



ESJ Social Sciences

## Les hôpitaux du Maghreb face au COVID-19 : Etude de la participation des parties prenantes au processus de décision

*Guennaz Nassim, Doctorant En Management*  
Institut Supérieur De Gestion Et Planification, Algerie

[Doi:10.19044/esj.2022.v18n19p139](https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n19p139)

Submitted: 19 May 2022  
Accepted: 09 June 2022  
Published: 30 June 2022

Copyright 2022 Author(s)  
Under Creative Commons BY-NC-ND  
4.0 OPEN ACCESS

*Cite As:*

Guennaz N. (2022). *Les hôpitaux du Maghreb face au COVID-19 : Etude de la participation des parties prenantes au processus de décision*. European Scientific Journal, ESJ, 18 (19), 139. <https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n19p139>

### Résumé

Le modèle du « *garbage can* » a fait l'objet de plusieurs études, il est associé aux organisations de type anarchie organisée, à l'image des hôpitaux. Cet article s'intéresse à l'influence des parties prenantes externes sur ce modèle décisionnel, sujet de recherche qui a été peu abordé par la littérature. Compte tenu du contexte d'interaction des hôpitaux avec des parties intéressées externes, nous visons à comprendre les articulations exactes se déroulant dans le processus de décision au sein de ces structures de santé. La crise sanitaire mondiale due au COVID-19 a mis les hôpitaux au centre des opérations, et a été marquée par une multitude d'interventions d'acteurs externes, cette situation va constituer notre contexte d'étude. Pour réaliser cette recherche une étude longitudinale de trois hôpitaux en Algérie qui s'appuie sur cinquante-trois entretiens permet de dresser un cadre théorique explicatif. Nous apportons une description processuelle en situation de crise, en considérant le rôle des acteurs en présence. Le processus de décision est décrit en deux phases : (1) une phase d'intelligence où se déroule une coproduction des séquences de décisions entre les hôpitaux et les parties prenantes de l'autorité publique ;(2) une deuxième phase d'interaction où le processus se déroule selon le modèle de la poubelle. Nous identifions aussi les rationalités mises en jeu dans une approche holistique du processus étudié : la rationalité limitée et la rationalité contextuelle.

**Mots-clés** : Collégialité, rationalité, étude longitudinale, modèle de la poubelle

## **Maghreb Hospitals Facing COVID-19: Study of Stakeholder Participation in the Decision-Making Process**

*Guennaz Nassim, Doctorant En Management*  
Institut Supérieur De Gestion Et Planification, Algerie

---

### **Abstract**

The garbage can model has been the subject of several studies; it is associated with organizations of the organized anarchy type, such as hospitals. This article focuses on the influence of external stakeholders on this decision-making model, a research topic that has been little addressed in the literature. Given the context of the interaction of hospitals with external interested parties, we aim to understand the exact articulations taking place in the decision-making process within these health structures. The global health crisis due to COVID-19 has put hospitals at the center of operations and has been marked by a multitude of interventions by external actors, this situation will constitute our context of the study. To carry out this research, a longitudinal study of three hospitals in Algeria which is based on fifty-three interviews makes it possible to draw up an explanatory theoretical framework. We provide a procedural description of a crisis situation, considering the role of the actors involved. The decision-making process is described in two phases: (1) an intelligence phase where a co-production of decision sequences takes place between hospitals and public authority stakeholders; (2) a second interaction phase where the process takes place according to the model of the garbage can. We also identify the nationalities involved in a holistic approach to the process studied: limited rationality and contextual rationality.

---

**Keywords:** Collegiality, rationality, longitudinal study, garbage can mode

### **Introduction**

De nombreux travaux de recherches scientifiques sur la prise de décision se sont intéressés au modèle de la poubelle, et cela, dans différents secteurs et spécialités (Browing et al., 2006). Ainsi, Lauesen (2015) propose un modèle appelé « Organic Stakeholder Model » qui s'intéresse au processus de prise de décisions éthiques par l'inclusion de multiples parties prenantes. L'étude repose sur l'observation de plusieurs organisations, et conclut à la nécessité d'inclure les parties intéressées dans les processus décisionnels de type poubelle pour arriver à une résolution des problèmes traités. La crise du coronavirus qui secoue le monde depuis 2020 a mis à rude épreuve les systèmes de santé dans plusieurs pays, au centre de ces systèmes les hôpitaux. Ces structures de santé qui dépendent généralement de l'autorité publique,

assument la lourde mission de la prise en charge des malades de la pandémie. La gestion de cette crise mondiale a vu l'intervention des plus hautes autorités publiques dans tous les pays, et cela, pour une prise en charge meilleure de la santé des populations. Ce contexte nous pousse à nous interroger sur le rôle exercé par les parties prenantes externes dans le déroulement du processus de décision au niveau des hôpitaux. Les travaux de Glouberman et Mintzberg (2001) dans les hôpitaux anglais décrivent ces derniers comme des organisations qui interagissent avec de multiples parties prenantes. Dans cette optique, Cohen et al. (2012) expriment leurs visions sur le modèle de la poubelle après quarante ans d'existence, en indiquant que les perspectives de recherche du modèle doivent s'orienter vers les interconnexions existant dans la dynamique du monde actuel. Dans cette recherche, nous visons à comprendre l'implication des parties intéressées externes dans le processus de décision au sein des hôpitaux dans un contexte de crise, l'objet est ici de proposer un cadre théorique capable d'illustrer la prise de décision dans de telles anarchies organisées. Notre article se scinde en deux parties : un exposé théorique des anarchies organisées et du modèle de la poubelle, tout en faisant le lien avec la théorie des parties prenantes. Dans la deuxième partie de l'article, nous menons une recherche empirique dans trois établissements hospitaliers, la méthode longitudinale de l'étude de cas multiples sera mise en application afin de répondre à la problématique (Yin, 2014). Nous exposerons par la suite les résultats de notre enquête.

