou diffusées.

Si vous décidez de participer à cette recherche, votre participation implique une seule entrevue individuelle de 1h30 min avec le chercheur dans les locaux de l'hôpital. L'entrevue portera sur les décisions stratégiques prises au sein de l'hôpital au cours des 3 dernières années. Environ 40 personnes des deux hôpitaux seront appelées à passer en entrevue et l'entrevue sera enregistrée après accord du participant. Le mode de collecte de données est le papier et l'audio à travers un enregistrement des entrevues pour retranscription.

Pour les observations, ces dernières se dérouleront lors de la rencontre des comités directeurs. Le chercheur prévoit assister à deux réunions du comité directeur. Le mode de collecte de données est le papier puisque le chercheur prévoit prendre des notes lors de ces observations.

Informations collectées

Les renseignements collectés sont une description exhaustive des prises de décision stratégique dans les deux hôpitaux. L'analyse des données recueillies permettra de développer un processus représentatif de la prise de décision stratégique, en contexte pluraliste. En effet, les analyses des informations recueillies dans chacun des hôpitaux seront mises en commun dans le but de dégager un modèle récapitulatif et global qui illustre la prise de décision stratégique dans les établissements de santé, en contexte pluraliste. Aucune utilisation secondaire des données ne sera faite dans le cadre de ce projet de recherche.

Diffusion des résultats

La diffusion des résultats de la recherche se fera par courriel à chacun des participants. Pour ce faire, l'adresse courriel sera prise en note lors de l'entrevue.

Avantages et bénéfices de la recherche pour le participant

Au niveau du participant, aucun avantage n'est à déclarer. Cependant, la participation est très précieuse car elle permettra de mieux comprendre la prise de décision stratégique dans une organisation de santé en contexte pluraliste. Cela permettra également d'aboutir à des résultats qui seront applicables dans des organisations pluralistes de divers domaines tels les universités et autres. Les avantages à participer à cette étude sont donc relativement importants afin de mieux outiller les

décideurs à comprendre la gouvernance locale dont l'ingrédient principal est la prise de décision stratégique.

Risques et inconvénients prévisibles de la recherche.

Mis à part le temps que vous accorderez à la participation à l'entrevue individuelle, l'équipe de recherche estime que cette étude comporte peu de risque et d'inconfort considérant la nature des questions posées.

Compensation

Aucune compensation n'est prévue dans le cadre de ce projet d'étude.

Conflit d'intérêt

Le chercheur ne relevant d'aucune institution considérée dans le projet de recherche et n'ayant aucun lien personnel et professionnel avec les établissements, aucun conflit d'intérêt n'est déclaré pour l'instant.

Confidentialité et protection des données

Les informations transmises sont confidentielles. Elles ne sont disponibles qu'aux personnes qui travaillent directement au projet de recherche (chercheur et directrice de recherche). Les entrevues sont retranscrites afin de faciliter l'analyse. Toute donnée nominative est codée de façon à protéger l'identité. L'anonymat des hôpitaux est aussi conservé. Les enregistrements sont détruits et les retranscriptions ne seront accessibles que sur les ordinateurs des chercheurs, ordinateurs eux-mêmes protégés d'un mot de passe. Tout le matériel et les données sous forme d'enregistrement et de carnet de bord seront conservés au Canada pendant la période minimale de 7 ans après la fin de l'étude. Au-delà de la période de 7 ans, les données et le matériel seront détruits par le chercheur principal.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles, en cas de préjudice.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects du projet de recherche ou que vous voulez vous retirer du projet, vous pouvez contacter : Caline El-Khoury, chercheuse principale par courriel caline.el.khoury@umontreal.ca pour répondre aux questions des participants ou traiter une demande de retrait de l'étude.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

Hôpital Hôtel Dieu de France, Liban : 009611615300 poste 7001

Hôpital Maritime, Liban : 009619547920 poste 205

Le CERES sera informé de toute plainte déposée à cette ressource locale.