## **Revue de littérature**

### **L'organisation vue comme une anarchie organisée**

Les travaux de Cohen et al. (1972) ont permis de caractériser les anarchies organisées, ils résultent de l'étude des universités américaines et qui par la suite ont été généralisées à d'autres types d'organisations. Pour Vallejo et al. (2015), c'est la multiplicité d'acteurs porteurs de décision et qui ne s'alignent pas sur un objectif qui constitue l'une des causes de cette situation. Les organisations anarchiques à l'image des hôpitaux et des universités se caractérisent par une incompréhension de leurs membres quant au déroulement du processus. Le traitement des données entrantes se déroule selon une technologie floue, conduisant à des résultats suscitant une interprétation vague des acteurs (Cohen et al., 1972). De même, le processus de transformation qui se produit est le résultat des expériences précédentes, qui sont décrites comme un tâtonnement aboutissant vers une sortie. Ainsi, l'étude de Vallejo et al. (2018) a montré que même la maîtrise technologique n'est pas capable de dépasser le « slack » dû à la technologie floue, cette recherche sur les pôles d'activité médicale dans un hôpital public a montré les limites des contrôleurs de gestion qui n'ont pu apporter de solutions pour

une meilleure maîtrise du budget, et ce, malgré la conception d'outils spécifiques aux tâches.

### **La théorie de la décision et le modèle de la poubelle**

A la différence de la théorie du choix rationnel construite autour d'une mobilisation de choix dans un contexte incertain, le modèle de la poubelle est fondé sur la dynamique de l'organisation, basée sur le contexte, avec des choix imprévisibles survenant par accident et selon des intentions individuelles momentanées (Bendor et al., 2001). Selon Desreumaux et Romelaer (2001) la rationalité dans le modèle de la poubelle obéit à des facteurs organisationnels de routines myopes, ces facteurs agissent dans une double complexité interne et externe à l'organisation. Dans un autre registre, Pinfield (1986) élabore une comparaison entre les organisations structurées et les anarchies organisées selon cinq axes : (1) la définition de la décision ; (2) les objectifs ;(3) la participation ;(4) la dépendance contextuelle ;(5) le temps. La comparaison relève le caractère post-factum de la décision au sein des anarchies organisées. Dès lors, la décision n'est pas vue comme une démarche planifiée, mais comme un solutionnement de problèmes surgissant dans l'organisation. Le temps est décrit comme n'étant pas nécessairement séquentiel aux problèmes, choix et actions, et cela, à l'inverse des organisations structurées. Or, selon Huault (2017) et malgré toutes ces descriptions qui reflètent une « non-linéarité », les organisations fonctionnant sous ce modèle ne peuvent obligatoirement être vues comme non performantes. Ainsi, ces cas d'organisation ne relèvent pas de l'anormal ou de cas isolés. De leur côté, Fioretti et Lomi (2008) montrent que dans les organisations de type anarchies organisées, la résolution de problèmes n'est pas effective, ces dernières subsistent toujours, tout en soulignant que ces au niveau des hiérarchies inférieures que se résolvent quelques problèmes. Chatelain-Ponrey et al. (2014) abordent la question de la prise de décision stratégique dans les organisations collégiales à l'image des universités et des hôpitaux, en précisant qu'une influence modérée est à mettre au profit des parties prenantes internes. L'étude souligne que la prise de décision stratégique est centralisée vers la tête de ces organisations créant une marginalisation des autres niveaux hiérarchiques. Dans cette perspective, l'analyse de Chatelain-Ponrey et al. (2014) précise que la décision collective au sein des organisations collégiales se caractérise par une forme non hiérarchisée (Waters, 1989 ; Lazega, 1999 ; Lazega et Wattedled, 2010) et qui obéit au « système d'action collective » ou « système d'échanges généralisé et multiplexe », et cela, pour expliquer la démarche des pairs à l'image des comités scientifiques qui siègent à l'intérieur des universités. De leur côté, Pierre et Peters (2005) apportent un éclairage important pour expliquer les actions des gouvernements, en mettant le modèle du « *garbage can* » au centre

de la gouvernance des pouvoirs publics, tout en expliquant que le concept de la rationalité limitée de Simon ne permet pas d'interpréter les prises de décisions des gouvernements.

### **Pandémie du covid-19 et crise des hôpitaux maghrébins**

La pandémie du COVID-19 est déclarée le 11 mars 2020 par l'Organisation mondiale de la santé. En Algérie, le premier cas est découvert officiellement le 25 février 2020 chez un ressortissant italien travaillant dans une importante société pétrolière italienne au sud de l'Algérie. En Tunisie, les 24 gouvernorats du pays sont touchés, le virus est détecté officiellement le 2 mars 2020. Le gouvernement tunisien annonce une série de mesures parmi celles-ci : le confinement et la fermeture des frontières. Le journal Le Monde du 26 juillet 2021 fait état que des hôpitaux sont complètement saturés, et que les moyens de soins sont en manque, ainsi que la présence d'un personnel médical étranger à la rescousse dans certaines structures sanitaires. Au Maroc, la chaîne de télévision France 24 annonce le 20 août 2021 une situation très difficile dans les hôpitaux où des unités opératoires ont été transformées en unités de COVID-19. Le journal Le Monde du 18 novembre 2020 annonce des hôpitaux submergés, où des efforts étaient déployés dans les services de soins et réanimations, afin d'augmenter les capacités d'accueil. Ainsi, une nouvelle organisation apparaît dans les hôpitaux marocains et des décisions sont prises pour faire face à l'ampleur de la pandémie, la situation est décrite comme faisant partie d'une nouvelle forme de pratiques managériales (Elwardi et al., 2021).