Consentement

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Nom du participant

Signature du participant

Date :

Engagement du chercheur

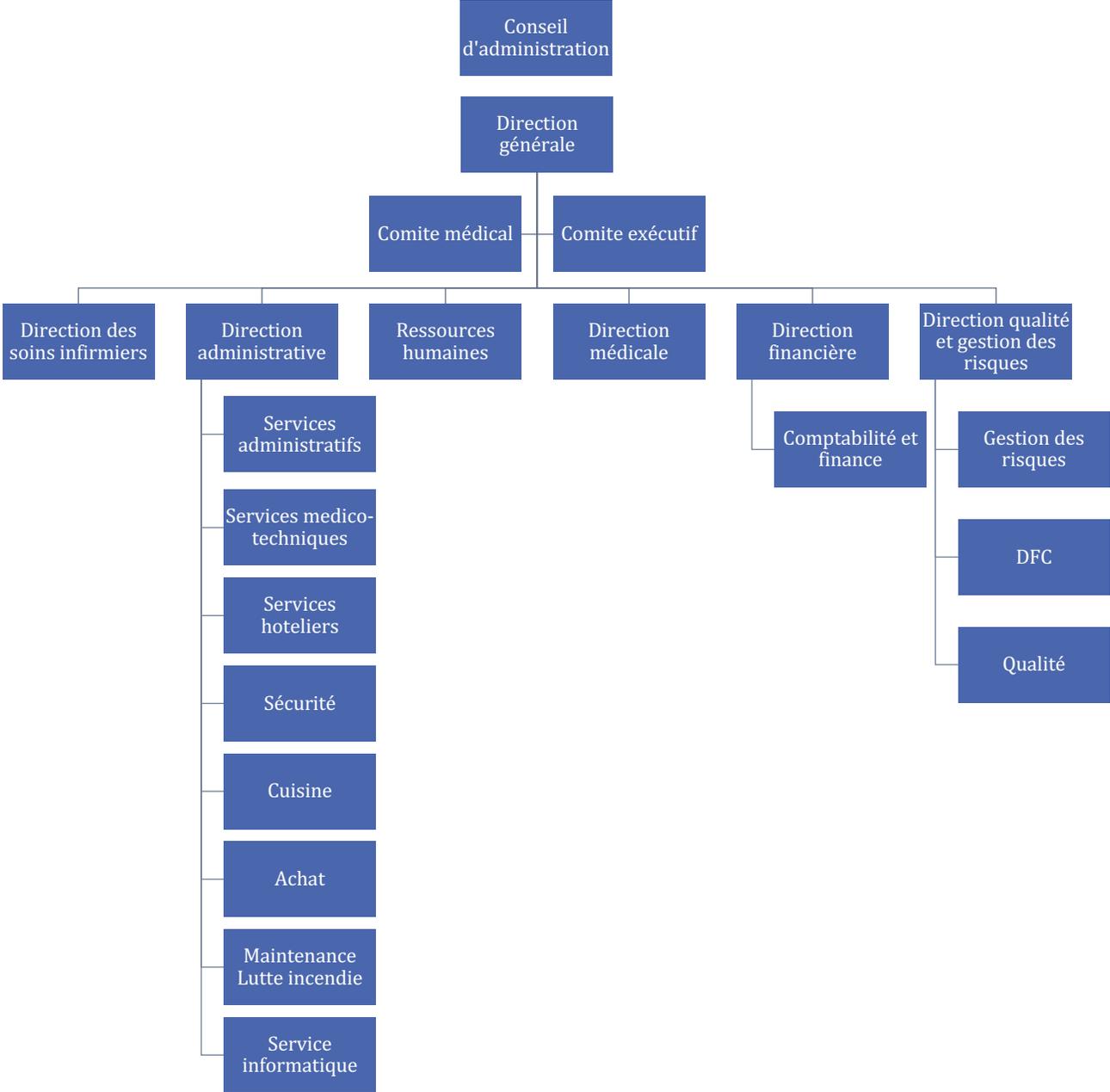
J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom du participant

Signature du participant

Date :

Annexe IV : Organigramme de l'hôpital Familial



Annexe V: Différents comités de l'hôpital familial

Conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé des membres de la famille fondatrice et propriétaire de l'hôpital qui occupent également des positions clés dans l'organisation : Le directeur général, son frère médecin qui vit à l'étranger, la directrice médicale qui est la femme du directeur général, ainsi que la directrice administrative qui est la sœur du directeur général. Aucun membre externe à l'hôpital ne fait partie du conseil d'administration. La responsabilité du CA est de définir la stratégie et de fournir des objectifs stratégiques clairs et précis au conseil exécutif. C'est une instance qui peut être définie comme le corpus principal de la prise de décision stratégique d'une organisation moderne.

Direction générale

En accord avec la mission et les valeurs de l'établissement, le directeur général dirige l'hôpital et s'assure du bon fonctionnement de ce dernier. Fils du fondateur et propriétaire de l'établissement, son rôle de directeur général *« n'est pas restreint par le conseil d'administration avec qui il travaille en collaboration constante et très rapprochée pour améliorer la performance de son établissement »*.

Comité médical

Le comité médical est élu pour 3 ans par les médecins de l'hôpital. Sa composition est plutôt stable au fil des ans. Ce comité est composé de 6 médecins de spécialités confondues et présidé par le président du comité médical. Il les représente auprès de la direction, participe au processus de nomination de médecins à l'hôpital et discute de divers sujets cliniques, professionnels et éthiques en garantissant une conduite des médecins conforme au code de l'ordre des médecins et aux codes internationaux de bonne conduite. Ce comité est impliqué dans l'amélioration de la qualité relative aux services cliniques, à la formation des médecins et les programmes des conférences scientifiques.

Comité exécutif

Le comité exécutif est formé du directeur général, de la directrice médicale, de la directrice administrative, du directeur financier et de la directrice des soins infirmiers. Le mandat de ce comité est de gérer le budget en collectant et analysant les données financières, en mesurant les risques

financiers et en préparant des rapports financiers à l'appui. Il doit gérer les contrats avec les fournisseurs ainsi qu'avec les partenaires de l'hôpital. Le comité exécutif prépare le plan stratégique quinquennal de l'hôpital qui doit refléter et attester les directives futures de l'hôpital. Il doit prendre en compte une vision à long terme en matière de planification et de développement et prévoir des révisions annuelles. Les composantes du plan stratégique reflètent les différents services de l'hôpital tels que la technologie informatique, les services médicaux, les soins infirmiers, le matériel, les bâtiments, etc.

Direction des Soins infirmiers

La direction des soins infirmiers veille à la bonne pratique des soins infirmiers à l'hôpital. Elle participe aux recrutements de nouvelles infirmières ainsi qu'à leur intégration et orientation au sein de l'hôpital. En plus de gérer les dossiers du personnel infirmier, la DSI organise le travail du personnel infirmier et des aides-soignantes. Elle est aussi responsable de la formation du personnel, des tests de compétence et l'évaluation des performances annuelles, en collaboration avec le département de la formation continue.

Direction administrative

Cette direction supervise tous les services administratifs et paramédicaux de l'hôpital. Elle est donc responsable de la coordination des activités des services administratifs et garantit le suivi du fonctionnement quotidien des différents bureaux et postes de travail. Il lui appartient aussi de gérer les dossiers des contrats qui se rapportent à chacun des services placés sous son autorité.

Ressources humaines

La gestion des ressources humaines est centralisée auprès de la directrice des soins infirmiers et de son assistante, où sont regroupés tous les dossiers des employés. Toutes les activités de la gestion des ressources humaines, en particulier le recrutement, doivent être approuvés par le directeur général. Les gestionnaires sont, de façon générale, formés à la gestion managériale moderne du domaine hospitalier. Fort de plusieurs années d'expérience, les cadres en poste bénéficient d'une formation adaptée pour remplir leurs tâches et responsabilités correctement. Pour assurer une certaine rigueur et compétence dans la gestion d'un établissement de santé privé familial, le

directeur médical, la responsable de la qualité ainsi que le directeur général ont décroché un « Master in Business Administration (MBA) » en gestion de la santé.