### **Prise de décision et implication des parties prenantes**

Waguespack (2006) explique l'influence des parties prenantes externes dans le modèle du « *garbage can* » grâce à une étude portant sur les décisions environnementales dans la gestion des déchets dangereux. Les résultats de l'étude montrent que l'implication d'acteurs externes varie selon l'importance de la décision considérée, et que les décisions qui concernent des affaires complexes suivent le modèle de la poubelle à l'inverse des décisions de faibles ou de très haute importance, qui suivent le modèle rationnel de Simon (1955). La complexité de certains systèmes implique selon Hafsi et al. (2000) la combinaison de différentes conceptions de la rationalité afin d'expliquer les décisions. Ainsi, la rationalité d'un système peut aussi être la décomposition d'une série de rationalités attribuées à différents acteurs (Crozier et Friedberg, 1977). Parmi les variables importantes que nous considérons dans notre recherche, nous citons l'urgence associée à la décision. En effet, la pandémie du coronavirus a soulevé une vague de décision dans tous les secteurs de la vie humaine, il n'existe presque pas de secteurs qui soient restés insensibles au virus du COVID-19. Le concept d'urgence a été

abordé par Mitchell et al. (1997) comme un attribut d'identification de parties prenantes, et qui peut être associé ou dissocié des concepts de pouvoir et de légitimité. Ce concept fait appel au degré de priorité des demandes formulées par les acteurs, il fait aussi référence à la sensibilité du temps de réaction aux requêtes des parties prenantes (Eyestone, 1978), et à la criticité des demandes formulées par les parties intéressées (Hill et Jones, 1992). De même, les travaux de Neville et al. (2011) qui placent l'urgence comme une source de dynamisme du modèle de Mitchell et al. (1997), permettant la priorisation des réclamations des parties intéressées. Dans un autre registre, Bouglet et Joffre (2015) proposent un modèle centré sur les attentes qui s'inspire des attributs du modèle de Mitchell en considérant l'attente comme une revendication particulière sur laquelle une partie prenante compte obtenir satisfaction. Dans cette perspective, Bouglet et Joffre (2015) postulent qu'une attente peut être légitime, urgente, et/ou portée par une partie prenante possédant un pouvoir. Ainsi la nature de la partie prenante n'est pas considérée comme objet d'analyse. La participation d'une partie intéressée sous-entend son niveau d'implication dans un processus de décision (Ashmos et al., 1998), et aussi la profondeur de son influence (Edelenbos et Klijn, 2005).

L'analyse précédente permet de relever des aspects de participation des parties intéressées aux processus de décision, cette participation dépendante ou indépendante du pouvoir des acteurs est traitée par la littérature scientifique sous diverses formes, on citera la consultation, la concertation et la négociation (Touzard, 2006). Ainsi, l'interaction entre parties prenantes dans un processus de décision collective peut-être vue comme un système d'articulation englobant les interactions de chacune de ces parties, ce mode de coordination est défini par le concept de concertation (Damart et al., 2001). La pratique de la concertation entre acteurs s'est étendue dans divers secteurs, c'est ainsi que Queste et Wassenaar (2018) présente toute l'importance de la concertation comme une pratique multi-acteurs, et cela, grâce à la diffusion de connaissances et résultats intermédiaires contribuant au développement de la recherche. La crise sanitaire due au COVID-19 a instauré un climat de coopération internationale encouragée par l'organisation mondiale de la santé (Houssin, 2020), cette coopération entre structures sanitaires internationales peut-être relevée par les échanges entre les structures sanitaires dans les domaines des vaccins et des soins.

## **Méthodologie de la recherche**

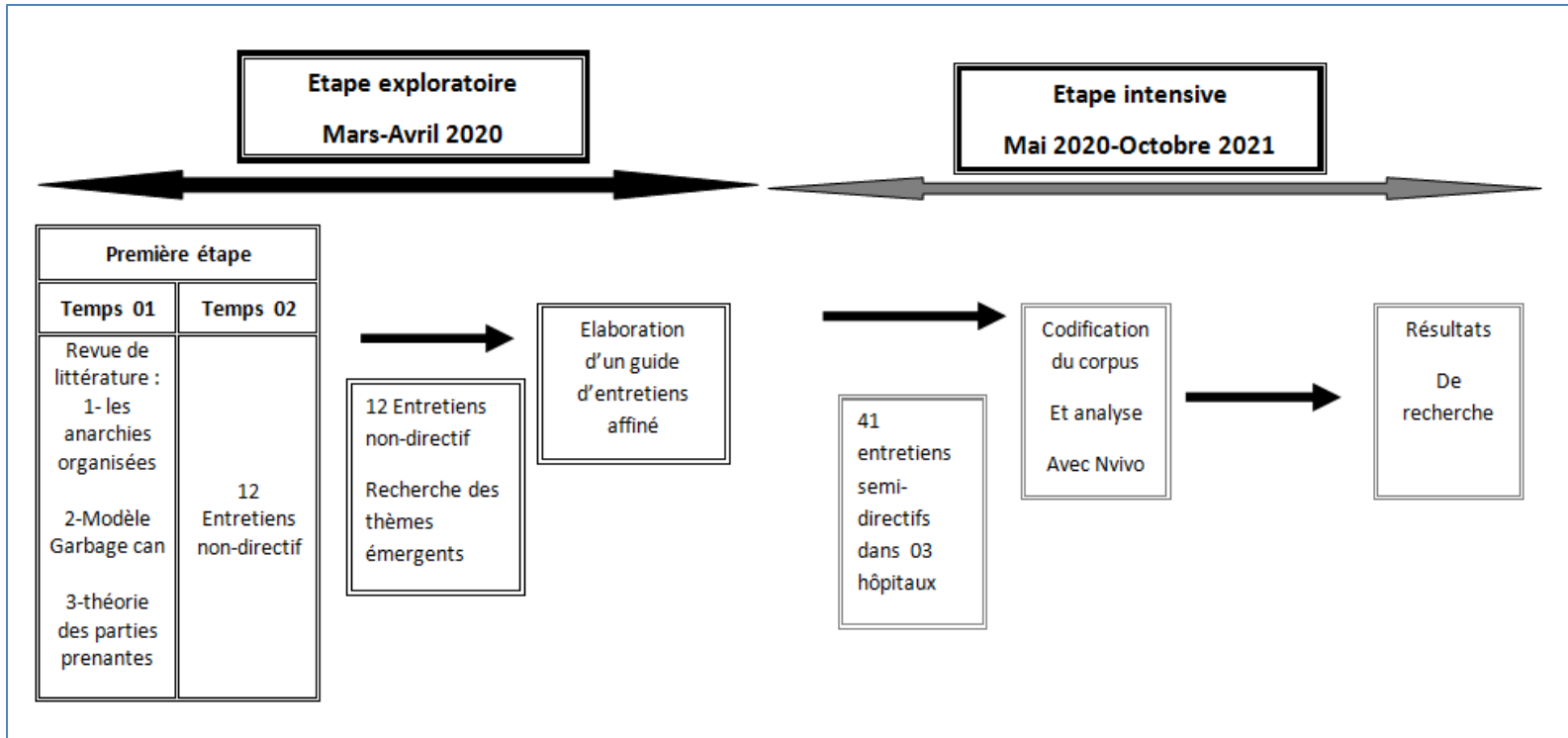
### **Le choix d'une approche processuelle**

Notre recherche portera sur une étude de cas multiple (Yin, 2003), et cela, dans un souci de réplification des résultats, nous abordons l'objet de recherche par une approche holistique. Notre analyse s'articule sur une étude longitudinale approfondie de 03 centres hospitaliers situés à Alger. Pour cela,

nous avons conduit l'étude en deux étapes (Musca, 2006) : une étape exploratoire où nous avons cherché à recueillir des visions contrastées de la problématique étudiée, et cela, en nous intéressant à toutes les parties concernées, cette étape s'est déroulée pendant les mois de février-mars-avril 2020. Une deuxième étape d'étude intensive à partir du mois d'avril 2020, où nous avons focalisé notre travail de recherche à l'intérieur des hôpitaux .

### **Collecte et analyse de données**

Trois grands centres hospitaliers de la ville d'Alger ont constitué notre terrain d'étude, ainsi que des structures de parties intéressées associées aux décisions. Nous avons dans un premier temps réalisé 12 entretiens non-directifs (Baumard et al., 2014 ; Gavard-Perret et al., 2012) avec des médecins et des responsables locaux impliqués dans la gestion de la crise du COVID-19 (étape exploratoire). Les entretiens ont duré entre une heure et une heure et demie, les échanges ont eu lieu généralement après les réunions de crise. Notre objectif était de comprendre l'interaction entre les parties prenantes externes et les hôpitaux, pour cela, nous nous sommes intéressés à l'objet des réunions avec les structures administratives de santé publique et le travail qui était réalisé au niveau des hôpitaux. L'exploitation du matériau obtenu a permis d'approfondir le sujet étudié et de relever l'influence exercée par les parties prenantes externes dans les prises de décisions au sein des hôpitaux publics. Grâce aux premiers entretiens, notre démarche abductive a permis de faire émerger de nouveaux thèmes qui ont servi à l'élaboration d'un guide d'entretien affiné pour une deuxième phase d'entretiens semi-directifs (Miles et Heberman, 1984). Ces thèmes ont été complétés par ceux de la revue de littérature présentée dans l'actuel article. Dans la seconde étape (étude intense), nous avons réalisé 41 entretiens semi-directifs avec des gestionnaires et des praticiens du corps médical en relation directement avec les processus de décision dans les hôpitaux. Nous avons arrêté les entretiens, une fois que nous avons atteint une saturation dans les réponses (Bloor et Wood, 2006). Nous avons apporté des améliorations au guide d'entretien, le faisant évoluer grâce aux interactions provenant des entretiens non directifs, permettant ainsi, de collecter un matériau empirique riche. Les entretiens ont été espacés les uns des autres afin de procéder à une retranscription du verbatim, le guide a été adapté selon le profil de l'interviewé : gestionnaire ou praticien de la santé. Nous avons enrichi les données primaires par des données secondaires constituées principalement d'article de presse afin d'avoir une vision holistique sur le recueil réalisé pendant presque deux ans. À la fin de la collecte des données, nous sommes arrivés à retracer la monographie du processus et à constituer un corpus de 114 pages regroupant la retranscription des entretiens réalisés et des observations relevées, ainsi que les documents accumulés.



**Figures 1** : les étapes de notre recherche  
 Source : Adapté par Musca (2006) à Yin (2003,p.40).



Aussi, nous sommes parvenus à décomposer le temps pour construire des périodes. Par la suite, nous avons opéré une analyse thématique des entretiens, ce travail d'analyse a commencé par une lecture flottante des textes retranscrits dans le but de relever les récurrences, les liens de causalité, ainsi que les faits marquants, selon les recommandations de Miles et Huberman (2007). Par la suite et afin de cerner le matériau recueilli, nous avons élaboré des fiches de synthèses en une page pour chacun des 53 entretiens réalisés, cela nous a permis de synthétiser les données pour structurer notre réflexion dans l'étape de codage. Par la suite, nous avons défini des phrases issues du découpage du corpus et représentant nos unités d'analyse, pour les affecter dans des catégories (Bardin, 2001). Une approche hybride a été privilégiée entre une thématisation déductive et une thématisation par approche inductive, permettant une démarche rigide et riche en même temps (Paillé et Mucchielli, 2016). Par ailleurs, nous avons opté pour une démarche automatisée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo 12 pour faciliter le processus de gestion et de catégorisation de nos données empiriques, cette démarche nous a permis une visibilité systémique rapide des données textuelles (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2012). Ainsi, dans un premier temps, nous avons dressé une liste de thèmes, définie à partir du guide d'entretien, à savoir : organisation des hôpitaux ; interaction avec parties prenantes externes ; choix décisionnels. A ces derniers, nous avons fait correspondre des sous-thèmes inspirés de la revue de littérature et centré autour de notre problématique de recherche. Dans un deuxième temps, nous avons repéré des unités d'analyse et qui ont été reliées aux thèmes correspondants pour former une arborescence. Dans un troisième temps, nous avons fait émerger de nouveaux thèmes, à savoir : application des décisions, rationalités des décideurs. L'opération de codage est arrivée à son terme dès que nous sommes parvenus à saturation des sources, caractérisées par l'émergence de régularité (Lincoln et Guba, 1985). Dès lors, nous avons commencé l'interprétation des données en faisant une abstraction de notre travail empirique vers notre cadre d'analyse conceptuel.