Direction médicale

Le directeur médical est responsable du bon fonctionnement de l'administration médicale. Il participe au recrutement et vérifie les dossiers de chaque médecin. Il s'assure de la formation continue des médecins et des pratiques médicales qui doivent être en accord avec la loi et l'éthique médicale. Le directeur médical supervise les évaluations des pratiques professionnelles effectuées à l'hôpital avec l'aide du comité des évaluations des performances professionnelles désigné par la direction de l'hôpital.

Direction financière

En plus des affaires économiques et comptables de l'hôpital, cette direction comprend la facturation, l'analyse de gestion, de budget et de trésorerie ainsi que les relations avec les tiers payants. Elle est aussi responsable de procéder à des propositions de tarifs, de préparer les projets de budget et d'effectuer des études de financement en liaison étroite avec la direction de l'hôpital.

Direction qualité

La direction de qualité est tenue par la directrice de qualité et son assistante aidées par le comité qualité qui se réunit au minimum 4 fois par an. Tous les documents imprimés par l'hôpital sont revus par ce comité avant d'être diffusés. Cette direction est responsable de superviser toutes les activités de l'hôpital relatives à l'amélioration continue du système de qualité, au respect des normes de l'accréditation du ministère de la santé, à la formation continue ainsi qu'à l'orientation du nouveau personnel.

De plus, différents comités opérationnels sont cités ci-dessous (188) :

- Le comité de nomination qui, principalement, évalue les nouvelles demandes d'admission des médecins à l'hôpital.
- Le comité mortalité-morbidité et éthique qui veille à l'amélioration de la qualité des soins aux patients dans le but de leur assurer une meilleure prise en charge.
- Le comité des évaluations des performances professionnelles (EPP) : En plus de se charger de la formation des professionnels en matière de méthodologie et des outils

d'EPP, ce comité veille à maintenir une dynamique d'évaluation des pratiques cliniques en référence à des recommandations professionnelles.

- Le comité qualité et gestion des données qui gère l'amélioration de la qualité de l'hôpital en mettant en place des plans qualité pour tous les services. Ce comité met en place des questionnaires de satisfaction des clients (patient, personnel et médecins) dont il analyse les résultats et met en place des plans d'intervention.
- Le comité des soins infirmiers qui revoit les politiques et procédures des soins infirmiers ainsi que le dossier infirmier de l'hôpital. Il présente un rapport concernant le plan d'amélioration de la qualité des soins infirmiers à la direction.
- Le comité de lutte contre les infections nosocomiales qui veille à la prévention, la surveillance et le contrôle des infections nosocomiales. Ce comité réalise et diffuse les politiques et procédures relatives à la prévention des infections.
- Le comité de gestion des risques qui veille à la mise en place des objectifs stratégiques des domaines à haut risque (le risque d'infections nosocomiales, les erreurs chirurgicales, la prévention des escarres et des chutes, etc). Le comité ratifie et distribue les politiques et procédures relatives à la gestion des risques professionnels et des conditions de travail ainsi qu'à la sécurité du patient.
- Le comité de pharmacie étudie l'ensemble des problèmes liés au choix et à l'utilisation des produits pharmaceutiques. Il établit la liste des médicaments disponibles à l'hôpital selon des critères bien définis et met à jour le formulaire des médicaments
- Le comité du bloc opératoire réalise les procédures et politiques du bloc opératoire (chirurgie et anesthésie) et les soumet au responsable du management de la qualité. Le comité veille au bon fonctionnement administratif et médical du bloc opératoire.
- Le comité des urgences qui effectue et revoit les procédures et protocoles du service des urgences. Il discute des problèmes relatifs au service. Il réalise un plan qualité et le suit régulièrement.
- Le comité des transfusions développe les règles et procédures de la collecte du sang jusqu'à la transfusion. Il répertorie et analyse les éventuels accidents transfusionnels.

Il informe le personnel sur les mesures de prévention du risque d'infection et les nouvelles procédures concernant la banque de sang.