## **Résultats**

### **La première vague du coronavirus : février 2020 à septembre 2020**

La première vague du virus est marquée par une incertitude totale quant à la nature du virus : sa transmissibilité, sa mortalité, les moyens de lutte, son traitement. L'ambiguïté au niveau des hôpitaux règne à tous les niveaux, où il n'existe aucune procédure de traitement chez les praticiens. Les services d'urgence sont les premiers à être submergés graduellement par les patients qui affluent. Les symptômes de la maladie ne sont pas encore bien cernés ainsi que les analyses nécessaires pour le dépistage du virus : « Les premiers patients ont commencé à arriver au niveau du service d'urgence, en notre qualité de praticien de la santé, nous étions dans l'expectative, car peu

d'informations étaient connues sur le coronavirus et la peur régnée à tous les niveaux, il n'existait pas de procédures de prise en charge et un état de panique régné ici.» (un médecin de l'hôpital 01). Les pouvoirs publics interviennent par la suite et des comités scientifiques sont installés dans chaque hôpital, ainsi qu'un comité scientifique national au niveau du ministère de la santé. Cela permet de dégeler la situation par la création d'unités spéciales de traitement du COVID-19 à l'intérieur de chaque hôpital: « L'organisation mise en place nous paraît être satisfaisante et acceptée par tout le monde, dans le temps actuel, nous avons agi selon les informations à notre disposition, des comités scientifiques sont en place pour proposer des solutions que nous essayons d'opérationnaliser, beaucoup d'aspects sont pris en considération pour la gestion de cette crise.» (un responsable de l'administration local). Une organisation se met en place par la création d'espaces pour l'accueil des malades qui sont par la suite pris en charge par catégories, cela commence par les cas suspects jusqu'aux cas les plus critiques qui sont admis directement en réanimation. Ainsi, des centres de tri sont mis en place pour détecter les malades au préalable, et cela, après questionnement sur la nature des symptômes qu'ils présentent. Par la suite, les médecins remplissent des formulaires pour une prise en charge appropriée. Le contact n'est pas permis et la communication s'effectue à travers des ouvertures. Les personnes déclarant avoir été en contact avec des malades du coronavirus sont orientées aussi pour effectuer des scanners permettant de relever l'existence de lésions qui indiqueraient une infection au COVID-19. Des espaces d'accueil sont réservés aux malades asymptomatiques, et des décisions sont prises à l'intérieur des hôpitaux pour que les services traitant les maladies pneumologiques soient transformés en unités de traitement du COVID-19, la maladie est perçue comme affectant le système pulmonaire plus que d'autres parties du corps humain. D'autres décisions sont prises au vu de l'affluence importante des malades, ainsi, il est recommandé un confinement à domicile des cas suspects qui n'ont pas subi de dépistage, à cause d'une surcharge des unités COVID-19, cette procédure est surtout recommandée quand la vie du patient n'est pas en danger. Les symptômes les plus récurrents que présentent les malades qui arrivent sont la toux sèche, fièvre et une difficulté dans la respiration. Les tests sont effectués sur les personnes présentant de forts symptômes. D'autres services ont été transformés en espace d'accueil, comme pour l'hôpital 03 où la décision a été prise pour que le service ophtalmologie soit affecté au patient présentant des complications respiratoires et une aggravation de cas : « Nous agissons dans l'urgence, car nous sommes sous pression de la part de la population ainsi que la tutelle, donc des solutions sont trouvées selon le déroulement des événements , nous devons aussi faire avec les structures en place que nous adaptons aux nouveaux besoins.» (un des gestionnaires de l'hôpital 02). Le choix n'est pas fortuit puisque le service

ophtalmologie se trouve à proximité de la réanimation, ce qui permet un transfert rapide en cas de complication grave pour le malade. Le ministère de la santé intervient pour recommander un traitement thérapeutique sur la base de chloroquine, les médecins traitant au niveau des hôpitaux révèlent que le traitement donne de bons résultats dans beaucoup de cas, il y a aussi le traitement avec antiviraux qui réussit pour d'autres malades: « Le traitement à la chloroquine est destiné à des patients qui ne souffrent pas de maladie cardiovasculaire, aussi les patients présentant une intolérance à ce traitement sont immédiatement exclus, pour ces cas nous préconisons des antiviraux ce protocole a permis de donner de bons résultats pour le moment » (un professeur de l'hôpital 02). Les décisions de réorganisation caractérisées par la création des unités COVID-19 sont initiées à partir du ministère de la santé, ces décisions transitent par la direction de la santé et de la population de la wilaya d'Alger pour être mises en application par les structures de chaque hôpital où la direction des activités médicales et paramédicales est en charge de les appliquer. La maladie encore inconnue impose au personnel médical des hôpitaux de collaborer avec des groupes de références internationales. Ainsi, une concertation se met en place pour développer des protocoles de soins et des pratiques de gestion, l'échange s'effectue directement entre le personnel des hôpitaux et les groupes de référence, le but est d'arriver à standardiser les protocoles de traitement pendant toutes les phases de diagnostic de la maladie. Grâce aux réseaux déjà préexistant entre praticiens de santé, c'est la recherche du protocole standard et des meilleures pratiques qui constituent l'objectif des médecins soignants, un échange s'installe particulièrement sur les réseaux sociaux, ce qui permet de développer des méthodes d'action: « La collaboration entre médecins a toujours existé, des échanges ont lieu lors des rencontres et séminaires qui sont organisés à l'international, mais avec cette pandémie les choses se sont développées puisque l'échange est devenu plus intense via les réseaux sociaux et les groupes de médecins afin d'affiner notre connaissance du virus et des moyens de lutte à entreprendre tout au long des phases de traitement » (un médecin spécialiste de l'hôpital 03 ).

### **La deuxième vague du coronavirus : octobre 2020 à janvier 2021**

Après une accalmie dans les services des hôpitaux à la fin de l'été 2020 et le retour de l'espoir d'une vie normale, le nombre de cas atteint du COVID-19 revient à la hausse jusqu'à atteindre le summum en novembre 2020 selon les chiffres officiels. Les services COVID-19 qui commençaient à désemplir se retrouvent à nouveau saturés par un nombre important de malades, les unités de réanimation spécialement aménagées avec des arrivées d'oxygène sont congestionnées, commence alors une nouvelle lutte pour le personnel médical des hôpitaux, qui pointent un relâchement des gestes barrière et des mesures

de prévention de la part de la population après l'accalmie de la première vague. Mais l'organisation est plus stable et l'effet de surprise n'est plus là, les protocoles de traitement sont plus standardisés et le dépistage plus présent que lors de la première vague: « La situation est mieux gérée qu'avant et nous arrivons à canaliser le flux de malade qui arrive à l'hôpital, des automatismes se sont mis en place et le personnel médical connaît mieux ce qu'il doit faire, les décisions sont prises selon la gravité des événements» (un responsable administratif de l'hôpital 01).