- Le comité du dossier patient : Le contrôle de la tenue d'un dossier de qualité est la mission majeure de ce comité. Le comité établit un ordre uniforme du contenu des dossiers, garantit que le contenu et le contenant des dossiers soient conformes aux normes du ministère de la santé, vérifie que les dossiers soient remplis correctement selon les politiques de l'hôpital et émet un plan d'amélioration.
- Le comité des escarres s'occupe de la prévention et de la surveillance des escarres à l'hôpital. Il réalise les politiques et procédures relatives à la prévention des escarres et met à jour les recommandations de traitement.

Annexe VI : Déroulement de l'hôpital de jour (Hôpital Familial)

L'HDJ a officiellement ouvert ses portes le 1 mars 2015, de 7h le matin à 19h le soir, donc pour une durée de 12 heures par jours.

De façon générale, les dossiers des patients sont préparés la veille ou bien le jour même de la chirurgie très tôt. Dans ces dossiers, l'anesthésie annexe sa prescription médicale pour le bloc opératoire ainsi que ses bilans sanguins.

Le jour de l'opération, le patient se dirige au bureau d'admission pour s'enregistrer, suite à quoi, il se dirige vers les locaux de l'HDJ. L'infirmier de service l'accueille et le prépare pour le bloc opératoire selon les protocoles déjà établis.

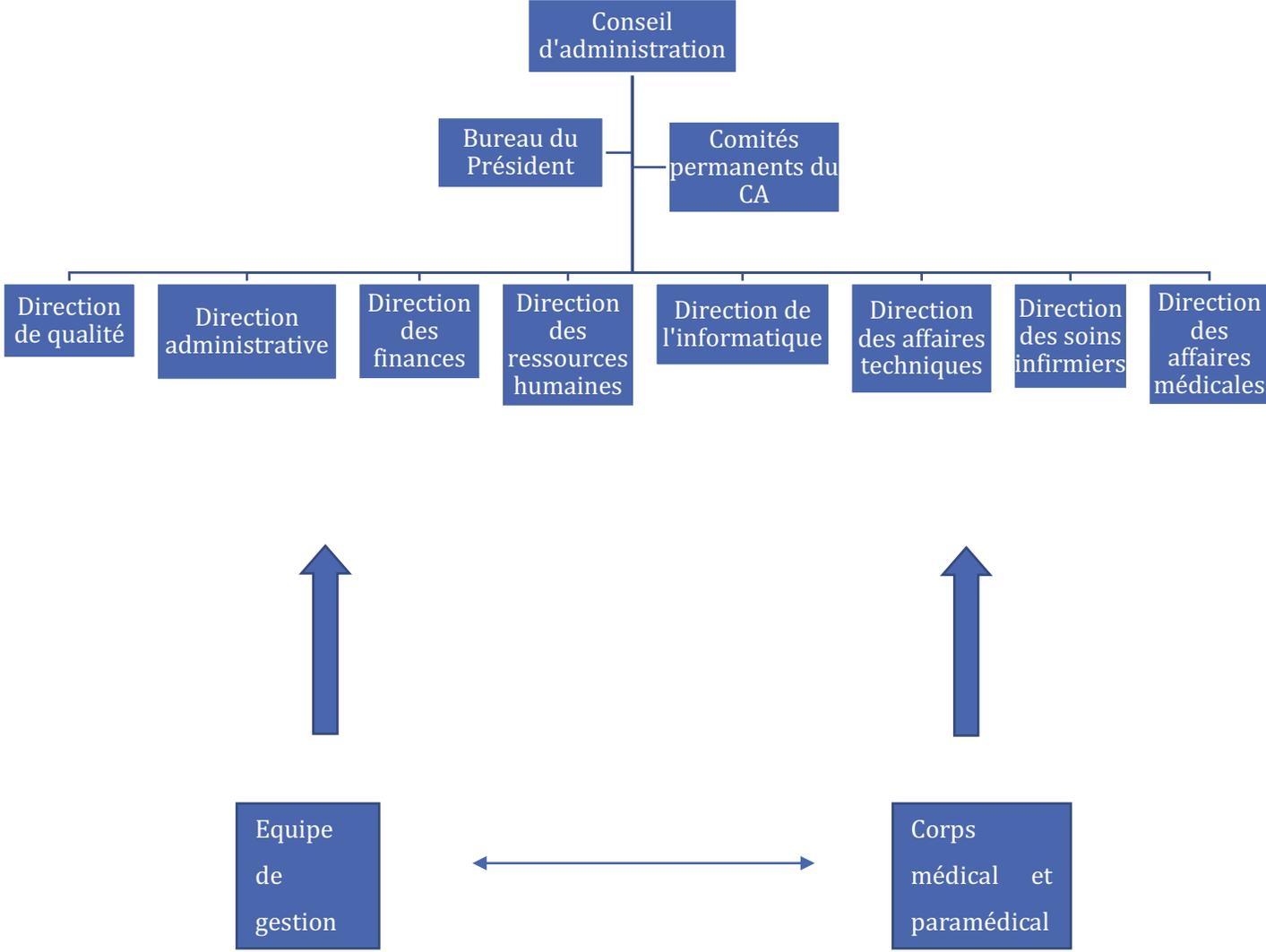
A son retour du bloc opératoire, le patient se repose dans sa chambre et est surveillé par l'infirmière, le temps que l'anesthésie se dissipe ou bien selon le temps indiqué par l'anesthésiste qui s'adapte aux techniques utilisées. En effet, le type d'anesthésie administré aux patients est étudié selon la durée de convalescence du patient, en hôpital de jour, donc pour un maximum de 12 heures de temps à l'hôpital.

Avant sa sortie de l'HDJ, le patient reçoit toutes les instructions post-opératoires nécessaires à sa convalescence ainsi que des directives claires au cas où des complications surviennent suite à l'opération.

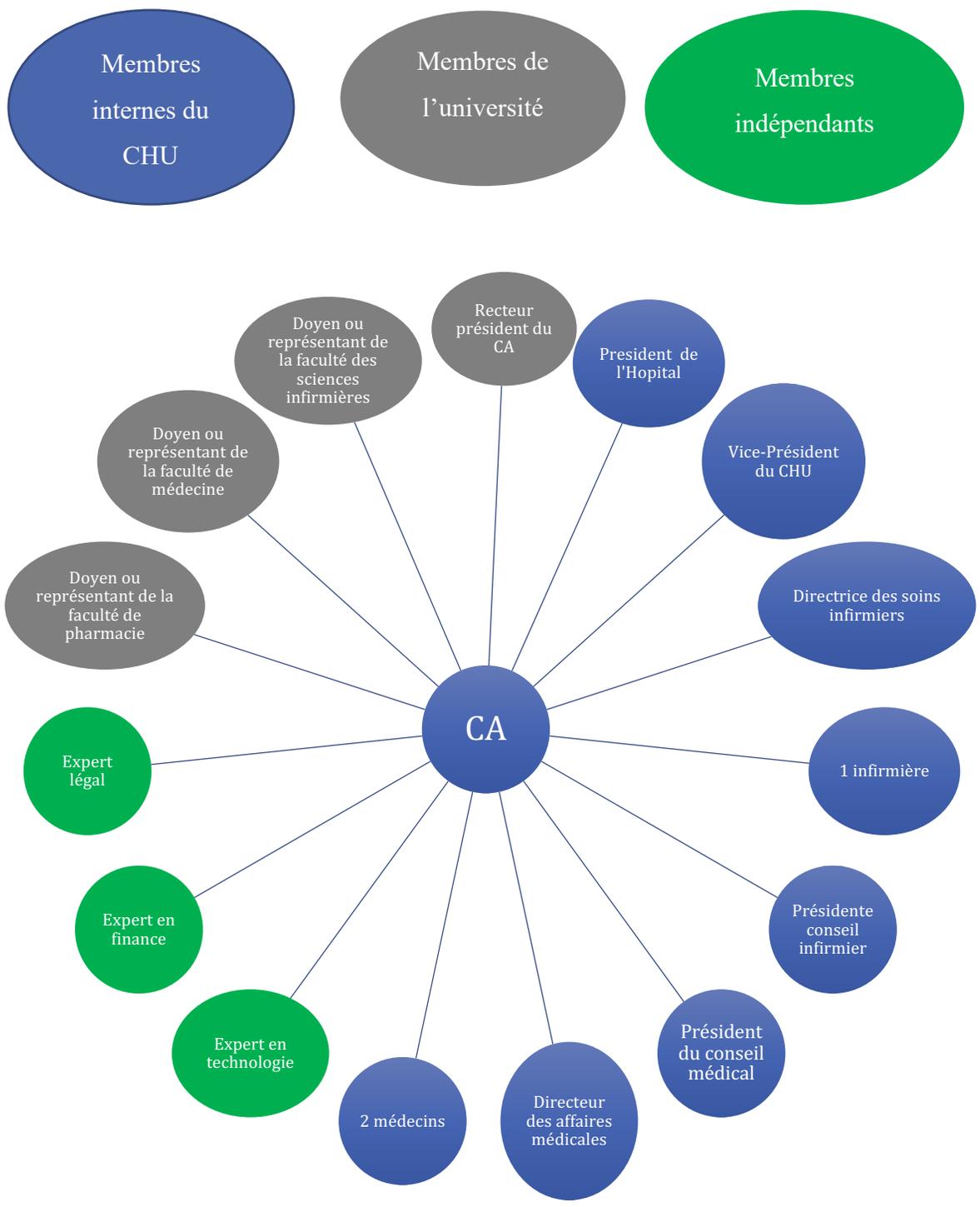
A sa sortie, le dossier médical du patient est envoyé à l'admission pour fermeture et facturation.

Pour le personnel soignant, une seule infirmière et deux aides-soignants prennent en charge tout le service d'hôpital de jour, pour une durée de 12 heures, durant 5 jours semaine. Quelques chirurgiens passent au bureau d'infirmière pour voir leurs patients en post-opératoire. En termes de structure et d'architecture, le bureau du personnel soignant, qui renferme tout le matériel nécessaire à la prise en charge des patients, fait face aux 5 chambres des patients qui renferme chacune deux lits, pour un total de 10 lits d'hospitalisation.

Annexe VII : Organigramme de l'Hôpital Universitaire



Annexe VIII : Composition du CA de l'Hôpital Universitaire



Annexe IX : Différents comités de l'Hôpital Universitaire

Conseil d'administration

Les responsabilités du CA peuvent être résumées et regroupées en 9 thèmes de gouvernance qui sont: la planification stratégique, la planification des investissements, la budgétisation, l'évaluation de la performance, l'audit, la qualité des soins, le recrutement et l'évaluation des médecins, la recherche et l'éthique (210). Ce conseil doit tenir au moins dix réunions par an, dont une ou deux réunions avec l'ambassadeur de France au Liban ou son représentant ; elle sont consacrées aux orientations stratégiques de l'Hôpital (208). Le calendrier des réunions qui doivent se tenir dans le courant de l'année est préparé par le Président du conseil d'administration au cours du dernier mois de l'année et il est aussitôt distribué aux membres du conseil (208). Le Président du conseil d'administration peut convoquer le conseil à se réunir en dehors des dates fixées dans le calendrier (208).

Bureau du président

Ce bureau a un rôle de conseil et de support administratif au CA et, à ce titre, il lui revient notamment d'effectuer les tâches suivantes (208):

- Donner au Président de l'Hôpital des conseils et avis sur le fonctionnement et le développement de manière spontanée ou sur demande.
- Mettre en place des procédures pour la production, la tenue, la circulation et la conservation des documents relevant de la présidence du CA.
- Assurer le secrétariat des réunions du CA, les préparer, envoyer aux membres du CA l'ordre du jour et les documents qui seront discutés, dresser les procès-verbaux, les soumettre aux membres du conseil pour approbation et les conserver.
- Maintenir à jour et à la disposition du Président les manuels de gestion, les directives et les organigrammes en vigueur au sein de l'Hôpital.
- Mettre en place et gérer un système de réception et de traitement des propositions et des plaintes émanant des personnes ou des structures travaillant au sein de l'Hôpital, à l'exclusion des plaintes des patients qui sont reçues et transmises aux directions concernées.

Une semaine avant la date fixée pour chaque réunion du CA, le Bureau du Président envoie aux membres du CA, par courrier ou par courrier électronique, l'ordre du jour et les documents qui seront discutés (208). Le procès-verbal de la réunion est envoyé, dans les trois jours ouvrables qui suivent la tenue de celle-ci, par le Bureau du Président de l'Hôpital, à tous les membres du Conseil (208). En l'absence de réserve expresse écrite adressée au Bureau du Président de l'Hôpital dans les trois jours ouvrables suivant l'envoi du procès-verbal, ce dernier est considéré comme approuvé à l'unanimité; au cas où un membre exprime une réserve, celle-ci sera annexée au procès-verbal et soumise au Conseil lors de sa réunion suivante pour être discutée comme premier point de l'ordre du jour (208).

Directions opérationnelles

Le supérieur hiérarchique des directions opérationnelles est le vice-président de l'Hôpital qui est en charge de la gestion opérationnelle de l'Hôpital (208). Il engage l'Hôpital dans le cadre de ses attributions par une signature conjointe avec le Président de l'Hôpital (208). Les directions opérationnelles sont les suivantes (208):

Direction des ressources humaines

Les fonctions de la direction des ressources humaines concernent la gestion administrative des ressources humaines ainsi que les dossiers de l'ensemble du personnel de l'Hôpital.

Direction des affaires financières

Les fonctions de la direction des affaires financières concernent notamment la préparation et l'exécution du budget, la gestion des comptes financiers et les relations financières avec les tiers payants.

Direction de la trésorerie

Les fonctions de la direction de la trésorerie concernent notamment la gestion et la tenue des comptes bancaires et des relations avec les banques ainsi que la protection contre les risques de change. Le Directeur du Service financier de l'Université assume d'office la direction de la trésorerie de l'Hôpital et informe périodiquement le Recteur de l'Université de la situation de la trésorerie.

Direction des Opérations

Les fonctions de la direction des opérations concernent l'étude des besoins de l'Hôpital sur le plan des investissements et de l'approvisionnement, la passation des commandes d'achat conformément aux procédures réglementaires et à la politique des stocks, la gestion des services généraux et hôteliers. De plus, les fonctions incluent le secteur des équipements biomédicaux, des travaux de construction, de maintenance ainsi que de réaménagement.

Direction des services informatiques

Les fonctions de la direction des services informatiques concernent le secteur des équipements informatiques et celui des logiciels et des applications.

Direction des Plateaux Techniques

Les fonctions de la direction des plateaux techniques concernent les services d'administration générale et d'études du plateau technique, à savoir les laboratoires, l'imagerie et les explorations fonctionnelles.

Direction de la Comptabilité

Les fonctions de la direction de la comptabilité concernent la tenue de la comptabilité et l'établissement mensuel et annuel du compte de gestion et de la situation financière.

Equipe de gestion

L'équipe de gestion est responsable de la gestion opérationnelle de l'hôpital. Cette équipe est composée du président de l'Hôpital, du vice-président de l'Hôpital et des directeurs placés à la tête de directions opérationnelles ainsi que deux directions de santé.

Comité d'éthique

Le comité d'éthique a pour objet le respect de l'éthique dans la pratique des soins et les différentes activités de l'Hôpital, y compris les essais cliniques et thérapeutiques (208). Le comité se compose de membres de plein droit qui sont le doyen de la Faculté des sciences religieuses et le directeur du centre universitaire d'éthique ainsi que des membres nommés par le recteur de l'université pour un

mandat de trois ans renouvelable deux fois, parmi lesquels figure un membre indépendant, issu de la société civile, dans la région géographique de l'Hôpital (208).

Résidents et internes

En tant que CHU, l'encadrement des résidents et des internes, leur formation et le suivi de l'enseignement sont de la compétence de la Faculté de médecine de l'Université affiliée (208). L'organisation de leur présence et de leur activité hospitalière est de la responsabilité du Directeur des affaires médicales du CHU (208).

Annexe X : Phases du projet “Vision 2020” de l’Hôpital Universitaire