### **La troisième vague du coronavirus : mai 2021 à octobre 2021**

Le système sanitaire algérois est submergé par une troisième vague meurtrière liée au variant Delta venu d'Inde, le virus a subi une mutation et le variant est très contagieux, les chiffres officiels annoncent que 70% des malades du COVID-19 sont atteints du nouveau variant. Une demande en oxygène se fait crescendo, et les capacités des hôpitaux sont insuffisantes face à la demande. Les pouvoirs publics interviennent cette fois-ci et les autorités locales représentées par les collectivités territoriales sont responsabilisées pour subvenir aux besoins des hôpitaux, la mise en place d'une logistique capable de distribuer l'oxygène est le cheval de bataille des autorités territoriales. La gestion de l'oxygène est compliquée à l'intérieur des hôpitaux, entre nombres importants de malades, création de nouvelle salle de réanimation et détection des cas prioritaires, le travail du personnel médical s'annonce ardu. La stratégie à suivre selon certains scientifiques est de casser la dynamique du virus et de désengorger les hôpitaux. A l'intérieur, le personnel médical lutte et exprime les besoins, et cela, face à un taux d'hospitalisation important estimé à 75%. Un plan d'urgence consistant à augmenter le nombre de lits est mis en place face à une courbe épidémique qui prend une allure inquiétante. La gestion du personnel médical pose ainsi problème, entre manques d'effectif et obligation d'affecter des médecins et des infirmiers provenant d'autres services vers les unités de traitement de COVID-19, c'est toute une nouvelle organisation qui se met en place dans les hôpitaux. La situation se présente de telle sorte qu'il faut concilier entre les malades des autres services et les malades atteints du coronavirus. L'affectation et l'utilisation du matériel médical posent aussi des soucis, avec des risques importants de contamination. La multiplication des intervenants crée par moments des états d'incompréhension, qu'il s'agisse de la gestion des ressources humaines ou du matériel: « Il n'y a pas qu'un seul intervenant, mais de nombreux avis sont donnés et les choix se font rapidement à cause de l'urgence, il y a même des cafouillages dans l'organisation et l'exécution des tâches, vu que les solutions changent d'un moment à l'autre » (un des médecins de l'hôpital 03).

## Discussion des résultats

Notre recherche permet une meilleure compréhension du processus de décision dans les organisations de type anarchie organisée sous influence des parties intéressées. Les résultats de notre recherche corroborent les conclusions de Chatelain-Ponrey et al. (2014) selon lesquelles le modèle de la poubelle est insuffisant pour expliquer le processus décisionnel dans les organisations collégiales à l'image des universités et des hôpitaux. Cependant, nous avons caractérisé le rôle pertinent des parties prenantes externes aux hôpitaux et leurs rôles dans le résultat final de la décision. Une lecture des résultats fait apparaître la participation des pouvoirs publics dans les prises de décision sous un aspect de « collégialité top-down » (Lazega et Wattebled, 2010). Mais la collégialité que nous décrivons est de source externe aux hôpitaux et qui se prolonge à l'intérieur de ces organisations, elle apparaît comme une collégialité imposée par la situation de crise sanitaire nationale et mondiale faisant que les services de l'Etat deviennent parties prenantes dans les décisions prises à l'intérieur des hôpitaux, mais dans une approche bureaucratique. Nos cas montrent que même en présence de cette collégialité dans le processus de décision le modèle de la poubelle reste prédominant dans les services des hôpitaux et l'intervention des parties prenantes s'apparente à une volonté de réduire le Slack organisationnel. Le processus de décision ainsi étudié peut être décrit en deux phases, une phase d'intelligence où se déroule une coproduction des séquences de décisions entre les hôpitaux et les parties prenantes de l'autorité publiques suivie d'une deuxième phase d'interaction où le processus se déroule selon le modèle de la poubelle. Il est à noter que la coproduction de décision a été déjà mise en évidence dans les anarchies organisées (Chatelain-Ponrey et al., 2014) entre la volonté de l'Etat d'autonomiser les universités et la participation de la communauté universitaire aux décisions stratégiques. Au niveau de la phase d'interaction, le personnel médical prône une autre vision dans la gestion hospitalière, c'est un processus de concertation avec les centres hospitaliers de référence à travers le monde qui se met en place, ce processus de concertation peut être inclus comme une composante importante du flou technologique qui caractérise les organisations de type anarchies organisées. Le processus collectif de concertation ainsi présenté fait référence à un partage d'informations et de pratiques (Queste et Wassenaar, 2018). Notre étude relève aussi l'état d'incompréhension qui règne au niveau de la base dans l'application des décisions, il apparaît une imprécision dans les résultats des actions menées et la nouvelle organisation n'est pas cernée par l'ensemble des acteurs (Romelaer, 1994), créant ainsi un flou organisationnel. Il ressort aussi de nos résultats que la participation aux processus de décision présente des fluctuations surtout après l'association de parties prenantes externes, ce qui a favorisé la multiplication des intervenants (Friedberg, 1993) accentuée par la

situation de crise. Nous avons aussi relevé la persistance des problèmes dans les contextes de décision, et cela, malgré les interventions hiérarchiques, nos travaux démontrent que la résolution partielle des problèmes se déroule plus au niveau de la base de l'organisation où les efforts du personnel médical sont très importants, ce qui rejoint les résultats des travaux de Fioretti et Lomi (2008). L'intervention des pouvoirs publics comme partie prenante se traduit sous une forme d'attente vis-à-vis de la situation vécue par la population, le cas étudié fait apparaître l'attente légitime et urgente des services de l'Etat, qui mobilise les attributs d'urgence et de légitimité, ces deux attributs apparaissent clairement au vu des interventions des structures publiques locales dans la gestion des hôpitaux. Le pouvoir d'intervention stratégique de l'autorité publique sur les hôpitaux fait aussi apparaître une autre attente, mais qui est portée par l'attribut pouvoir, les attentes de ces parties prenantes peuvent être expliquées par le modèle de Bouglet et Joffre (2015). Nos résultats réfutent les travaux de Pierre et Peters (2005) qui soutiennent que le modèle de la poubelle présente des analogies permettant d'expliquer la gouvernance des pouvoirs publics dans les différents secteurs relevant de l'Etat. En effet l'éclairage que nous apportons et spécialement dans la première phase du modèle que nous exposons, fait apparaître une logique de rationalité limitée de la part des pouvoirs publics et qui s'accorde avec le modèle de la rationalité limitée de Simon (1955). Ces résultats sont confortés par l'analyse de Waguespack (2006) sur les décisions de haute importance qui suivent le modèle de l'acteur rationnel. Ainsi, il apparaît dans le processus étudié que deux rationalités sont mises en œuvre, celles des acteurs possèdent des attentes du type légitimité et urgence ou porté par le pouvoir qui agissent avec une rationalité limitée et celle des acteurs qui sont dans la partie choix et qui agissent selon une rationalité contextuelle imposée par l'environnement de l'organisation de type anarchie organisée et par la crise sanitaire. Ainsi, deux rationalités combinées peuvent être distinguées : l'une est une rationalité limitée incarnant les choix pouvant être qualifiés de non optimal de la part des pouvoirs publics et l'autre est une rationalité contextuelle incarnant les choix de l'organisation collégiale, cela rejoint la vision de Hafsi et al. (2000) ainsi que celle de Crozier et Friedberg (1977) sur la présence de différentes rationalités dans un même système. Au final, nos résultats rejoignent les conclusions des travaux de Pinfield (1986) sur l'interférence que subissent les flux dans les anarchies organisées. Plus précisément, nous montrons que le flux de participant peut agir sur une organisation anarchique en constituant une porte d'entrée pour les parties prenantes externes.

## **Conclusion**

La recherche conduite au sein des hôpitaux algérois en situation de crise sanitaire mondiale visait un objectif exploratoire en cherchant à

comprendre le rôle des parties prenantes dans le processus de décision. Nous nous sommes intéressés au modèle de la poubelle qui est l'un des plus cités et étudiés dans la littérature scientifique et qui a constitué une rupture avec le modèle linéaire classique de Simon (1955). Notre recherche relève les interactions avec les parties prenantes significatives en s'intéressant au déroulement du processus décisionnel dans une vision holistique. Les précisions qu'apporte cette recherche nous permettent de contribuer significativement à la littérature et aux recherches mobilisant le modèle du « *garbage can* », en abordant une thématique rarement discutée. La démarche ainsi faite permet une vision holistique générale des inputs/outputs d'une organisation collégiale en situation de crise. L'étude révèle que la participation des pouvoirs publics dans le processus décisionnel des hôpitaux suit une forme collégiale top-down sans pour autant pouvoir reconfigurer l'essence du modèle de la poubelle. L'action collégiale va plus vers une reconfiguration de l'anarchie organisée. A l'échelle bottom up, on relève des actions de concertation avec des parties prenantes externes, ces initiatives permettent de réduire le surplus organisationnel pour une standardisation des actes médicaux et gestionnaires. Notre recherche présente également un apport méthodologique intéressant. Nous avons procédé à l'analyse d'un phénomène par une étude longitudinale sans nous focaliser sur le temps, ainsi ce design a permis de répondre à la problématique de recherche mettant le rôle des parties prenantes au centre du processus étudié. La chronologie utilisée a servi à préciser un ordre d'apparition d'événements.

Au-delà des apports théoriques et méthodologiques, notre recherche éclaire sur des apports managériaux intéressants. En effet, nos résultats permettent de développer un autre angle de vision de la gouvernance au niveau de l'organisation des soins, mettant la lumière sur le rôle des parties prenantes agissant en réseau, ceci permettrait une autre approche dans la formalisation des décisions de la part des cadres du secteur de la santé. Au regard de nos résultats établis en situation de crise sanitaire mondiale, il conviendrait ainsi d'investiguer d'autres modèles de décision en situation de crise. Nous pensons qu'il serait intéressant d'étudier le réseau et le rôle des parties prenantes dans la gouvernance du domaine de la santé.

### References:

1. Ashmos, D.P. , Duchon, D.& McDaniel, R. R. (1998). Participation in strategic decision making: the role of organizational predisposition and issue interpretation. *Decision Sciences*, 29 (1), 25-51.
2. Bardin, L. (2001). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.

3. Baumard, P., Donada, C., Ibert, J. & Xuereb, J. (2014). La collecte des données et la gestion de leurs sources. In R.-A. Thietart et al. (Ed.), *Méthodes de recherche en management* (pp.261-296). Dunod.
4. Bendor, J., Moe, T., & Shotts, K.W. (2001). Recycling the garbage can: an assessment of the research program. *American Political Science Review*, 95(1), 169–190.
5. Bloor, M., Wood, F. (2006). *Keywords in Qualitative Methods: A Vocabulary of Research Concepts*. Sage, London.
6. Bouglet, J. & Joffre, O. (2015). Les priorités du dirigeant face à ses parties prenantes : l'apport d'une approche centrée sur les attentes. *Management international*, 20(1), 12-25.
7. Chatelain-Ponroy, S., Musselin, C., Mignot-Gerard, S. & Sponem, S. (2014). La prise de décision stratégique dans les organisations publiques collégiales. Le cas des universités françaises. In Bachir Mazouz (Ed.), *La stratégie des organisations de l'Etat. Contexte d'analyse, paramètres de décision et gestion du changement* (pp.137 – 158). Presses de l'Université du Québec.
8. Cohen M., March J. & Olsen J. (1972). A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(17), 1-25.
9. Cohen, M. D., March, J. G. & Olsen, J. P. (2012) .A garbage can model at forty: a solution that still attracts problems. In A. Lomi & J. R. Harrison (eds), *The Garbage Can Model of Organizational Choice: Looking Forward at Forty* (pp. 19–30). Emerald Group Publishing Limited.
10. Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Éditions du Seuil.
11. Damart, S., David, A. & Roy, B. (2001). « Comment organiser et structurer le processus de décision pour favoriser la concertation entre parties prenantes et accroître la légitimité de la décision », Lamsade (Rapport de recherche), Université Paris IX Dauphine.
12. Desreumaux, A. ; Romelaer, P. (2001). Investissement et organisation. In Charreaux G. (Ed.), *Images de l'investissement* (pp. 61-114). Vuibert/FNEGE
13. Edelenbos, J. & Klijn, E. (2005). Managing stakeholder involvement in decision making : a comparative analysis of six interactive processes in the Netherlands. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3), 417-446.
14. Elwardi, K., Bakkali, M., Laglaoui, A. (2021). Gestion de la crise covid-19 : cas d'un hôpital
15. public marocain. *Revue internationale des sciences de gestion*, 4(2), 607- 620.



16. Eyestone R. (1978). *From Social Issue to Public Policy*. Wiley.
17. Fioretti, G.& Lomi, A. (2008). The garbage can model of organizational choice: An agent-based reconstruction. *Simulation Modelling Practice and Theory*,16(2),192-217.
18. Friedberg , E. (1993).*Le pouvoir et la règle*. Seuil.
19. Gavard-Perret ,M., Gotteland, D. & Haon ,C. (2012).*Méthodologie de la recherche en sciences de gestion*. Pearson Education France.
20. Gavard-Perret, M.-L. & Helme-Guizon, A. (2012).Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative. In. Gavard-Perret M-L., Gotteland D., Haon C., (Eds.), *Méthodologie de la recherche : réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion* (pp. 275-308). Pearson Education France.
21. Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001).Managing the care of health and the cure of Disease-Part I: Differentiation. *Health care management review*, 26(1),56-69.
22. Grenier , C. & Josserand, E. (2014). Recherches sur le contenu et recherches sur le processus, In R.-A. Thiétart (Ed), *Méthodes de recherche en management* (pp. 129-164).Dunod.
23. Hill, C.W.L .& Jones, T.M. (1992). Stakeholder – Agency Theory.*Journal of Management Studies*, 29(2),131-154.
24. Hafsi, T., Séguin, F. & Toulouse, J-M (2000). *La stratégie des organisations : une synthèse*. Les Éditions Transcontinentales.
25. Houssin, D. (2020). La coopération sanitaire internationale à l'épreuve du COVID-19.*Politique étrangère*, 85(3), 33-45.
26. Huault, I. (2017). James March : ambiguïté et déraison dans les organisations, In S.Charreire Petit, I. Huault (Eds.), *Les grands auteurs en Management* (pp.343-357) .EMS Edition.
27. Lauesen, L. M. (2015).*Sustainable Governance in Hybrid Organizations: An International Case Study of Water Companies*. Routledge.
28. Lazega, E. & Wattedled, O. (2010).Deux définitions de la collégialité et leur articulation: le cas d'un diocèse catholique. *Sociologie du Travail*, 52(4), 480 – 502.
29. Lazega, E. (1999). Le phénomène collégial : une théorie structurale de l'action collective entre pairs. *Revue française de sociologie*, 40(4), 639–670.
30. Lincoln, Y. S., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
31. March , J. G. (1978). Bounded Rationality, Ambiguity and the Engineering of Choice. *Bell Journal of Economics*, 9(2), 587-608 .
32. Mitchell R.K. , Agle B.R. & Wood D.J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience : Defining the Principle of

- Who and What Really Counts. *Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.
33. Miles, M. B. & Huberman, M.A. (1984). *Qualitative Analysis : A Sourcebook of New Methods*. Sage publications.
34. Miles, M., & Huberman, A. M. (2007). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Université.
35. Musca, G. (2006). Une stratégie de recherche processuelle : l'étude longitudinale de cas Enchâssés. *M@n@gement*, 9(3), 145-168.
36. Neville, B. A. , Bell, S. J. & Whitwell, Gregory J (2011). Stakeholder Saliency Revisited: Refining, Redefining, and Refueling an Underdeveloped Conceptual Tool. *Journal of Business Ethics*, 102(3), 357–378.
37. Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
38. Pierre , Jon; Peters , B. Guy (2005). *Governing Complex Societies Trajectories and Scenarios*. Palgrave Macmillan.
39. Pinfield, L. T. (1986). A Field Evaluation of Perspectives on Organizational Decision Making. *Administrative Science Quarterly*, 31(3), 365-388.
40. Queste , J. , Wassenaar, T. (2018). Comment la recherche concertée contribue à l'écologie territoriale . *Cahiers Agricultures*, 27(1).
41. Romelaer, P (1994). La contribution de James G. March à la théorie des organisations. *Revue Française de Gestion*, 98, 48-60.
42. Simon, H. (1955). A behavioral model of rational choice. *The quarterly journal of economics*, 69(1), 99-118.
43. Touzard, H. (2006). Consultation, concertation, négociation : Une courte note théorique. *Négociations*, 5(1), 67-74.
44. Vallejo, J. , Sampieri-Teissier, N. & Baret, C. (2015). Comprendre les difficultés de la mise en œuvre de la délégation de gestion à l'hôpital. Une lecture par le concept d'anarchie organisée. Communication au 3ème congrès de l'association de recherche appliquée au management des organisations de santé (ARAMOS), Montpellier, France.
45. Vallejo, J., Sampieri-Teissier, N. & Baret, C. (2018). La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public : quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur le processus de décision ? 6ème congrès de L'Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé (ARAMOS), Paris, France.
46. Waguespack, D.M.(2006). Reconciling garbage cans and rational actors: Explaining organizational decisions about environmental hazard management. *Social Science Research*, 35(n°1), 40–59.

47. Waters, M. (1989). Collegiality, Bureaucratisation, and Professionalization: A Weberian Analysis. *American Journal of Sociology*, 94(5), 945–972.
48. Yin, R. K. (2014). *Case Study Research : Design and Methods*. Sage.
49. Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage.