

[Page de garde]

HEC MONTRÉAL

**L'impact de la Covid-19 sur la légitimité du département
d'approvisionnement et de la logistique dans les centres hospitaliers**

par
Ruth Mfongie

**André Tchokogué
HEC Montréal
Directeur de recherche**

**Sciences de la gestion
(Spécialisation Logistique internationale)**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences en gestion
(M. Sc.)*

Juillet 2024
© Ruth Mfongie, 2024

Résumé

La pandémie de la Covid-19 a énormément affecté la logistique hospitalière en influençant sa légitimité et son importance au sein des hôpitaux. Deux aspects associés à la mise en œuvre de la logistique hospitalière pendant cette pandémie marqueront durablement les esprits. Il y a d'une part, la pénurie en masques et équipements de protection individuelle qui a duré plusieurs semaines durant la première vague, et d'autre part l'accélération de la dynamique d'évolution des pratiques logistiques dans le secteur de la santé. En effet, pour participer à la lutte contre la crise sanitaire, les pratiques de collaboration se sont très vite renforcées entre les équipes logistiques et cliniques, ce qui a permis d'optimiser l'organisation de l'offre, mais aussi la distribution des dispositifs nécessaires à la gestion de la crise. Les équipes logistiques ont travaillé en étroite collaboration avec les équipes cliniques afin que les hôpitaux continuent à dispenser les meilleurs soins aux patients. La présente étude porte sur la perception de la logistique hospitalière par les équipes cliniques et la haute direction en fonction de leur expérience durant la pandémie. Pour ce faire, nous avons procédé à une étude de cas auprès de deux hôpitaux au Canada.

Mots clés : Pandémie, Logistique hospitalière, Approvisionnement, Légitimité, Perception

Méthodes de recherche : Étude de cas

Abstract

The Covid-19 pandemic affected hospital logistics enormously, influencing its legitimacy and importance within hospitals. Two aspects associated with the implementation of hospital logistics during this pandemic will leave a lasting impression. On the one hand, there was the shortage of masks and personal protective equipment that lasted several weeks during the first wave. On the other hand, the crisis has in some ways accelerated the implementation of collaborative practices in the healthcare supply chain. Collaboration enabled building trust among internal stakeholders in hospitals promoting optimization of supply and materials as well as the distribution of the devices needed to manage the crisis. Logistics teams worked closely with health professionals to ensure that hospitals provide high-quality patient care. This study examines the perception of hospital logistics by clinical care team and senior management, based on their experience during the pandemic. To this end, we conducted a case study within two hospitals in Canada.

Keywords: Covid-19, hospital logistics, procurement, legitimacy, perception

Research methods: Case study

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux et des figures	ix
Liste des abréviations.....	xi
Remerciements.....	xiii
Chapitre 1 Introduction.....	1
Chapitre 2 Revue de la littérature.....	7
2.1 Importance du DAL et aspects associés à sa légitimité	7
2.1.1 La contribution et les principaux enjeux du DAL.....	7
2.1.2 Le niveau hiérarchique du responsable du DAL.....	11
2.1.3 Le niveau de maturité du DAL et sa légitimité	12
2.2 La gestion de l'incertitude.....	16
2.2.1 Faire face à l'incertitude.....	16
2.2.2 Cas particulier de la Covid.....	17
2.2.3 Facteurs ébranlant la légitimité du DAL.....	23
2.3 La légitimité : de la théorie à la pratique.....	24
2.3.1 Processus de légitimation.....	24
2.3.2 Les types de légitimité	29
2.3.3 Stratégies de légitimation à la disponibilité des gestionnaires.....	33
2.4 Synthèse de la revue de la littérature et proposition d'un cadre d'analyse	39
Chapitre 3 Méthodologie de recherche	45
3.1 Méthode de recherche : l'étude de cas	46

3.2 Collecte des données.....	46
3.2.1 Guides d’entrevues.....	49
3.2.2 Entrevues semi-structurées	49
3.3 Population cible et sélection de l’échantillon	49
3.4 Détails sur la légitimité et ses dimensions	50
Chapitre 4 Présentation et analyse des résultats	53
4.1 Brève présentation de l’hôpital 1 et de son DAL.....	53
4.1.1 Perception du gestionnaire du DAL.....	54
4.1.2 Perception du personnel hors du DAL.....	57
4.2 Brève présentation de l’hôpital 2 et de son DAL.....	64
4.2.1 Perception du gestionnaire du DAL.....	64
4.2.2 Perception des acteurs hors du département	67
4.3 Discussion des résultats de notre étude.....	76
Chapitre 5 Conclusion.....	79
Bibliographie.....	83
Annexes.....	i

Liste des tableaux et des figures

Liste des tableaux

Tableau 1 - Modèle de la maturité de la fonction Achats	14
Tableau 2 - Les stratégies de légitimation.....	36
Tableau 3 - Évaluation du niveau de légitimité interne.....	48
Tableau 4 - Récapitulatif des personnes interviewées.....	50
Tableau 5 - Principales thématiques abordées lors des entrevues.....	51
Tableau 6 - Synthèse des informations recueillies auprès du responsable du DAL de l'hôpital 1 sur la légitimité pragmatique.....	55
Tableau 7 - Synthèse des informations recueillies auprès du responsable du DAL de l'hôpital 1 sur la légitimité cognitive.....	57
Tableau 8 - Synthèse des informations recueillies auprès des responsables des unités cliniques de l'hôpital 1 sur la légitimité pragmatique du DAL.....	59
Tableau 9 - Synthèse des informations recueillies auprès des responsables des unités cliniques de l'hôpital 1 sur la légitimité morale du DAL.....	61
Tableau 10 - Synthèse des informations recueillies auprès des responsables des unités de l'hôpital 1 sur la légitimité cognitive du DAL.....	63
Tableau 11 - Synthèse des informations recueillies auprès du gestionnaire des approvisionnements de l'hôpital 2 sur la légitimité pragmatique.....	65
Tableau 12 - Synthèse des informations recueillies auprès du gestionnaire des approvisionnements de l'hôpital 2 sur la légitimité cognitive.....	67

Tableau 13 - Synthèse des informations recueillies auprès du personnel hors du DAL de l'hôpital 2 sur la légitimité pragmatique.....70

Tableau 14 - Synthèse des informations recueillies auprès du personnel hors du DAL de l'hôpital 2 sur la légitimité cognitive.....73

Liste des figures

Figure 1 - Typologie des niveaux de développement du département des Approvisionnements15

Figure 2 - Typologie des parties prenantes.....29

Figure 3 - Chemin évolutif de la légitimité interne du département des Achats.....38

Figure 4 - Cadre d'analyse.....42

Liste des abréviations

CAG : Centre d'acquisitions gouvernementales

CH : Centre hospitalier

DAL : Département d'approvisionnement et de la logistique

ÉPI : Équipement de protection individuelle

RFID : Radio Frequency Identification

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Je tiens d'abord à remercier HEC Montréal de m'avoir offert un cadre d'apprentissage stimulant et enrichissant. Ensuite, j'exprime toute ma reconnaissance à mon directeur de mémoire, monsieur André Tchokogué. Ses commentaires avisés et judicieux conseils ont énormément contribué à alimenter ma réflexion. Je remercie également tous les participants de m'avoir accordée des entretiens pour répondre à mes questions. Ils ont été d'un grand soutien dans l'élaboration de ce mémoire. Enfin, merci à Hannah, Shelly et Patrick qui ont été toujours là pour moi. Leurs encouragements et leur soutien moral inconditionnel ont été d'une grande aide.

Chapitre 1

Introduction

La gestion de la chaîne logistique dans le secteur de la santé est un sujet d'intérêt croissant dans le milieu académique. Pour s'en convaincre, il suffit de voir le nombre de recensions des écrits qui ont été produites sur ce sujet au cours des dernières années (Araujo et al., 2023, Senna et al., 2021, Beaulieu et al., 2019). Cet intérêt n'est pas fortuit, car dans le secteur de la santé, les chaînes logistiques sont assez complexes du fait de la grande diversité des produits qui y sont consommés, des coûts associés et du nombre d'acteurs impliqués comparativement à d'autres industries (Longaray et al., 2023 ; Ali et Kannan, 2022 ; Beaulieu et al., 2018 ; Smith et al., 2011).

Il convient d'ailleurs de rappeler que dans les établissements de santé la logistique regroupe un ensemble d'activités de conception, de planification et d'exécution permettant l'achat, la gestion des stocks et le réapprovisionnement des biens et des services entourant la prestation des services médicaux aux patients (Landry et Beaulieu, 2002). Autrement dit, les différentes activités de cette fonction occupent une place importante dans les hôpitaux, car l'utilisation des ressources humaines et les besoins en espace qui en découlent entraînent des répercussions sur presque tous les services. La position organisationnelle et la dénomination de cette fonction en tant que pôle, service, direction varient d'un établissement de santé à un autre. Nous utiliserons l'appellation « département des approvisionnements et de la logistique » (DAL) pour désigner l'unité fonctionnelle qui regroupe ces différentes activités.

Dans la littérature traitant de la légitimité dans les organisations, l'une des définitions de la légitimité les plus citées est celle de Suchman (1995). Celui-ci la définit comme étant « *une perception ou une supposition générale relative aux actions d'une entité, qui sont estimées souhaitables ou appropriées compte tenu d'un système socialement construit de normes, valeurs, croyances et définitions.* » — (traduction libre). Cette définition de Suchman (1995) met en évidence le lien qui existe entre une organisation et son environnement. L'environnement d'une organisation est constitué des dimensions internes et externes. La légitimité dépend ainsi de la perception qu'ont différentes parties

prenantes des activités, pratiques et processus du DAL. Ces parties prenantes peuvent être externes ou internes à un établissement de santé. La légitimité externe concerne les acteurs externes qui sont détenteurs de ressources utiles à l'entreprise concernée, tels que les investisseurs, les clients, les institutions publiques ou même l'opinion publique (Stone et Brush, 1996 ; Zimmerman et Zeitz, 2002). Pour un centre hospitalier donné, il s'agit entre autres de la perception des fournisseurs, patients, et pouvoirs publics. Si les fournisseurs ont par exemple une perception négative des pratiques du DAL à long terme, cela aura un impact négatif sur leurs relations avec le centre hospitalier. En revanche, la légitimité interne renvoie à la perception des parties prenantes internes à l'hôpital sur l'importance et/ou la contribution dudit département. Concrètement, dans un centre hospitalier, le niveau de légitimité interne du DAL correspond à la perception de l'importance de la contribution de ce département par les fonctions cliniques (infirmiers, médecins, pharmaciens) ainsi que la haute direction de l'hôpital.

Toutefois, des actions et des événements peuvent soit augmenter ou diminuer la légitimité d'une organisation. Une faible légitimité pourrait entraîner des conséquences particulièrement désastreuses pour l'organisation, qui pourrait en fin de compte se voir retirer le droit d'exercer ses activités (Tilling, 2004). En ce sens, le niveau de légitimité du département des approvisionnements est un bon indicateur du niveau de sa reconnaissance par les autres départements et le top management, et plus largement de son importance dans l'organisation (Tchokogué et al., 2017). Des auteurs (Goebel et al., 2003, Chen et al., 2004) soutiennent que dans les organisations, la légitimité interne d'un département découle de sa capacité à créer de la valeur qui soit perçue par les autres départements. Ceci indique que la valeur de la contribution du département est spontanément reconnue, respectée et même soutenue par les autres départements et la haute direction (Tchokogué et al., 2017). En transposant cette perspective plus spécifiquement à un CH, il est possible d'affirmer qu'une perception négative de l'apport du DAL peut ébranler sa légitimité. Les travaux des auteurs (Tchokogué et al., 2017) ont démontré que les éléments liés à l'expertise, au professionnalisme des gestionnaires des approvisionnements, peuvent conforter la légitimité du département des approvisionnements.

La pandémie de la Covid, qui a été à la fois soudaine et brutale, a affecté l'économie et les capacités sanitaires des pays dans le monde entier. Il était difficile de prédire la vitesse de propagation du virus et son taux de morbidité. Cette crise sanitaire a ainsi mis à rude épreuve la résilience de la chaîne logistique des systèmes de la santé (Handfield et al., 2020) et comme le soulignait Paché (2020)¹ : « [...] depuis la mi-mars 2020, au moment où l'Organisation mondiale de la santé a évoqué pour la première fois l'état de la pandémie, le mot « logistique » est revenu à maintes reprises dans les propos d'hommes politiques, et plus largement, de commentateurs ». En effet, l'acquisition des biens et services essentiels en période de crise comporte de nombreux défis, car dans un contexte d'incertitude, il est difficile de faire des prévisions. Les précédentes crises sanitaires (SARS, Ebola) ont ressorti les défis associés aux chaînes d'approvisionnement du secteur de la santé en période d'incertitude, notamment les variations de la demande en produits médicaux critiques, le manque de visibilité sur les stocks disponibles (Dasaklis et al., 2012). À ces défis, on peut rajouter la difficulté pour les chaînes d'approvisionnement d'opérer dans un environnement complexe, la dépendance envers les fournisseurs extérieurs, l'encadrement des relations impliquant les coûts sur la production et la distribution des fournitures médicales (Araujo et al., 2023 ; Atkinson et al., 2020).

Dans les hôpitaux, les difficultés de traitement de cette crise ont très vite été liées aux politiques d'achats/approvisionnements et de distribution de masques, blouses, respirateurs, vaccins ainsi qu'à la gestion des flux de malades pour éviter les engorgements. C'est donc dans cet environnement incertain avec des fluctuations constantes entre l'offre et la demande en fournitures médicales que les hôpitaux devaient évoluer. En effet, deux aspects associés à la mise en œuvre de la logistique hospitalière ont durablement marqué les esprits durant la pandémie. Il y a d'une part, la pénurie en masques et équipements de protection individuelle (ÉPI) qui a duré pendant plusieurs semaines lors de la première vague et cela dans de très nombreux pays industrialisés (Handfield et al., 2020 ; Leite et al., 2020 ; Vecchi et al., 2020). D'autre part, l'accélération

¹ Paché, G : <https://www.hbrfrance.fr/chroniques-experts/2020/05/30124-pourquoi-la-logistique-est-au-coeur-de-la-crise-du-coronavirus/>

de la dynamique d'évolution des pratiques logistiques dans le secteur de la santé. Par rapport à ce dernier point, on peut noter en particulier que les collaborations se sont très vite renforcées entre les parties prenantes dans la chaîne d'approvisionnement hospitalière (Beaulieu et Roy, 2021) ; ce qui a permis d'optimiser l'organisation de l'offre, mais aussi la distribution des dispositifs nécessaires à la gestion de la crise. Aussi, on ne peut nier le fait que le leadership du département d'approvisionnement & logistique (ou à tout le moins leur engagement et leur contribution) a été un facteur déterminant du succès obtenu dans la lutte contre la pandémie. En ce sens, différentes publications font l'écho de multiples initiatives logistiques prises dans les centres hospitaliers (Megan et al., 2020 ; Paché, 2020 ; Sharma et al., 2020), qui ont certainement permis aux départements d'approvisionnement et logistique de consolider leurs pratiques ; ce qui fort probablement leur a permis de renforcer leur légitimité.

Au regard des différentes stratégies mises en place par les gestionnaires des approvisionnements et de la logistique dans les centres hospitaliers pour faire face à la pandémie, nous formulons notre question de recherche comme suit :

Comment la pandémie de la Covid-19 a-t-elle affecté la légitimité interne du département d'approvisionnement et logistique dans les centres hospitaliers ?

Notre étude a pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension du niveau de légitimité interne du DAL en milieu hospitalier. Pour ce faire, nous avons opté pour une approche qualitative de nature exploratoire basée sur une étude de cas multiples, comme suggérée par Eisenhardt (1989). Deux raisons justifient ce choix : (1) il n'y a pas encore eu d'études portant sur ce sujet de la recherche ; et (2) nous considérons que l'analyse du niveau de légitimité interne ne peut être faite sans tenir compte du contexte et de la nature des relations entre les différents départements de l'organisation. Notre unité d'analyse est le DAL de différents centres hospitaliers. De ce point de vue, on peut dire que l'utilisation de l'étude de cas enrichit les résultats attendus de notre étude du fait d'une meilleure connexion avec la réalité de chaque établissement de santé.

L'organisation de ce mémoire est la suivante. Le deuxième chapitre présente notre revue de la littérature qui met en évidence les études faites sur la légitimité interne dans les

autres secteurs d'activité. Nous présenterons aussi notre cadre d'analyse qui a servi de guide dans la collecte de données. Le troisième chapitre aborde l'approche méthodologique utilisée pour cette recherche. Le quatrième chapitre présente l'analyse et la discussion des résultats issus de la collecte de données. Le cinquième chapitre est la conclusion qui fait la synthèse des principaux résultats obtenus et propose des avenues futures de recherche.

Chapitre 2

Revue de la littérature

Dans ce chapitre, nous présenterons dans un premier temps l'importance du DAL et les facteurs associés à sa légitimité, à savoir : ses responsabilités, le niveau hiérarchique du principal responsable de ce département ainsi que le niveau de maturité du département. Ensuite, en mettant en lumière les défis associés à ce département lors de la pandémie, nous analyserons les pratiques développées par les centres hospitaliers pour gérer la pandémie. Puis, sur la base des théories portant sur la légitimité, nous aborderons les processus de légitimation ainsi que les différentes stratégies à la disposition des gestionnaires pour améliorer la légitimité de leur département. Pour terminer, nous présenterons notre cadre d'analyse qui aura servi de guide pour la collecte des données.

2.1 Importance du DAL et aspects associés à sa légitimité

Les travaux des auteurs (Park et al., 2012) suggèrent que pour mieux analyser la crédibilité et le statut d'un département, l'on devrait examiner deux concepts clés à savoir la responsabilité et la légitimité du département. Aussi, les travaux de Tchokogué et al., (2017) ont démontré qu'il existe un lien entre la légitimité interne et le niveau de maturité du département des approvisionnements. Ces points seront développés ci-dessous pour justifier l'importance de ce département.

2.1.1 La contribution et les principaux enjeux du DAL

La contribution du DAL

L'importance du DAL en milieu hospitalier passe par sa contribution à la performance de l'hôpital. Selon Porter (1985), si une organisation cherche à obtenir un avantage concurrentiel, elle doit proposer une valeur à ses clients et ses gestionnaires doivent comprendre quelles activités contribuent à la création de cette valeur. De façon similaire à une entreprise, un établissement de santé cherche à créer de la valeur pour le patient et de préférence à moindres coûts. Pour une performance globale, les activités créatrices de

valeur doivent être bénéfiques pour le patient et permettre de distinguer un hôpital d'un autre.

Le secteur hospitalier vise plusieurs finalités, dont l'égalité face à l'accès aux soins, la qualité des soins, la maîtrise des dépenses. En fait, on s'attend à voir le DAL contribuer à la performance de l'établissement de santé et simultanément communiquer (ou démontrer) aux différentes parties prenantes internes du centre (par exemple, les autres départements et les échelons supérieurs) les multiples facettes de cette contribution. Les études montrent qu'il existe une relation entre la *accountability* (responsabilité) et la légitimité interne (Suddaby et Greenwood, 2005 ; Park et al., 2012) qui serait donc présente pour le DAL. Ceci semble d'autant plus vrai, car des études montrent aussi que les hôpitaux ayant une chaîne d'approvisionnement bien gérée peuvent obtenir des avantages organisationnels substantiels, tant de la haute direction que du personnel clinique — « *hospitals with a well-managed supply chain can appreciably obtain substantial organizational benefits from both financial and clinical perspectives* » (Chen et al., 2013, p. 392).

Les responsabilités du DAL

Le DAL intègre la notion de responsabilités, car ses activités influencent la qualité et les coûts des services de soins administrés aux patients. En effet, malgré les contraintes budgétaires, les hôpitaux doivent assurer une meilleure qualité des soins aux patients tout en minimisant les coûts (DeScioli ; 2005). C'est dans cette optique que le DAL est amené à développer des stratégies afin de réduire l'impact financier de la consommation de produits, de limiter des gaspillages, de réduire les stocks, d'assurer un meilleur suivi des stocks, ainsi que la traçabilité des produits et services.

Il apparaît donc que Le DAL exerce de nombreuses responsabilités et il joue un rôle important dans la satisfaction des objectifs essentiels de l'hôpital, notamment ceux de faire des économies et de dégager du temps au personnel soignant pour une meilleure prise en charge des patients. Ce département peut jouer un rôle stratégique créant de la valeur pour le centre hospitalier si les ressources tangibles et intangibles sont suffisantes. Pour ce qui est des ressources tangibles, il s'agit du personnel qualifié et des bonnes

interfaces pour faciliter les échanges. Quant aux ressources intangibles, ce sont les connaissances accumulées, les compétences relationnelles du personnel du département. Or, la haute direction ne peut allouer de telles ressources que si le département jouit d'une grande légitimité.

En faisant référence à la fonction Achats, les travaux de Pearson et al., (1996) démontrent que ce département devient un acteur reconnu membre de l'équipe de direction et un contributeur stratégique au développement de l'organisation grâce à son accès aux informations, à sa participation aux prises de décisions ainsi que sa collaboration avec les autres fonctions.

Les principaux enjeux du DAL

Le but ultime de la logistique en milieu hospitalier est celui de fournir le bon produit, au bon moment et au bon endroit, pour le bon service et le bon patient, et au bon prix, et le tout parfaitement tracé (Allard, 2007). Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire que les gestionnaires puissent identifier les principaux enjeux rattachés à la performance de leur département. Une organisation performante devra atteindre les objectifs préalablement fixés (efficacité) de façon économique (efficience). La performance renvoie ainsi à l'optimisation d'un résultat en fonction des ressources allouées de la part d'un établissement de santé. Elle se base sur la sélection, l'agencement et la présentation des indicateurs pertinents et essentiels, de façon précise et ciblée (Jobin, et al., 2003). Pour être performant, le département a de nombreux défis à relever pour contribuer au bon fonctionnement de l'hôpital. De ce fait, pour que le département soit perçu comme légitime aux yeux des acteurs cliniques, ses activités doivent concourir à la performance de l'établissement de santé dans l'ensemble.

Enjeu financier : L'augmentation constante du coût des soins de santé représente un défi permanent pour les hôpitaux. Les coûts logistiques représentent entre 35 % et 45 % du budget annuel du CH (Beaulieu et al., 2012). Ces coûts englobent les prix des articles, des fournitures et du matériel nécessaires à la prestation des soins et au bon fonctionnement de l'hôpital. Une bonne maîtrise de ces dépenses est indispensable pour la survie de l'établissement. Les gestionnaires du DAL se doivent de supporter les établissements de

santé à l'atteinte des objectifs communs en trouvant des solutions pour utiliser au mieux les ressources disponibles afin d'offrir des services de qualité. Un tel objectif peut s'avérer difficile à atteindre, en particulier lorsque les coûts liés aux traitements et aux technologies ne cessent d'augmenter.

Enjeu de délai : Le délai est un élément essentiel pour le DAL, car il est lié directement à la santé et à la qualité des services offerts aux patients. Assurer la satisfaction du patient en termes des soins est l'objectif primordial de chaque hôpital. Une gestion efficace passe aussi par l'optimisation des délais de livraison, des délais de distribution pour éviter les pénuries et ruptures de stock. Les retards dans la disponibilité du matériel peuvent avoir un impact sur la productivité du personnel.

Enjeu qualité : La qualité des soins est considérée comme un synonyme d'efficacité des soins pour le patient et reste la préoccupation majeure des hôpitaux. Les hôpitaux sont soumis aux exigences de qualité des soins et de sécurité tout en se conformant aux contraintes financières. Pour ce faire, les hôpitaux sont amenés à améliorer la transparence de l'information relative à la qualité des services offerts. Garantir des produits et services conformes, aptes à satisfaire les besoins définis par l'hôpital en restant en phase avec un tissu réglementaire complexe en matière de soins de santé, peut se révéler particulièrement laborieux pour le DAL.

Enjeu technologique : L'utilisation des outils technologiques est incontournable pour assurer la traçabilité des fournitures médicales, la gestion efficace des inventaires et elle facilite la transmission d'informations précises sur les besoins en approvisionnement et les statuts de commandes. Il est donc primordial que les hôpitaux investissent sur des solutions technologiques innovantes pour répondre aux exigences croissantes du secteur de la santé et pour maintenir les standards élevés du niveau de service offert. En effet, l'adoption et l'implémentation des outils technologiques nécessitent le soutien de la haute direction de l'hôpital ainsi que la collaboration des professionnels cliniques (Bélanger et al., 2022).

2.1.2 Le niveau hiérarchique du responsable du DAL

Au-delà des responsabilités de ce département, la position hiérarchique dont jouit son responsable dans l'organigramme de l'organisation est un reflet de sa légitimité. Le statut organisationnel d'un département envoie un message psychologique au reste de l'organisation et un département n'ayant pas un haut statut organisationnel peut avoir de la difficulté à obtenir la collaboration des autres départements (Landry et Beaulieu, 1999). Au cours des 25 dernières années, plusieurs enquêtes dans différents secteurs d'activités démontrent que la fonction approvisionnement/logistique intègre davantage de responsabilités, accroît son contrôle direct sur les dépenses d'achats de l'organisation et occupe une position de plus en plus stratégique dans l'organisation (Johnson et al., 2014 ; Zheng et al., 2007).

Le secteur américain de la santé s'inspirant des pratiques du secteur privé, les enquêtes démontrent la présence des titres de « Vice-Président Senior » ou de « Directeur » pour le responsable de la « gestion des matières » ou de la « chaîne d'approvisionnement » dans 35 % à 50 % des établissements de santé (Barlow, 2013 ; Kwon et al., 2016). En fait, de nombreux établissements de santé comprennent que cette fonction occupe une place importante dans les activités de l'hôpital. Pour cela, il est important que le gestionnaire ait un accès sans entraves auprès de la haute direction de l'hôpital afin de leur fournir en données et informations d'orientations stratégiques et qu'il puisse participer aux prises de décisions stratégiques. Wilson et Barbat (2015) constatent à cet égard que le rôle des responsables logistiques et des chaînes d'approvisionnement passe de l'opérationnel au stratégique. Cette progression hiérarchique semble nécessaire, car les responsables de la « gestion des matières » ont souvent manqué de contrôle sur l'organisation du matériel à cause d'un manque d'autorité suffisante — « *material managers have often lacked control over material organization because of a lack of adequate authority* » (Janson, 1985, p. 13). Les enjeux d'autorité ont déjà été soulevés en ce qui concerne la gestion des achats (Barclay, 1991) et ces enjeux sont aussi présents dans les établissements de santé (Pitts, 1985; Reisman, 1984).

Une position supérieure dans l'organisation impliquerait une reconnaissance de la fonction à une position égale aux autres fonctions auprès de la haute direction (Knoppen

et Saenz, 2015). Le statut organisationnel d'un département envoie un message psychologique au reste de l'organisation, car un département prestigieux et/ou de haut niveau hiérarchique tend à attirer du personnel plus qualifié (Landry et Beaulieu, 1999). Cependant, les études montrent que le « Chief Purchasing Officer » ou le « Vice-Président supply chain » participent peu aux décisions stratégiques de l'organisation (Luzzini et Ronchi, 2016 ; Schoenherr et al., 2012 ; Zheng et al., 2007). Justement, des enquêtes tendent à démontrer que le manque de soutien de la haute direction des hôpitaux pour les activités logistiques est un frein à la progression de la performance de l'organisation (Callender et Grasman, 2011 ; Fibuch et Ahmed, 2015). En ce sens, au-delà d'une reconnaissance formelle, la perception organisationnelle du rôle d'une fonction est névralgique dans sa valorisation (Pearson et Gitzmacher, 1990).

Les travaux de Trent (2004) soulignent que la position hiérarchique seule ne peut expliquer une performance supérieure pour son titulaire. Ceci justifierait les constats de Nachtmann et Pohl (2009) ainsi que Kwon et al., (2016) qui voient une stagnation de la performance de la supply chain du secteur américain de la santé. En fait, la position hiérarchique accorde des leviers, mais il demeure au gestionnaire en place, « *the executive champion* », de les articuler. En ce sens, les travaux de Landry et al., (2016) tendent à démontrer que la nature du titulaire de la direction de la logistique dans un établissement aura une incidence positive dans la progression de la performance logistique. Il faut noter aussi que la contribution d'une direction logistique à la performance d'un établissement n'est pas une relation linéaire (Amaya et al., 2010), il y aurait un point de bascule où la direction n'a plus à faire la démonstration de sa pertinence.

2.1.3 Le niveau de maturité du DAL et sa légitimité

Les travaux des auteurs Tchokogué et al., (2017) portant sur la légitimité interne de la fonction approvisionnement dans l'industrie des transports et l'industrie aérospatiale canadienne, ont mis en évidence le lien qui existe entre le niveau de développement de ce département et son niveau de légitimité. En effet, la mesure de la maturité d'un département permet de faire un état des lieux du département à un moment précis. Le niveau de maturité est le reflet de la performance d'un département au sein de l'organisation, ainsi que son potentiel d'amélioration au fil du temps. Les travaux des

auteurs (Úbeda et al., 2015) suggèrent à cet égard qu'un niveau de maturité élevé signifie que la fonction approvisionnement met en œuvre les meilleures pratiques en matière d'achats dans le monde entier. De façon similaire, un niveau de maturité élevé augmenterait les chances que le DAL soit perçu et reconnu comme un partenaire important dans l'hôpital. La catégorisation permet ainsi de situer le niveau de maturité où se situe le DAL et à partir de là, les gestionnaires pourront adapter leurs stratégies en vue d'améliorer leur légitimité interne et par ricochet la performance de l'hôpital.

De nombreux chercheurs et praticiens (Cousins et al., 2006 ; Paulraj et al., 2006 ; Schiele, 2007) ont proposé différents modèles permettant de déterminer les stades de développement des approvisionnements d'une organisation. Au rang des précurseurs ayant proposé une typologie, on compte Jean Potage (1998) qui compare cette fonction à un cycle humain et décrit les étapes telles la naissance, l'enfance, l'adolescence. En partant du constat que les Achats n'avaient pas tous évolué de la même façon, Potage (1998) a proposé un modèle qui permet à ce service de se positionner et d'identifier les axes d'améliorations. Il propose de positionner la maturité de la fonction sur cinq niveaux :

Le **niveau 1** qui est le niveau initial. Ici, la fonction est certes existante, mais peu connue par le reste de l'organisation. Son rôle consiste à traiter uniquement les demandes d'achats. Les processus ne sont pas standardisés et sa valeur ajoutée est nulle.

Le **niveau 2** où le processus est discipliné et organisé. Les acteurs internes de l'organisation ont connaissance de la fonction et la performance commence à être répétable lorsque les mêmes pratiques sont reprises.

Le **niveau 3** dans lequel le processus est systématisé et défini. Les responsables sont capables de mesurer les écarts à travers des indicateurs, mais ces résultats ne sont pas encore assez exploités par ces gestionnaires pour leur permettre réellement de s'améliorer.

Le **niveau 4**, le processus est qualifié et géré. Ici, tous les processus sont gérés et analysés de manière quantitative par le service qui peut ainsi mesurer la performance des processus.

Le **niveau 5** dans lequel le processus est organisé et capitalisé. La Direction utilise ce niveau de maturité pour construire la stratégie globale de l'entreprise. Ainsi, l'entreprise a une visibilité totale sur les processus d'achats et une volonté de les améliorer en permanence.

Tableau 1 : Modèle de la maturité de la fonction Achats

Niveau	Processus	Caractéristiques
1 – Initial	La maîtrise des achats est un art obscur.	Peu de sous-processus définis. La performance n'est pas reproductible de façon sûre.
2 – Discipliné (organisé)	Il existe une visibilité partielle sur le processus.	La performance est répétable si les mêmes processus/pratiques sont repris.
3 – Systématisé (défini)	Le processus complet est bien défini.	Basculement de la motivation vers un processus dont on mesure les écarts.
4 – Mesuré Qualifié (managé)	Tout est géré de manière quantitative.	L'organisation peut mesurer, comprendre et mesurer le processus.
5 – Capitalisé (optimisé)	La direction se focalise sur une amélioration continue du processus.	Amélioration continue des processus grâce aux retours quantitatifs. Toute l'organisation est sensibilisée à la recherche continue de l'amélioration

Source : adapté de Potage (1998).

De façon similaire à d'autres industries, nous pouvons affirmer qu'un DAL ayant implanté les meilleures pratiques du secteur a également un niveau de légitimité interne élevé. Les caractéristiques issues de la typologie de Tchokogué et al., (2017) constituent la base de cette affirmation. Il est à noter que cette typologie qui est adaptée de celle de Paulraj et al. (2006) matérialise le niveau de développement de la fonction approvisionnement selon trois niveaux à savoir faible, moyen et élevé.

Figure 1 : Typologie des niveaux de développement du département des Approvisionnements

	Level 1: Low	Level 2: Medium	Level 3: High
<i>Main characteristics of the purchasing department</i>	<ul style="list-style-type: none"> - No inclusion or training in the corporate strategic planning process. - Passive role in the organization. - No recognition by other important departments. - Cost-based priorities. 	<ul style="list-style-type: none"> - Involvement in the strategic planning process. - Key contributor to many corporate initiatives. - Upper echelons with high visibility by top management. 	<ul style="list-style-type: none"> - Involvement in all dimensions of strategic purchasing. - Working with other departments in the formulation of the organization's strategy. - Impact on competitive factors including quality, cost/price, timely and reliable delivery.

Source : Tchokogué et al., 2017.

Au **niveau 1**, le DAL exerce un rôle passif au sein de l'hôpital. Il est peu reconnu par les autres départements importants de l'établissement. Les gestionnaires ne sont pas inclus ou formés aux processus de planification stratégique. La priorité du département reste la réduction des coûts. Autrement dit, le DAL est réduit aux activités essentiellement cléricales ou opérationnelles.

Au **niveau 2**, le DAL est activement impliqué au processus de planification stratégique. Les gestionnaires ont une grande visibilité auprès de la direction de l'hôpital et le département est considéré comme un contributeur clé aux initiatives tactiques de l'hôpital.

Au **niveau 3**, le DAL joue un rôle proactif en collaborant avec les autres départements dans la formulation des stratégies de l'hôpital. Le département a ici un impact sur les facteurs concurrentiels à savoir la qualité, le ratio coût/prix, les délais de livraison.

Cette classification reste pertinente pour nous, car elle a déjà été mise en pratique pour démontrer que le niveau de légitimité est relié au niveau de maturité du département. Le passage d'un niveau à un autre suppose la maîtrise du niveau précédent. Il ressort de cela qu'une combinaison, une maîtrise des pratiques du département ainsi que ses interactions avec la haute direction et les autres départements sont des éléments essentiels qui influencent sa légitimité.

En guise de conclusion, il apparaît donc que les responsabilités, le niveau hiérarchique du gestionnaire, le niveau de maturité du département sont des éléments qui sont en lien avec la légitimité du DAL et qui justifient son importance dans un centre hospitalier. Ils

restent aussi essentiels pour garantir la performance d'un établissement de santé. Le DAL est plus qu'une simple fonction de soutien qui réalise des activités essentiellement opérationnelles dans un hôpital : il joue aussi un rôle stratégique dans la création de valeur. Ce volet stratégique qui se matérialise entre autres par la maîtrise des coûts, la participation à la prise des décisions de l'établissement démontre que le DAL participe grandement à la performance du CH.

2.2 La gestion de l'incertitude

Dans cette section, nous allons aborder la notion d'incertitude en logistique hospitalière notamment pour les approvisionnements en présentant le cas particulier de la Covid ainsi que les stratégies mises en place par les hôpitaux pour y faire face.

2.2.1 Faire face à l'incertitude

De manière générale, l'incertitude renvoie au fait de ne pas savoir. Knight (1921) définit l'incertitude comme le manque de connaissance sur les probabilités de l'état futur des événements susceptibles d'influencer l'entreprise. Elle est la résultante d'une difficulté à prévoir et est présente dans tous les secteurs d'activités. En effet, les gestionnaires logistiques essaient de réduire au maximum l'incertitude afin de limiter les distorsions qu'elle pourra causer comme les pénuries, les délais de livraison, le surstockage, etc. (Christopher, 1998).

De manière classique, le principal pilier pour la maîtrise de l'incertitude dans les entreprises était la gestion des stocks de sécurité. Ce pilier a été progressivement supplanté par trois autres qui permettent non seulement de maîtriser les incertitudes, mais aussi d'améliorer les prévisions à la base. Ceux-ci sont l'information, la communication et la collaboration dans la supply chain (Sharma et al., 2020 ; Spalanzani et Evrard-Samuel, 2006).

Les stocks de sécurité permettent de faire face aux aléas liés aux variations non prévues des délais de livraison, de quantités ou de qualités de flux de matières à gérer (Spalanzani et Evrad-Samuel, 2006). Quoique coûteuse, cette technique agit dans les organisations comme une assurance lorsque les fournisseurs font défaut et fonctionne comme une

réserve durant les périodes de turbulence. Par ailleurs, dans le secteur de la santé, les études ont démontré que les systèmes d'information intégrés atténuent les risques liés aux perturbations de la chaîne d'approvisionnement, fluidifient les processus liés à la gestion des stocks de sécurité et évitent une asymétrie de l'information (Derek et al., 2021 ; Wagner et Neshat, 2010).

Sous l'effet de la mondialisation, les entreprises évoluent dans un environnement caractérisé par une incertitude forte. L'avènement des technologies de l'information et de la communication a amené les entreprises à mieux gérer et contrôler leurs flux avec les partenaires dans le monde. Les systèmes d'information favorisent des échanges extrêmement simplifiés et rapides, quelles que soient les distances entre les acteurs. Le partage d'informations entre les acteurs aide à la prise de décision, permet de faire face aux défis et de saisir les opportunités en période de crise. L'information doit être partagée très rapidement en temps de pandémie (Bohmer et al., 2020). Ce partage de l'information étant une caractéristique marquante des relations de collaboration, est aussi le reflet d'une transparence pour l'atteinte des objectifs communs. La collaboration bénéficie de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication entre les partenaires. Les travaux académiques démontrent qu'en période de pandémie, les pratiques collaboratives facilitent l'agilité et la résilience de la chaîne d'approvisionnement du secteur de la santé et restent une stratégie clé pour la performance de cette chaîne (Derek et al., 2021 ; Dubey et al., 2020 ; Machado et al., 2018). Ainsi, face à une perturbation à laquelle est confrontée une organisation, l'utilisation de ces outils apporte une vitesse de réaction des acteurs pour une solution puisqu'elle favorise aussi la mise en œuvre d'équipes transversales.

2.2.2 Cas particulier de la Covid

La gestion de la pénurie des ÉPI durant la pandémie a constitué un véritable défi pour les hôpitaux. Après une brève chronologie des événements, nous allons présenter les pratiques utilisées par les gestionnaires logistiques pour optimiser l'organisation de l'offre et la demande dans les hôpitaux.

2.2.2.1 Brève chronologie des évènements

C'est au mois de décembre 2019 que l'Organisation mondiale de la Santé a été alertée sur plusieurs cas de pneumonie dans la ville de Wuhan, dans la province de Hubei en République de Chine. Le virus identifié en janvier 2020 est un nouveau coronavirus, nommé SARS-COV-2. L'OMS nomme Covid-19 la maladie causée par ce coronavirus et le 30 janvier, elle déclare que cette maladie constitue une Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI). Le 11 mars 2020, l'OMS qualifie la situation mondiale de la Covid-19 de pandémie. Elle a causé le décès de plus de 6,9 millions de personnes dans le monde entier. Au-delà de la tragédie humaine et sanitaire, la pandémie a provoqué une des crises économiques les plus graves depuis la Deuxième Guerre mondiale. Elle a dévoilé l'importance stratégique et la complexité que pouvaient revêtir les problématiques logistiques et l'organisation des chaînes d'approvisionnement Geitzholz (2021).

2.2.2.2 Les défis du DAL lors de la pandémie

La pénurie des ÉPI

Sur le site du Gouvernement du Canada, les équipements de protection individuelle (ÉPI) regroupent un ensemble d'articles qui peuvent être portés pour prévenir l'exposition potentielle aux maladies infectieuses. On y compte les gants, blouses, masques chirurgicaux, masques chirurgicaux avec visière, respirateurs, écrans faciaux, articles de protection oculaire, lunettes de protection. La stratégie adaptée pour ces articles peu complexes est celle de la recherche des coûts bas.

Concernant ces équipements, les travaux de (Patel et al., 2017) démontrent que, lorsqu'une pandémie éclate, la demande en ÉPI connaît une croissance très significative. Dans un rapport du Centre sur la productivité et la prospérité — Fondation Walter J. Somers, les auteurs (Beaulieu et al., 2021) affirment qu'avant le début de la pandémie au Québec, une crise logistique des ÉPI couvrait déjà. Avec une stratégie des coûts bas, la fermeture des frontières et une production des ÉPI délocalisée en Asie, principalement dans la région de Wuhan qui était l'épicentre de la pandémie, il aurait été impossible de sécuriser des stocks pour tous les établissements du Québec. Durant toute la pandémie,

les approvisionnements ont été une obsession et une angoisse pour le DAL des établissements de santé.

Les hôpitaux devaient faire face à de nombreux enjeux en l'occurrence ceux d'assurer la prise en charge de tous les patients ainsi que la disponibilité du matériel médical indispensable. Durant cette période de crise, tous les départements dans les établissements de santé, notamment celui des approvisionnements et de la logistique, devaient coordonner leurs efforts pour faciliter la prestation des meilleurs soins possibles aux patients. Ce département support posant peu de difficulté en période habituelle, est devenu un élément indispensable à la survie des organisations et des hôpitaux. Les capacités à planifier et à collaborer en interne sont devenues indissociables pour bien anticiper et être en mesure de s'adapter à l'imprévu dans un contexte d'hyper compétition (Sauvage et Sallé ; 2020).

Manque matériel critique :

Des équipements tels que les respirateurs, les lits d'hôpitaux et les systèmes de monitoring ont été en demande intense, entraînant des difficultés d'approvisionnement. De plus, certains pays ont dû faire face à des restrictions à l'exportation de ces équipements, compliquant davantage la situation.

Fluctuation de la demande et gestion des inventaires :

Durant la crise sanitaire, la demande de certains produits médicaux et médicaments a augmenté de manière significative ce qui a entraîné des pénuries et ruptures de stocks. Le caractère imprévisible de la pandémie a rendu difficile la gestion des stocks hospitaliers. De nombreuses études sur la gestion optimale des stocks hors et durant la pandémie ont mis en évidence des techniques de contrôle de stocks (les simulations, la technologie RFID) ainsi que des pratiques collaboratives pour minimiser les coûts et maximiser les profits (Saha et Ray ; 2019, Friday et al., 2021). Les hôpitaux ont dû ajuster leurs approvisionnements en fonction des fluctuations rapides de la demande de matériel médical, ce qui a parfois entraîné des ruptures de stock ou des excédents inutilisés.

Logistique et distribution :

La distribution efficace des fournitures médicales aux hôpitaux, en particulier dans les zones touchées par des restrictions de voyage ou des confinements, a été un défi majeur. Les interruptions dans la chaîne d'approvisionnement, telles que les retards de transport et les restrictions douanières, ont entravé la livraison en temps voulu du matériel médical essentiel.

Épuisement des travailleurs de la santé :

Le personnel de la santé et particulièrement du département a été soumis à des heures de travail prolongées et à un stress accru pendant la pandémie, ce qui a parfois affecté leur capacité à gérer efficacement les tâches de logistique et d'approvisionnement.

Coordination et communication :

La coordination entre les différents acteurs de la chaîne d'approvisionnement, y compris les gouvernements, les fabricants, les fournisseurs et les hôpitaux, a été essentielle, mais parfois difficile à réaliser. Une communication claire et transparente était nécessaire pour gérer efficacement les ressources limitées.

Pour surmonter ces défis, de nombreux hôpitaux ont adopté des stratégies telles que la diversification des sources d'approvisionnement, l'utilisation de technologies de suivi des stocks en temps réel, et la mise en place de plans de gestion de crise pour améliorer leur résilience face aux futures perturbations.

2.2.2.3 Pratiques logistiques mises en place

La pandémie de la Covid a eu un effet inattendu, celui de mettre au-devant de la scène les fonctions supports des organisations, particulièrement celles des hôpitaux, grâce à une couverture médiatique qu'elles n'avaient jamais connue auparavant. Comme nous l'avons évoqué, le caractère incertain de cette crise sanitaire était lié aux contraintes des marchés internationaux, aux préoccupations quant à la santé et aux mesures sanitaires des populations. En effet, à l'incertitude de la demande des volumes des articles à commander s'ajoutait aussi une incertitude sur les sources d'approvisionnements, car les organisations

de la santé de presque tous les pays industrialisés partaient simultanément à la recherche des mêmes produits qui répondraient à leurs besoins croissants.

Centralisation des stocks d'ÉPI

La demande en ÉPI ayant fortement augmenté, les vols d'ÉPI étant signalés (Lacoursière et Teiscera-Lessard, 2020), et face à l'impossibilité de détenir des stocks de sécurité, les hôpitaux ont créé des zones de stockage des ÉPI gardées sous clé pour mieux contrôler les stocks disponibles. Les auteurs (Beaulieu et al., 2021) constatent que cette stratégie a facilité la maîtrise d'écoulement des stocks ainsi que le développement des matrices d'allocation des ÉPI dans les unités de soins.

Partage d'informations

L'information étant la clé en période de pandémie (Bohmer et al., 2020), elle doit être accessible et fiable. Le concept de partage d'informations sous-entend le partage d'une variété d'idées, de plans et de procédures d'achat confidentiels, complets, pertinents et précis avec les maillons de la chaîne d'approvisionnement (Beaulieu et Bentahar, 2021 ; Nandi et al., 2020). De ce fait, il est primordial qu'une organisation dispose des outils technologiques adéquats en vue d'acquérir, de sauvegarder et d'envoyer l'information. Le partage d'informations entre différentes fonctions est essentiel pour la performance de l'organisation. Au sein de l'hôpital, il permet une meilleure prise en charge des patients et facilite la visibilité des stocks à l'intérieur de la chaîne logistique (Jain et al., 2017 ; Ponomarov et Holcomb, 2009). Au-delà des stocks, la visibilité permet aux responsables des achats de surveiller la demande et l'offre, d'anticiper les perturbations de la chaîne ainsi que les mesures correctives (Araujo et al., 2023).

Les données sur le niveau des stocks dans les entrepôts étaient facilement accessibles, il était toutefois indispensable que les unités de soins partagent les informations sur leurs stocks physiques en temps réel pour une meilleure estimation de niveau de stock. Le partage de l'information est à la base d'une bonne gestion de la chaîne logistique (Christopher, 1998). Par ailleurs, comme le démontrent les travaux d'Araujo et al., (2023), il permet d'accroître la résilience de la chaîne logistique, car il apporte de l'agilité dans le

flux de l'information stratégique et améliore la rapidité dans la prise des décisions managériales. Les responsables du DAL faisaient partie des cellules de crise dans les CHs et l'objectif des réunions était de faire le point sur la disponibilité des stocks, les décisions prises ou à partager des informations jugées essentielles, comme des mises à jour effectuées par le gouvernement fédéral. Le rapport du CPP (2021) souligne que cette stratégie permettait de recouper les données pour s'assurer d'avoir un portrait plus exact. Nous avons assisté à un effort de coordination interne entre le personnel clinique et les responsables du DAL pour une bonne gestion de cette crise.

Forte collaboration interfonctionnelle

Plusieurs études ont démontré l'importance des collaborations des acteurs associés à la gestion de la chaîne logistique (Araujo et al., 2023, Kochan et Nowicki, 2018, Ponomarov et Holcomb, 2009). Les travaux de Friday et al., (2021) ont souligné l'efficacité des pratiques collaboratives dans la gestion des pénuries des médicaments et des contrefaçons en vue de renforcer la résilience de la chaîne logistique. La collaboration nécessite inévitablement le partage d'informations qui est essentiel pour créer de la valeur pour les patients et l'hôpital. Les relations collaboratives génèrent des avantages concurrentiels, contribuent à réduire l'incertitude et facilitent le niveau d'intégration entre les maillons de la chaîne ce qui permet de faire face aux crises pandémiques (Araujo et al., 2023).

Le dialogue entre le personnel logistique et, plus généralement, le personnel clinique est considéré comme une pratique exemplaire pour améliorer la gestion de la chaîne logistique (International Centre for Health Innovation, 2016). Il y avait une collaboration étroite entre la direction logistique et la direction clinique. La collaboration interfonctionnelle permet au DAL de mobiliser les ressources nécessaires et de soutenir le personnel médical dans l'exercice de leurs différentes tâches. Cette pratique renforce la relation de confiance entre les acteurs de l'hôpital et impacte positivement la performance de l'hôpital. La logistique s'assurait de la livraison des commandes et communiquait avec le personnel clinique pour comprendre la raison des écarts de consommation. Elle demandait que la direction clinique fasse une communication de rappel des protocoles en vigueur.

2.2.3 Facteurs ébranlant la légitimité du DAL

Toutefois, il est important de mentionner que la légitimité du DAL peut être remise en question en raison de différents points :

Manque de communication transparente et efficace :

La communication transparente et efficace sur les décisions prises, les contraintes rencontrées et les mesures prises pour faire face à la pandémie était essentielle pour maintenir la confiance envers le DAL. Tout défaut dans la communication pourrait entraîner des doutes quant à la légitimité du département.

Non-respect des normes et problèmes de qualité :

Le non-respect des réglementations ou des normes encadrant le réseau de la santé peut soulever des préoccupations quant à la légitimité du DAL comme étant respectueux des exigences légales et éthiques. Aussi, des problèmes de qualité ou de sécurité des produits médicaux peuvent compromettre la confiance des unités cliniques quant à la capacité du DAL à assurer l'approvisionnement en produits sûrs et conformes aux normes de qualité.

Inefficacités opérationnelles du département :

Des erreurs ou des inefficacités dans la gestion des stocks, des achats ou de la distribution des fournitures médicales peuvent remettre en question la légitimité du DAL comme étant efficace et fiable. En effet, les lacunes du DAL dans la planification et la gestion des stocks peuvent susciter des doutes quant à la capacité de ce département à répondre efficacement aux besoins des unités cliniques.

Manque d'adaptation

Le DAL doit être capable de s'adapter rapidement aux exigences changeantes de la pandémie, notamment les variations des besoins en fournitures et en équipements, les protocoles de sécurité en évolution et les changements dans les directives et les recommandations des autorités de santé publique. Le manque d'adaptation remet en question la légitimité du DAL.

Non-disponibilité du personnel

Lors des crises sanitaires, les ressources humaines peuvent être non disponibles, ce qui nécessite une gestion efficace et équitable des ressources disponibles. Les retards ou le non-réapprovisionnement des unités cliniques en temps opportun peuvent mettre en péril la santé des patients, du personnel médical et entraîner des erreurs médicales. Ceci peut remettre en question la légitimité du département pour garantir la sécurité des patients.

Conclusion. Dans cette section, nous avons présenté les risques associés aux perturbations de la chaîne logistique, les stratégies utilisées par les gestionnaires logistiques pour gérer la crise sanitaire ainsi que les principaux aspects pouvant ébranler la légitimité du département.

2.3 La légitimité : de la théorie à la pratique

Dans cette section, nous allons aborder dans un premier temps le processus de légitimation en faisant référence aux grandes théories sur la légitimité. Ensuite, nous présenterons les types de légitimité qui sont pertinents pour notre recherche. Enfin, nous présenterons les différentes stratégies dont disposent les gestionnaires pour améliorer ou développer le niveau de légitimité de leur département.

2.3.1 Processus de légitimation

Au sens de Hybels (1995), la légitimation permet de décrire le processus par lequel on acquiert la légitimité. En gestion des approvisionnements, c'est à la fin des années 1980 que dans de nombreux articles académiques, les termes comme réputation, statut et image ont été utilisés pour faire référence à la légitimité (Cavinato, 1987 ; Carter et Narasimham, 1996, Pearson et al., 1996). C'est dans ce sens comme nous l'avons mentionné plus haut, le contenu de l'article des chercheurs (Pearson et al., 1996) soutient que le statut de la fonction achat dépend de trois variables à savoir : l'accès à l'information, la participation à la prise de décision et les rapports hiérarchiques par rapport aux autres fonctions.

Ce sont les auteurs (Eisenhardt et Shoonhoven, 1996) qui, sans donner une définition précise du concept, ont associé la légitimité du département d'approvisionnement aux

compétences et savoir-faire de ses approvisionneurs. La légitimité reste donc un concept important qui permet d'apprécier la valeur de la contribution d'un département à la performance de l'organisation. Toutefois, il est important de rappeler que la légitimité a déjà fait l'objet d'une grande attention de la part des chercheurs en théorie de la dépendance des ressources (Zimmerman and Zeitz, 2002 ; Tilling, 2004 ; Drees and Pursey, 2013) et en théorie institutionnelle (Suddaby et Greenwood, 2005 ; Golant et Sillince, 2007). Le processus de légitimation au sens de notre recherche est issu de ces deux grandes perspectives.

La théorie institutionnelle

Le courant institutionnel sur la légitimité s'est développé principalement grâce aux travaux de Meyer et Rowan (1977), DiMaggio et Powell (1983) qui en ont fait un élément central de leurs différentes analyses. Pour ces chercheurs, être légitime signifie non seulement être efficace, mais aussi se conformer aux mythes qui sont institutionnalisés et en vigueur au sein de l'organisation. Cette théorie soutient que les activités des organisations dépendent du contexte institutionnel et social. La légitimité est présentée comme *une condition ou un statut qui existe quand le système de valeurs d'une entité est congruent avec le système de valeurs porté par le plus grand système social auquel l'entité appartient* (Dowling et Pfeffer, 1975, p. 122). En effet, il est important ici pour une entité de se conformer aux règles et valeurs sociales de l'environnement de manière à être considérée comme légitime. L'environnement, à travers ses institutions, impose des limites légales, morales aux activités des organisations. Autrement dit, l'environnement exerce des pressions et pousse ainsi l'entité à s'ajuster.

Par ailleurs, une organisation poursuit sa quête de légitimité en améliorant et en maintenant les structures, les routines et les pratiques de façon isomorphe avec les environnements politique, socio-économique et culturel dans lesquels elles évoluent (Johnson, 2004). Parlant d'isomorphisme, DiMaggio et Powell (1983) définissent ce concept comme étant un processus contraignant qui force une unité dans une population à ressembler à d'autres unités qui sont confrontées aux mêmes conditions environnementales. Le concept d'isomorphisme institutionnel permet de déterminer la

façon dont les entreprises préservent et accroissent leur légitimité au sein de leur environnement et de leurs parties prenantes. Les auteurs distinguent trois différents processus qui se complètent et se renforcent mutuellement :

- Le processus coercitif où l'organisation se conforme aux exigences réglementaires ou juridiques pour répondre aux pressions formelles et informelles de ses parties prenantes. Si on revient aux acquisitions des fournitures médicales dans les hôpitaux, dans le respect de la réglementation, le DAL se conforme aux exigences et procédures gouvernementales mises en place par le CAG.
- Le processus normatif qui renvoie à l'appropriation par les organisations de normes professionnelles qui permettent de guider leur décision. Pour ce qui est du volet professionnel, les auteurs (DiMaggio et Powell, 1983 ; p. 152) soutiennent qu'il s'agit d'un effort collectif des membres d'une profession pour définir les conditions et les méthodes de leur travail pour établir la base cognitive et la légitimation de leur autonomie professionnelle. En effet, les organisations professionnelles permettent de promouvoir et de maintenir les normes élevées de la profession. En approvisionnement, les accréditations professionnelles permettent à leur détenteur d'acquérir des connaissances pratiques qui auront un impact sur leur rendement et témoignent leur engagement vers l'excellence, l'éthique et le professionnalisme. Nous avons comme exemple le titre de p.g.c.a (professionnel en gestion de la chaîne d'approvisionnement).
- Le processus mimétique où les organisations doivent imiter certaines pratiques dominantes ou s'adapter aux modèles managériaux majoritaires, pour assurer leur survie dans un contexte d'incertitude. Nous pouvons faire référence ici au Benchmarking des meilleures pratiques en gestion des approvisionnements. Le Benchmarking est un outil permettant d'identifier des pratiques qui pourraient être implantées afin de rehausser le niveau de performance d'une organisation (Francis et Holloway, 2007). Dans la gestion des stocks et du réapprovisionnement en milieu hospitalier, le niveau de service, le taux de rotation qui sont historiquement

utilisés dans le domaine de la logistique pourraient être utilisés comme indicateurs de performance (Beaulieu et Roy, 2015) par les gestionnaires.

Selon cette perspective institutionnelle, la légitimité repose sur des croyances issues de l'environnement et elle n'est pas sous le contrôle direct du DAL. Elle est acquise dans une dynamique d'isomorphisme avec l'environnement hospitalier, car comme l'affirment les auteurs (DiMaggio et Powell, 1983), les organisations développent et adoptent les structures et politiques d'autres organisations qu'elles perçoivent comme étant plus légitimes ou générant plus de succès. Les meilleures pratiques de la logistique industrielle sont utilisées dans le secteur hospitalier. Ce sont les acteurs de l'hôpital qui confèrent une légitimité au DAL et le département se conforme aux normes, règles et valeurs de l'environnement hospitalier.

La théorie de la dépendance aux ressources

Cette théorie a été développée par Pfeffer et Salancik (1978). Elle fait état des échanges qu'une organisation entretient avec son environnement. Ces échanges s'expriment en matière de besoins en ressources, qui deviennent alors des contraintes à partir de l'instant où ils constituent un obstacle à l'atteinte d'un objectif. De ce fait, la légitimité est considérée comme une ressource à part entière d'une entité, qui participe à l'attraction d'autres ressources nécessaires à la survie et à la croissance de l'entreprise, comme le capital, la technologie, des cadres et employés compétents, des clients, des réseaux (Aldrich et Fiol, 1994 ; Scott, 1995 ; Zimmerman et Zeitz, 2002). C'est une ressource opérationnelle que l'on tire de l'environnement. En d'autres mots, la légitimité est une ressource qu'une entité cherche à acquérir, à maintenir ou à récupérer pour assurer sa continuité tout au long de son existence à travers le lien et l'interaction qu'elle développe avec son environnement. L'accent est mis ici sur la capacité de l'entité à travailler avec symboles évocateurs pour gagner le support de son environnement (Suchman, 1995). Le fait d'être légitime permet au DAL d'avoir accès aux ressources ce qui lui permet d'assurer sa pérennité dans le CH.

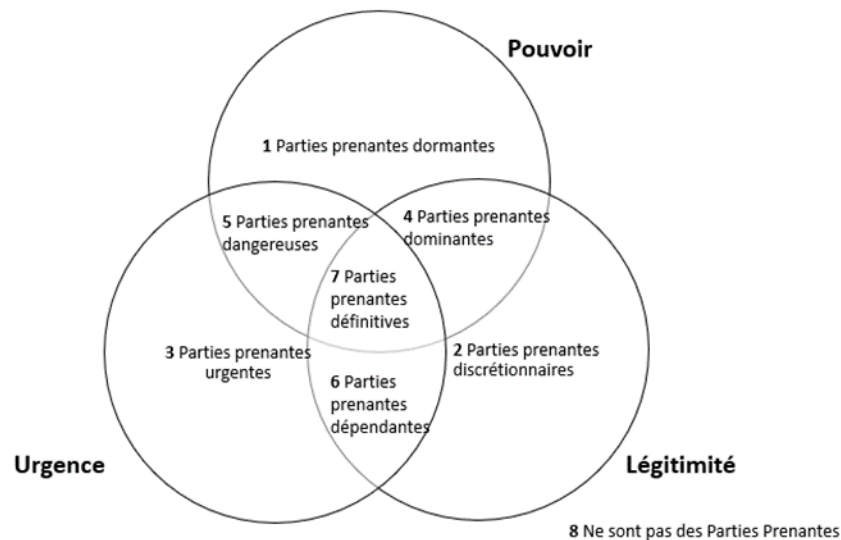
Au regard des deux principales théories ci-dessus présentées, il ressort de cela qu'il est indispensable d'identifier les acteurs clés qui attribuent la légitimité. En satisfaisant les

demandes de son auditoire, ces acteurs perçoivent l'entité comme étant légitime et lui apportent le support pour ses activités. L'identification des acteurs composant cet auditoire est une phase importante, car elle pose la base de tous les actions et échanges avec tous les différents participants. De manière spécifique, les parties prenantes représentent les personnes ou groupes de personnes qui dépendent du DAL pour atteindre leurs propres buts et dont le DAL dépend également. Ces parties prenantes détiennent les attributs suivants :

- Le pouvoir qui est la capacité des parties prenantes à influencer les décisions de l'entité.
- La légitimité, car les attentes des parties prenantes sont légitimes dans la mesure où elles sont acceptables au sein de l'entité.
- L'urgence des revendications des parties prenantes doit faire l'objet d'une attention immédiate.

La possession d'un seul de ces trois attributs n'est pas une garantie de l'attention élevée du gestionnaire, ni de leur légitimité, ni de la résolution de leurs requêtes. La « légitimité » à elle seule n'a pas une grande valeur, elle ne suffit pas à moins d'être combinée au « pouvoir » et à l'« urgence ». En revanche, la possession des trois attributs ensemble transforme un auditoire précis en un groupe critique pour la survie et la pérennité de l'organisation. Cela garantit l'attention du management et la légitimation de l'organisation devant les ayants droit en question. Pour les fins de notre recherche et en nous basant sur la typologie de Mitchell et al., (1997) ci-dessous, la haute direction et les responsables des unités de soins peuvent être considérés comme des « ayants droit définitifs ». Ces acteurs au sein de l'hôpital détiennent les trois attributs et c'est devant eux que le DAL doit absolument se légitimer.

Figure 2 : Typologie des parties prenantes.



Source : typologie adaptée de Mitchell et al., 1997, p. 874.

Pour ce travail, nous aborderons la légitimité sous la perspective de la théorie de la dépendance aux ressources, car elle la présente comme étant une ressource opérationnelle. Cette perspective permettra de présenter les stratégies que les responsables du DAL peuvent utiliser pour obtenir les ressources dont ils ont besoin pour assurer leur pérennité.

2.3.2 Les types de légitimité

Dans cette section, nous allons présenter les classifications de la légitimité ainsi que ses dimensions pertinentes pour notre recherche.

La légitimité est un concept multidimensionnel (Low et Johnston, 2010 ; Crespin-Mazet et Dontenwill, 2012). En effet, la littérature comporte de nombreuses catégories de légitimité et les différents auteurs ont établi des catégories adaptées à leurs recherches. Durant nos lectures, nous avons identifié trois grandes classifications de la légitimité pertinentes pour ce travail. La première fait la différence entre la légitimité technique et la légitimité managériale (Ruef et Scott, 1998) en milieu hospitalier. La deuxième fait la

distinction entre la légitimité interne et la légitimité externe au sein d'une organisation (Kostova et Zaheer, 1999). Quant à la troisième, elle présente plutôt trois dimensions de la légitimité qui sont : la légitimité pragmatique, la légitimité morale, la légitimité cognitive (Suchman, 1995 ; Johnson et Holub, 2003 ; Zyglidopoulos, 2003). Nous allons présenter de façon brève chacune des catégories.

La typologie de Ruef et Scott (1998)

Les auteurs Ruef et Scott (1998), à l'issue de leur étude portant sur l'évolution des organisations hospitalières, ont proposé deux types de légitimité qui jouent un rôle important dans les chances de survie d'une organisation.

La légitimité technique qui renvoie aux aspects purement pratiques d'une technologie, d'un outil et également à l'appui normatif des procédures de travail, des qualifications du personnel ou encore aux mécanismes d'assurance de qualité. Elle porte essentiellement sur les aspects liés à la formation du personnel, à la gestion des procédures de travail et de qualité.

La légitimité managériale en revanche fait référence aux pratiques organisationnelles telles que la gestion du personnel, la structure du personnel administratif, des outils de gestion.

La typologie de Kostova et Zaheer (1999)

Les écrits de Kostova et Zaheer (1999) portent sur les problèmes liés à la légitimité dans une entreprise multinationale. Elles ont fait la distinction entre la légitimité externe et la légitimité interne. La légitimité externe est celle de l'organisation face à son environnement extérieur. Elle est le reflet de la façon dont le département est perçu par des acteurs appartenant à l'environnement extérieur de l'entreprise (Tchokogué et al., 2014). En faisant référence à la fonction achats, les auteurs soutiennent qu'une légitimité externe élevée favorise l'accès à des ressources externes de plus haute qualité et dans des conditions plus favorables. Cette légitimité peut permettre de développer de façon appropriée des relations avec les fournisseurs choisis et même faire en sorte que l'organisation devienne un client privilégié pour certains fournisseurs (Schiele, 2012 ;

Nollet et al., 2012). Dans un CH, on peut compter parmi les parties prenantes externes pouvant attribuer la légitimité au DAL, les fournisseurs, les agences gouvernementales, les médias, etc.

S'agissant de la légitimité interne, elle représente l'acceptation et l'approbation d'une unité organisationnelle par les autres unités de l'organisation (Kostova et Zaheer, 1999). Pour la fonction achats, la légitimité interne traduit la reconnaissance, par les autres fonctions et la direction générale de l'entreprise, de la contribution de cette fonction à l'efficacité et à l'efficacités de l'organisation (Tchokogué et al., 2014). On retrouve parmi les acteurs pouvant conférer cette légitimité les patients, ainsi que les autres départements (ressources financières, affaires légales, pharmacies) du CH.

La typologie de Suchman (1995)

La légitimité selon Suchman (1995) dépend de l'acceptation, de la compréhension, voire du soutien qu'une entité reçoit de la part de différents acteurs. Il établit une catégorisation de la légitimité fondée sur une triple dimension : la légitimité pragmatique, cognitive et morale.

La **légitimité pragmatique** fait référence aux calculs rationnels de la part des acteurs appartenant à l'environnement. C'est une évaluation des bénéfices individuels que peut apporter une entité à ses parties prenantes. Dans cette perspective, la légitimité du DAL au sein d'un centre hospitalier résulte de la mise en place des pratiques et/ou approches qui garantissent la continuité des services aux patients dans les unités de soins, la gestion rapide des situations de crise, la gestion des relations avec les fournisseurs (Tchokogué et al., 2017). Il revient au DAL de produire un certain bénéfice au personnel médical ainsi qu'à la haute direction de l'hôpital. C'est dans ce sens que Brent Johnson dans un article de Barlow (2013), soutient qu'avec un leadership efficace, le responsable de la supply chain obtiendra les résultats attendus, fournira des métriques pertinentes tout en respectant le médecin et l'environnement clinique.

« An effective Supply Chain Leader will obtain expected results, provide meaningful metrics, while respecting the physician and clinical culture of healthcare » (Barlow, 2013).

La **légitimité morale** renvoie aux normes partagées, aux valeurs incarnées par l'entreprise. Elle est basée sur une évaluation de son caractère bon ou meilleur socialement. Elle n'est pas basée sur le jugement des apports que les activités de l'entité donnent à l'évaluateur, mais sur une évaluation subjective. Elle dépend de la capacité à réaliser la « bonne chose » au regard des principes d'éthique (Tchokogué et al., 2014). La légitimité du département pourrait être déterminée par la conformité des activités et pratiques du DAL au regard des considérations morales auxquelles sont attachées les différentes parties prenantes internes (Tchokogué et al., 2017). On peut avoir comme exemple les préoccupations environnementales, conduisant à une stratégie d'approvisionnement local, ce qui va contribuer à accroître la légitimité du DAL.

La **légitimité cognitive** quant à elle ne se base pas sur une évaluation, mais relève de la capacité des composantes de l'environnement à comprendre l'entité et ses actes ou à les tenir pour légitimes. De façon spécifique, elle correspond à la perception qu'ont les parties prenantes internes du centre hospitalier des connaissances que maîtrise le DAL par rapport à l'environnement spécifique de la logistique hospitalière, notamment des normes, règlements et lois, ainsi que de son habileté à les mettre à profit dans le processus de gestion des flux. C'est dans cette optique que (Barlow, 2013) affirme que la supply chain dans le secteur hospitalier doit avoir des personnes ayant du talent. Ces personnes doivent disposer des compétences suffisantes et de leadership pour faire face aux médecins, aux administrateurs d'hôpitaux et aux autres parties prenantes clés afin de gagner le respect et la confiance de tous.

« Supply Chain must have talent. This talent must be able to stand up in front of physicians, hospital administrators and other key stakeholders, with sufficient skills and leadership ability, to gain the respect and confidence of all » (Barlow, 2013).

2.3.3 Stratégies de légitimation à la disponibilité des gestionnaires

Comme il a été mentionné plus haut, la légitimité au sens de notre recherche est appréhendée comme étant une ressource opérationnelle. En ce sens, les gestionnaires du département vont jouer un rôle actif en développant des stratégies dans le but d'obtenir les ressources dont ils ont besoin pour assurer leur pérennité.

Les stratégies selon Suchman (1995)

Il existe selon Suchman (1995), trois principales approches à travers lesquelles une organisation voudra réaliser sa légitimité. La première option consiste à développer sa légitimité en se conformant aux normes et valeurs de son environnement. La seconde option est de se légitimer en sélectionnant un environnement qui supporte ses pratiques parmi ses multiples environnements. Dans la troisième option, l'entité tente de se légitimer en manipulant son environnement en créant de nouveaux auditoires et de nouvelles croyances. Dans le but de gérer leur légitimité de façon proactive, Suchman (1995) suggère trois grands groupes de stratégies pour acquérir, maintenir ou réparer une légitimité.

Acquérir la légitimité

Cette stratégie fait référence à la construction de la légitimité pour une nouvelle entité. Ceci représente un défi majeur, car l'entité doit dépenser beaucoup d'énergie non seulement pour construire et améliorer ses actions, mais aussi fournir beaucoup d'efforts pour obtenir le support des entités légitimes déjà existantes. Dans ce cas de figure, l'entité fournira des efforts pour se conformer aux valeurs déjà présentes dans l'environnement. Pour acquérir la légitimité pragmatique, le DAL doit satisfaire les besoins essentiels du personnel médical, de la haute direction ou leur donner accès au processus de décision. Concernant la légitimité morale, le DAL peut adopter des positions conformistes sans changer sa structure dans le but d'obtenir des récompenses et des félicitations dans le cadre des galas par exemple (Suchman, 1995). La légitimité cognitive s'acquiert lorsque le DAL se conforme aux modèles et standards qu'il aura établis et ça peut passer par la codification des procédures qui étaient restées jusqu'à présent informelles (Suchman,

1995). En somme, le DAL peut utiliser différents leviers pour être en phase et conforme aux demandes intéressées de l'environnement hospitalier.

Maintenir la légitimité

Selon Suchman (1995), il est plus facile pour une entité de maintenir sa légitimité que de l'acquérir ou de la réparer. Toutefois, l'auteur souligne qu'il existe trois aspects qu'une entité doit garder en mémoire dans le but de préserver la légitimité acquise.

Tout d'abord, les responsables du DAL ne doivent pas oublier que l'audience est hétérogène. Les changements des demandes des audiences peuvent laisser l'entité vulnérable si elle tient pour acquise sa légitimité (Suchman, 1995). Ensuite, toute entité doit reconnaître que la stabilité entraîne la rigidité (Pétrin et al., 2003). En d'autres termes, toute entité devenant trop rigide ne peut s'adapter facilement à son environnement changeant et à de nouvelles conditions au sein de ses activités. Enfin, l'institutionnalisation peut produire de l'opposition (Pétrin et al., 2003) parmi les constituants de l'entité. Des critiques peuvent survenir et entraîner un processus de délégitimation nocif pour le bien-être de l'organisation (Suchman, 1995).

Compte tenu des aspects ci-dessus mentionnés, il est important que les gestionnaires du DAL en l'occurrence, ne perdent pas de vue que la légitimité n'est pas quelque chose d'acquis, elle est dynamique. Ainsi, les responsables du DAL analysent les valeurs, croyances et réactions de leurs auditoires pour adapter leurs stratégies. Ici, d'une part le DAL surveille l'environnement hospitalier ainsi que les changements qui s'y opèrent et d'autre part, il protège principalement à l'interne ses accomplissements et ses réussites.

Réparer la légitimité

Pour Suchman (1995), réparer sa légitimité est similaire à acquérir sa légitimité. La similarité vient du fait que l'entité essaie de créer de nouveaux auditoires et de nouvelles croyances qui pourraient la légitimer. En effet, la réparation survient généralement lorsque l'entité doit réagir après une situation exceptionnelle qu'elle n'avait pas anticipée et qui a endommagé sa légitimité. Ses forces habituelles de soutien dans l'environnement prennent leur distance et restent en retrait.

Pour restaurer sa légitimité, Suchman (1995) suggère trois actions qu'une entité peut entreprendre. L'une des actions consiste à normaliser les actes, cela revient à dire que l'entité peut nier la gravité de la situation exceptionnelle, fournir des excuses ou blâmer un employé. Ainsi elle préserve un minimum de légitimité morale en expliquant l'évènement perturbateur. L'autre suggestion de Suchman (1995) est la restructuration stratégique. Dans ce cas, les responsables du département, par exemple, peuvent procéder à des changements très ciblés dans leur structure en créant par exemple dans leur département une unité spéciale avec un nom plus prestigieux. La dernière action proposée par Suchman (1995) est d'éviter toute panique et tout affolement pour faciliter la restauration de la légitimité. Dans ce sens, les gestionnaires doivent poursuivre les mêmes attitudes que lors de la stratégie de maintien de la légitimité.

Le tableau suivant présente la synthèse des stratégies de légitimation selon Suchman (1995).

Tableau 2 : Les stratégies de légitimation

Perspective d'analyse de la légitimité	Stratégies de légitimation		
	Acquérir	Maintenir	Réparer
Générale	Conformité de l'entité aux valeurs présentes dans l'environnement en manipulant sa propre structure	Perception des changements par l'entité et protection des accomplissements	Démonstration par l'entité que les éléments menaçants pour la légitimité sont distincts et isolés
Pragmatique	L'entité répond aux besoins de l'audience	L'entité surveille les réactions des audiences et les défis émergents en maintenant la confiance	L'entité nie le problème de fond afin de réduire les inquiétudes des audiences
Morale	L'entité utilise le symbolisme pour démontrer que les procédures et actions du personnel sont moralement justes	L'entité surveille les normes éthiques, communique avec les audiences pour conserver le stock d'estime	L'entité s'excuse en effectuant une restructuration symbolisant la dissociation des mauvaises influences
Cognitive	L'entité se conforme aux modèles qu'elle a établis.	L'entité contrôle les politiques et conserve les interconnexions	L'entité explique les éléments perturbateurs pour préserver un minimum de support de l'audience

Source : adapté de Suchman, 1995

Les stratégies selon Tilling (2004)

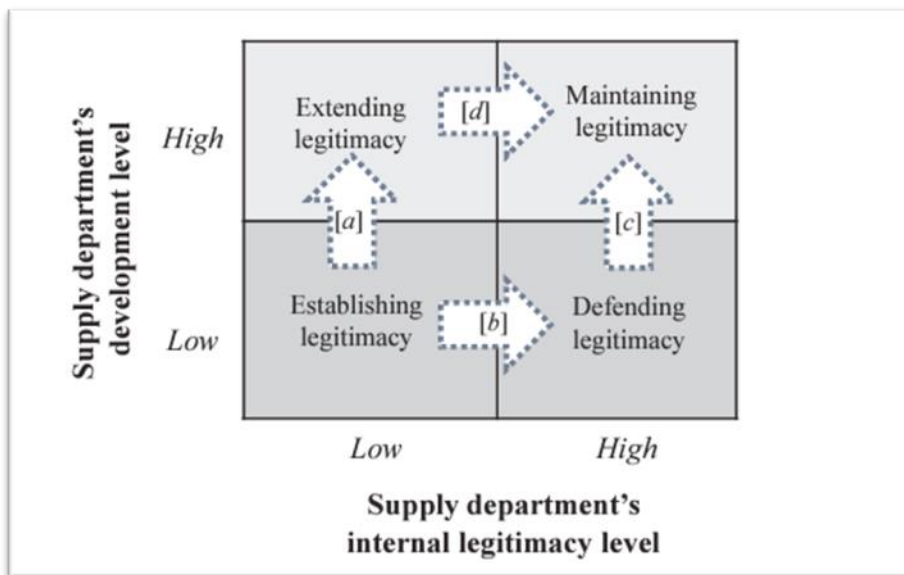
Toujours en accord avec la perspective de la théorie de la dépendance aux ressources, Tilling (2004) suggère quatre étapes d'évolution de la légitimité pour une entité. La première étape est *établir* la légitimité. Ici, on pense aux premières étapes de développement d'une entité, donc du DAL dans un CH. Les responsables doivent être extrêmement conscients des potentiels conflits avec les attentes des principales parties prenantes. La seconde étape est celle de *maintenir* la légitimité où l'entité exerce ses activités avec assurance. Les gestionnaires exerceront pleinement leur rôle en évitant des situations qui pourraient entacher leur légitimité. La troisième étape est d'*étendre* la légitimité. C'est le stade où une entité pénètre de nouveaux marchés ou modifie ses relations avec son marché actuel. Ceci peut nécessiter une gestion spécifique de la légitimité à cause de l'extension du champ d'opération. La quatrième étape est de *défendre* la légitimité. En effet, la légitimité d'une entité peut être menacée par un incident interne ou externe et doit de ce fait être défendue. La crise sanitaire de la pandémie avec les pénuries pourrait être une illustration. Les gestionnaires devaient mettre en place des stratégies pour défendre leur légitimité.

Par ailleurs, les travaux de Tchokogué et al., (2017) démontrent qu'il existe un lien entre le niveau de développement et la légitimité interne du département d'approvisionnement. Ces auteurs proposent une matrice d'évolution de la légitimité interne du département ainsi que les stratégies appropriées pour phase de la trajectoire d'évolution du niveau de légitimité de ce département (**voir Figure 3**).

Ainsi, lorsque le département des approvisionnements a un faible niveau de maturité et une légitimité interne faible, les gestionnaires des approvisionnements doivent s'employer à véritablement *établir* la légitimité de leur département. Pour ce faire, ceux-ci devraient axer leurs stratégies sur le développement et la consolidation des compétences du personnel du département. Ces gestionnaires doivent garder à l'esprit que le but ultime est de se situer dans la catégorie « maintenir » la légitimité. Dans la situation où le niveau de maturité du département est faible avec une légitimité interne élevée, le département *défend* sa légitimité. La stratégie appropriée doit être axée sur les pratiques en gestion des

approvisionnementnements comme le développement de solides compétences managériales, l'expertise professionnelle en accord avec les autres responsables des autres départements ainsi que la haute direction. La mise en application de ces actions influencera grandement la perception des gestionnaires des autres départements de l'organisation. Dans la situation où le département a un niveau de maturité élevé et une légitimité interne faible, le département *étend* sa légitimité. La stratégie appropriée devrait être axée sur une présentation claire des performances du département dans le but de faire connaître ses contributions.

Figure 3 : Chemin évolutif de la légitimité interne du département des Achats



Source : Tchokogué et al., 2017.

Nous avons vu que les pratiques internes du département des approvisionnementnements incluant le professionnalisme, les collaborations interfonctionnelles ont un impact sur sa perception en interne. La matrice ci-dessus représente l'ensemble des étapes et les stratégies qui favorisent l'apprentissage et le développement des compétences du DAL dans le but de convaincre la haute direction et les autres départements en réalisant des performances significatives.

2.4 Synthèse de la revue de la littérature et proposition d'un cadre d'analyse

Dans la première section de ce chapitre, il a été démontré que parmi les aspects qui caractérisent la légitimité du DAL, on retrouve son importance au sein de l'hôpital, mais aussi sa capacité à créer de la valeur pour l'établissement. Nous avons aussi vu qu'en période de crise, lorsque les ressources deviennent rares, une importance particulière est accordée aux entités qui permettent un accès à ces ressources et de ce fait l'accroissement des responsabilités du DAL permet de justifier sa légitimité. Enfin, dans la troisième section, nous avons vu que les gestionnaires disposent de différentes stratégies qu'ils peuvent utiliser de manière proactive pour démontrer leur engagement et assurer la crédibilité du département. En effet, les différents éléments ci-dessus mentionnés serviront de base pour élaborer notre cadre d'analyse.

Importance :

L'importance de ce département se traduit par le rôle, les responsabilités ainsi que le rang hiérarchique du gestionnaire dans l'organigramme de l'hôpital. Autrement dit, la position indique généralement le niveau d'autorité et de responsabilité du gestionnaire. Elle lui offre la visibilité et contribue à renforcer l'acceptation de ses actions par le personnel de l'hôpital. Comme nous l'avons démontré plus haut, un niveau hiérarchique élevé confère aux gestionnaires :

- Le respect et la reconnaissance par les acteurs internes et externes à l'hôpital. À travers cette posture, il est plus facile pour le département d'assurer une meilleure coordination de ses activités ainsi qu'une bonne collaboration avec tous les acteurs du centre hospitalier, peu importe leur niveau hiérarchique.
- La participation aux prises de décisions stratégiques pouvant impacter l'hôpital. Les études ont démontré que les gestionnaires du DAL occupent de plus en plus un niveau hiérarchique élevé, ce qui leur octroie un plus de pouvoir et de responsabilités dans la prise de décisions stratégiques.

- Une responsabilité élevée, car les actions et décisions du DAL ont un impact significatif dans le centre hospitalier. En effet, cette position hiérarchique élevée du DAL soutient que le DAL a de nombreuses responsabilités qui ont une portée stratégique notamment dans la gestion des ressources financières, la gestion des achats, la garantie de la qualité des produits médicaux pour la sécurité des patients et du personnel hospitalier, la gestion des stocks.

Contribution :

Pour ce qui est de la contribution du DAL dans la création de la valeur pour une performance globale de l'hôpital, nous avons vu qu'elle se matérialise par :

- Une gestion efficace des ressources financières. En prenant en considération les contraintes budgétaires de l'hôpital, le DAL planifie et contrôle les dépenses tout en assurant une gestion optimale des contrats avec les fournisseurs. Ces différents aspects sont essentiels pour une saine gestion des fonds disponibles.
- Une gestion des urgences et des situations de crise. En effet, le DAL contribue de façon significative dans la lutte contre les crises sanitaires en s'adaptant et en permettant une réponse rapide et coordonnée. Le DAL optimise l'utilisation des ressources disponibles, il s'assure que les équipements soient alloués auprès des unités où ils sont les plus nécessaires et en temps opportun. Par ailleurs, il participe au maintien de la continuité des soins en fournissant les équipements médicaux indispensables ainsi que le soutien logistique aux unités médicales sur le terrain.
- Une amélioration de l'efficacité opérationnelle. Le DAL met en place des processus et pratiques pour réduire les coûts opérationnels en minimisant les gaspillages et retards de livraison. Les systèmes de gestion des stocks efficaces permettent de réduire les coûts de stockage et de garantir une utilisation efficace des espaces et des ressources.

Légitimité :

En adoptant la légitimité selon la perspective de Suchman (1995), il apparaît que la légitimité du DAL repose aussi sur sa capacité à :

- Démontrer son efficacité dans l'atteinte des objectifs (légitimité pragmatique)
- Faire la bonne chose (légitimité morale)
- Maîtriser les exigences et contraintes de l'environnement hospitalier, et à mettre en œuvre les meilleures pratiques (légitimité cognitive)

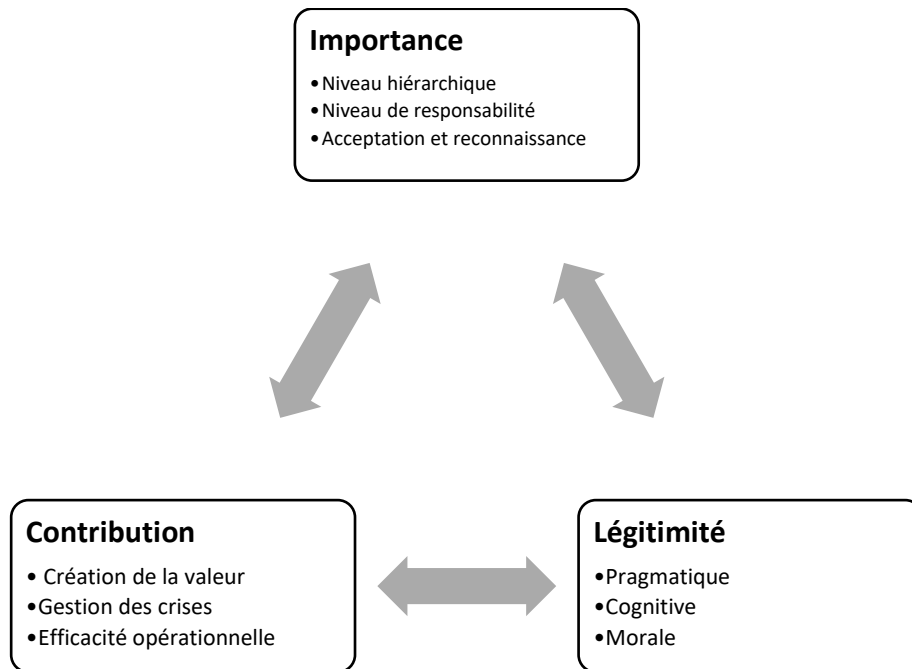
La **légitimité pragmatique interne** du DAL repose sur la perception qu'ont le personnel clinique et la haute direction des apports concrets du DAL en vue d'atteindre les objectifs communs, de pérenniser la continuité de ses activités. Ici, l'accent est mis sur les actions concrètes et pratiques mises en œuvre par le DAL et qui doivent être bénéfiques pour la haute direction et le personnel clinique.

La **légitimité morale interne** qui prend en compte les considérations morales. Les activités et pratiques du DAL sont jugées comme la bonne chose à faire au regard des principes moraux. Elle pourrait être déterminée par la conformité des activités et pratiques du DAL au regard des considérations morales auxquelles sont attachées les différentes parties prenantes internes.

La **légitimité cognitive interne** quant à elle repose sur la connaissance du personnel du département de l'environnement hospitalier ainsi que de ses lois et normes qui encadrent ce secteur. Ces connaissances doivent être utilisées dans le but de créer de la valeur. Autrement dit, elle correspond à la perception des parties prenantes internes au centre hospitalier des connaissances que maîtrise le DAL des normes, règlements et lois encadrant le secteur de la santé et de l'habileté du département à les mettre à profit dans le processus de gestion des flux.

Nous avons donc matérialisé de la façon suivante notre cadre d'analyse, où les différents aspects de la légitimité sont interconnectés et interagissent.

Figure 4 : Cadre d'analyse



Conclusion :

Tout au long de ce chapitre, nous avons vu que le DAL reste une fonction indispensable qui contribue de manière significative à la performance de l'hôpital en adhérant à ses objectifs communs. Lorsque ce département démontre une compréhension approfondie de ses activités, ceci renforce sa crédibilité auprès des autres départements et des parties prenantes externes. En période de crise, ses responsabilités deviennent plus critiques et sa capacité à gérer efficacement ses ressources et ses activités renforce sa légitimité. Cela se traduit par :

- La démonstration de son impact réel sur les actions opérationnelles, le développement des pratiques collaboratives étroites avec tous les départements de l'hôpital.

- La conformité aux valeurs et normes régulant l'environnement hospitalier ainsi que son engagement envers les patients dans le respect des principes éthiques.
- La démonstration de son expertise, sa capacité à résoudre efficacement les problèmes et sa participation aux prises de décisions stratégiques.

Chapitre 3

Méthodologie de recherche

Dans ce chapitre, nous allons présenter le cadre méthodologique de notre recherche. L'objectif est de justifier la démarche méthodologique que nous avons adoptée et de mettre en avant sa pertinence compte tenu des spécificités de notre projet de recherche.

En effet, nous avons opté pour une recherche qualitative de nature exploratoire avec comme méthode de recherche l'étude des cas. Dans cette section, nous allons démontrer la pertinence de la démarche choisie et définir la nature de la recherche retenue. Selon Fortin (2010), les objectifs et la nature de la question de recherche d'un travail sont des éléments clés qui orientent ses choix méthodologiques. Notre question de recherche principale est la suivante : comment la pandémie a-t-elle affecté la légitimité du département des approvisionnements et de la logistique en milieu hospitalier ? De manière plus spécifique, notre recherche vise à permettre une meilleure compréhension des facteurs qui influencent le niveau de légitimité interne du DAL dans un CH.

Cette question est de nature exploratoire et se penche sur les perceptions d'êtres humains. À priori, la recherche exploratoire cherche à examiner un phénomène peu documenté et permet d'élucider le « comment » du phénomène étudié. Elle vise par ailleurs à générer de nouvelles propositions de recherche à partir d'observations empiriques d'une situation encore non étudiée (Jaeger et Halliday, 1998). Notre recherche porte sur la légitimité du DAL en milieu hospitalier durant la pandémie. Nous voulons comprendre les perceptions des acteurs des établissements de santé, spécifiquement des unités de soins, sur la valeur associée à la contribution du DAL. La légitimité qui repose sur une perception subjective des individus est de nature complexe, car on interprète les comportements humains et ceci nécessite une étude approfondie sur le terrain. Une recherche de nature qualitative facilite la compréhension du comportement humain ainsi que la compréhension d'un phénomène dans son contexte et c'est dans ce sens que Yin (2014) soutient que les méthodes qualitatives permettent d'étudier des phénomènes sociaux très complexes. Notre étude

s'inscrit dans un paradigme interprétatif, où nous adoptons une posture d'écoute du discours et du sens que donnent les acteurs internes au phénomène étudié.

3.1 Méthode de recherche : l'étude de cas

La méthode de l'étude de cas permet d'expliquer, de décrire ou d'explorer des événements dans leur contexte, elle reste pertinente lorsque l'étude doit répondre aux questions du type « quoi », « comment », « pourquoi » (Yin, 2014). En effet, l'étude de cas emploie plusieurs niveaux d'analyses et différents types de données afin de développer une stratégie de recherche axée sur la compréhension des dynamiques liées à une problématique (Eisenhardt, 1989). En lien avec notre travail, nous justifions ce choix, car cette méthode nous permet de bien répondre au « comment » et à notre connaissance, il n'y a pas encore eu d'études portant spécifiquement sur notre sujet de recherche. L'étude de cas nous permet de capturer toute la richesse du phénomène de légitimité dans un contexte réel et de générer les connaissances pour les praticiens. Le principal avantage de l'étude de cas est qu'elle donne la possibilité d'étudier un phénomène dans son contexte naturel. En optant pour une étude de cas multiples, il sera possible d'identifier les similitudes et les différences à partir desquelles nous pourrons générer des connaissances. Nous avons choisi le DAL des centres hospitaliers comme unité d'analyse et dans le cadre de la collecte des données dans chaque hôpital, nous avons développé un protocole de recherche que nous avons présenté pour étude au bureau d'éthique de chaque hôpital (voir **Annexe 1**).

3.2 Collecte des données

Dans le cadre de notre étude, après l'obtention de l'approbation du Comité d'Éthique de la Recherche de HEC Montréal, notre approche a été de contacter différents centres de recherche des établissements hospitaliers au Canada pour leur présenter le projet. Deux centres ont montré un intérêt particulier pour notre recherche et c'est ainsi que nous avons contacté le comité d'éthique de chaque hôpital pour obtenir une autorisation d'interagir directement avec le personnel hospitalier. Le Comité d'éthique de chaque hôpital a évalué notre demande pour s'assurer qu'elle respectait les critères du secteur médical avant de nous octroyer une approbation. Après avoir obtenu l'autorisation

de chaque Comité d'Éthique, nous avons été mis en contact avec le département des approvisionnements et de la logistique, la haute direction ainsi qu'avec les services infirmiers pour mener des entrevues auprès des participants volontaires.

Les données recueillies lors des entrevues ont été transcrites puis envoyées aux participants pour validation. Par respect des clauses de confidentialité, les noms et titres des postes des répondants ont été enlevés. Nous avons pris soin de regrouper les données recueillies en fonction de la catégorie à laquelle chaque participant appartient et ensuite nous avons procédé au tri des données jugées pertinentes à nos yeux. L'objectif est de comprendre le niveau d'acceptation du DAL avant et après la pandémie en prenant en considération les pratiques utilisées et mises en place par ce département. Le but était d'établir et de comprendre les liens qui existent entre les participants du même groupe.

Pour déterminer le niveau de légitimité du DAL de chaque hôpital, nous avons recueilli dans un premier temps des informations à l'aide de l'échelle de Likert comme suggérée par Holt (2014). Après avoir expliqué aux participants chacune des trois dimensions retenues de la légitimité (pragmatique, morale, cognitive) sans explicitement les mentionner, chaque participant a évalué le positionnement du DAL en indiquant où il se situerait sur cette échelle à quatre points. Aussi, nous avons utilisé les propos des participants pour déterminer le niveau de légitimité interne de chaque DAL. Sur la base de la moyenne des évaluations exprimées par les différentes catégories de participants, nous avons déterminé que le niveau de légitimité du DAL de chaque hôpital peut être :

- Niveau 1 faible ($1 \leq \text{moyenne} < 2$)
- Niveau 2 moyen ($2 \leq \text{moyenne} < 3$)
- Niveau 3 élevé ($3 \leq \text{moyenne} < 4$)

Tableau 3 : Évaluation du niveau de légitimité interne

Niveau	$1 \leq \text{moyenne} < 2$ Faible	$2 \leq \text{moyenne} < 3$ Moyen	$3 \leq \text{moyenne} < 4$ Élevé
Légitimité Interne	Le DAL n'est pas reconnu ni accepté par les autres fonctions (haute direction, services cliniques)	Le DAL est partiellement reconnu et accepté par les autres fonctions (haute direction, services cliniques)	Le DAL est reconnu, son existence est justifiée auprès des autres fonctions (haute direction et services cliniques)
Légitimité pragmatique	Le DAL fournit les résultats attendus par la haute direction et le personnel clinique	Le DAL fournit partiellement les résultats attendus par la haute direction et le personnel clinique	Le DAL fournit tous les résultats attendus par la haute direction et le personnel clinique
Légitimité morale	Les actions du DAL ne sont pas jugées comme étant la bonne chose à faire	Les actions du DAL sont partiellement jugées comme la bonne chose à faire	La majorité des actions du DAL sont jugées comme la bonne chose à faire
Légitimité cognitive	Les activités du DAL sont perçues comme n'étant pas conformes aux normes encadrant l'environnement hospitalier	Les activités du DAL sont perçues comme étant partiellement conformes aux normes encadrant l'environnement hospitalier	La plupart des actions du DAL sont perçues comme étant en accord avec les normes encadrant l'environnement hospitalier

3.2.1 Guides d'entrevues

En prenant en considération la composition de notre échantillon cible, nous avons élaboré trois guides d'entrevues selon les caractéristiques de chaque groupe.

- Guide d'entrevue du responsable DAL (**voir Annexe 2**)
- Guide d'entrevue d'un membre de la haute direction / ressources financières (**voir Annexe 3**)
- Guide d'entrevue du responsable d'une unité clinique (**voir Annexe 4**)

Ces guides ont été revus et approuvés par chaque bureau d'éthique du CH. Avant de commencer les entrevues, nous avons envoyé par courriel aux participants les questionnaires au moins 48h avant la rencontre pour qu'ils se familiarisent avec les points qui seraient abordés. Dans ce courriel, nous leur avons fait aussi parvenir un formulaire d'information et de consentement (**voir Annexe 5**) qui garantit le caractère volontaire de participation au projet et la confidentialité des données.

3.2.2 Entrevues semi-structurées

Les entretiens semi-structurés ont l'avantage qu'ils permettent d'échanger en profondeur sur le sujet étudié avec le participant et d'ajuster les questions. Ils s'appuient sur un guide d'entretien et impliquent une communication directe, à double sens et interactive. Les entrevues ont duré en moyenne 45 minutes durant lesquelles nous prenions les notes. Les entretiens ont permis de collecter des informations provenant de 14 personnes au total.

3.3 Population cible et sélection de l'échantillon

Selon notre protocole de recherche (**voir Annexe 6**), l'objectif est de faire une étude de cas de 5 centres hospitaliers auprès du personnel travaillant dans un même hôpital.

- Catégorie 1 : le personnel du DAL

Nous avons choisi ici le responsable du DAL qui est capable de fournir des informations pertinentes sur le fonctionnement du département dans l'atteinte des objectifs de l'hôpital.

Il a une perspective interne directe sur la performance, la contribution, l'efficacité des processus pour assurer la gestion des ressources matérielles et la disponibilité des fournitures médicales pour soutenir la prestation des soins de qualité aux patients.

- Catégorie 2 : le personnel hors du DAL

Nous avons ici plusieurs types et nous avons opté pour :

La **haute direction**, les cadres supérieurs qui définissent les objectifs stratégiques de l'hôpital et qui peuvent évaluer l'efficacité du DAL dans l'atteinte des objectifs stratégiques et opérationnels. Nous comptons aussi les ressources financières qui en collaboration avec le DAL participent à la planification et à la gestion efficace des ressources financières et matérielles de l'hôpital.

Les **services cliniques**. Ici, il s'agit des responsables des différentes unités de soins qui travaillent en étroite collaboration avec le DAL et qui peuvent apprécier sa communication interne, sa contribution dans l'atteinte des objectifs de leurs unités cliniques.

Tableau 4 : Récapitulatif des personnes interviewées

	Hôpital 1	Hôpital 2
Responsable(s) DAL	1	1
Responsable haute direction (ressources financières)	0	1
Responsable(s) unités de soins	6	5

3.4 Détails sur la légitimité et ses dimensions

Nous avons posé des questions en lien avec les actions et les pratiques du DAL pour déterminer la reconnaissance de ce département par les autres fonctions justifiant

ainsi son existence au sein de l'hôpital. Pour décider du positionnement à l'intérieur de l'intervalle du niveau de légitimité, nous nous sommes basés sur les propos ainsi que les notes attribuées par les participants pour chacune des dimensions de la légitimité. Ces questions indirectes ont permis d'identifier le niveau de légitimité en lien avec la perception sur les activités et des pratiques du département.

- Perception du responsable du DAL
- Perception du personnel hors du DAL (haute direction et services cliniques)
- Légitimité pragmatique : justification de l'existence du DAL devant les acteurs cliniques par les résultats concrets de ses activités
- Légitimité morale : justification par le fait de faire la bonne chose, de prendre les bonnes actions selon les principes moraux et non selon les lois économiques particulières
- Légitimité cognitive : justification que le DAL a de bonnes connaissances des lois, normes et règlements de l'environnement hospitalier, il les utilise pour créer de la valeur et participe aux décisions stratégiques de l'hôpital

Tableau 5 : Principales thématiques abordées lors des entrevues

Les principales catégories et activités	Dimensions internes de la légitimité
Réduction des coûts	Pragmatique et cognitive
Expertise du personnel	Pragmatique
Connaissance des réglementations	Cognitive
Connaissance des fournisseurs	Pragmatique et cognitive
Création partenariats	Morale et cognitive
Conformité aux normes	Cognitive
Dévouement personnel	Morale
Valeurs morales, transparence	Morale

Chapitre 4

Présentation et analyse des résultats

Dans ce chapitre, nous allons présenter les informations pertinentes issues de la collecte des données pour répondre à notre question de recherche. Dans la première partie, nous commençons par présenter le DAL de chaque hôpital. Puis, nous analyserons la perception des différentes catégories de participants à l'étude. Pour terminer, nous discuterons des différents résultats issus de nos analyses.

4.1 Brève présentation de l'hôpital 1 et de son DAL

L'hôpital 1 est un établissement de santé offrant différents soins et services de santé préventifs aux populations. La direction des approvisionnements et de la logistique est un vaste département qui relève de la direction générale adjointe et est à un niveau hiérarchique du président-directeur général de l'hôpital. Le responsable du département fait partie du comité de direction dont la responsabilité est de prendre des décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital.

Les principales activités regroupent les acquisitions, le transport des usagers, la gestion des services de buanderie et du magasin central. L'ancienneté moyenne de son personnel est de sept ans et le niveau de formation des ressources varie du niveau secondaire 5 pour le personnel de soutien dans le magasin central au niveau baccalauréat, maîtrise pour ceux qui s'occupent de la négociation des contrats.

Niveau de légitimité interne du DAL du CH1

Nous nous sommes basés sur les propos des participants pour identifier le niveau de reconnaissance et d'acceptation par les autres fonctions de l'existence du DAL dans les établissements de santé en prenant en considération la pandémie. Nous allons effectuer une analyse des différents propos en fonction des trois dimensions de la légitimité : pragmatique, morale et cognitive.

4.1.1 Perception du gestionnaire du DAL

Le responsable du département estime que ce département assure différents rôles et responsabilités qui sont essentiels pour le bon fonctionnement de l'hôpital. Le département a toujours été positivement reconnu et accepté par la haute direction et les autres départements. La pandémie a permis que ce département ait une plus grande exposition, mais il était déjà reconnu et accepté dans l'hôpital.

Le responsable du DAL du CH1 souligne : « *Nous avons déjà un bon positionnement dans l'hôpital, mais avec la pandémie nous avons obtenu plus de confiance, car nous sommes un maillon clé de l'organisation, nous avons acquis une meilleure visibilité. Le corps médical et les médecins ont vu l'apport indéniable du département* ».

Celui-ci note par ailleurs : « *Nous avons toujours participé aux réunions du comité de direction de l'hôpital et les informations sur les enjeux sont maintenant connues par les équipes internes. Nous occupons plus de place dans la prise de décision, nous sommes plus agiles en gestion de changement* ».

La **légitimité pragmatique** se base sur la justification des activités et pratiques du DAL par des résultats et apports concrets devant la haute direction, les cadres supérieurs, le personnel clinique de l'hôpital.

Le DAL de l'hôpital 1 jouit d'un niveau de légitimité pragmatique élevée. Ses actions et ses pratiques sont reconnues et acceptées par le personnel hospitalier. Elles se traduisent concrètement par :

- Des stratégies mises en place pour la réduction des coûts
- Des réapprovisionnements efficaces
- La diversification des fournisseurs

Le responsable du DAL du CH1 souligne : « *Les attentes du personnel clinique sont d'avoir le bon produit au bon moment à un bon coût... Ce n'est pas souvent le meilleur produit ou le produit désiré ... mais on s'assure du même produit pour tous les*

établissements. Pour les finances, le plus important est la diminution des coûts d'acquisition et on s'assure que les hôpitaux soient fournis avec les mêmes équipements pour faire des économies ».

Ce gestionnaire continue en rajoutant : « Durant la pandémie, nous avons eu beaucoup de ruptures d'inventaires et aussi une pénurie de la main-d'œuvre. Mais avec les programmes du réseau de la santé comme « Je contribue », nous étions capables de recruter et former rapidement des ressources pour les magasins centraux pour que les unités soient réapprovisionnées au moment opportun ».

Le gestionnaire présente les décisions prises par son département en affirmant : « Nous avons diversifié nos fournisseurs, des achats locaux en respectant les contraintes réglementaires. Pour les produits critiques, le choix a dû être fait pour une augmentation du stock de sécurité ».

Le tableau suivant présente les notes attribuées par le DAL pour toutes les activités et pratiques en lien avec la légitimité pragmatique.

Tableau 6 : Synthèse des informations recueillies auprès du responsable du DAL de l'hôpital 1 sur la légitimité pragmatique

Principales activités du DAL	Moyenne avant pandémie	Moyenne après pandémie
Réduction des coûts Réapprovisionnement Recherche fournisseurs	3	3.5

Dans l'ensemble, la légitimité pragmatique est restée élevée avant et après la pandémie. La crise sanitaire a favorisé l'exposition des contraintes et défis du département ainsi que leurs actions pour trouver des solutions.

La **légitimité morale** est justifiée par le fait de faire la bonne chose, de prendre les bonnes actions selon les principes moraux et non selon les lois économiques particulières.

Le responsable du DAL a principalement les notes maximales pour tout ce qui en lien avec la transparence de l'information et l'intégrité du personnel même au pic de la pandémie.

La **légitimité cognitive** découle de la connaissance du personnel du DAL des normes, règlements et lois de l'environnement hospitalier ainsi que de leurs habiletés à les mettre à profit dans le processus de création de la valeur.

Selon le responsable du DAL, les membres du personnel ayant comme tâche la gestion et la négociation des contrats sont titulaires au moins d'un baccalauréat ce qui témoigne une expertise. Les autres éléments en lien avec cette dimension sont :

- Conformité des achats aux normes réglementaires de l'environnement hospitalier
- Participation aux prises de décisions stratégiques

Le gestionnaire du DAL du CH1 souligne : « *Durant la pandémie, nous avons diversifié nos fournisseurs, des achats locaux en respectant les contraintes réglementaires. Pour les produits critiques, le choix a dû être fait pour une augmentation du stock de sécurité. Le système d'information est moins manuel présentement pour l'accès aux données. Nous participons aux réunions du comité de direction de l'hôpital et les informations sur les enjeux sont connues par les équipes internes. Nous sommes plus interpellés et notre point de vue est demandé par la haute direction... Pour tous les enjeux liés aux backorders, on organisait régulièrement les rencontres Teams. On travaille maintenant plus en proactivité. Nous avons beaucoup d'agilité, mais beaucoup de contraintes venant de l'environnement externe* ».

Tableau 7 : Synthèse des informations recueillies auprès du responsable du DAL de l'hôpital 1 sur la légitimité cognitive

Principales catégories	Moyenne avant pandémie	Moyenne après pandémie
Expertise, professionnalisme (gestion contrat, négociation)	3	3.5

Dans la perspective du responsable du DAL du CH1, la légitimité cognitive est restée élevée avant et après la pandémie.

4.1.2 Perception du personnel hors du DAL

Dans cette catégorie, les propos proviennent essentiellement des services cliniques, c'est-à-dire des responsables des unités de soins.

La **légitimité pragmatique** se base sur la perception des actions et pratiques concrètes du DAL dans l'atteinte des objectifs des unités de soins.

Les principales activités et pratiques du DAL ont toujours été bien reconnues par les responsables des différentes chaînes cliniques même durant la période pré-pandémique. Le département est perçu comme un élément essentiel pour l'atteinte des objectifs de chaque unité. Au pic de la pandémie, ce département était mis en avant ce qui a permis au personnel clinique de mieux comprendre les différents enjeux du département ainsi que leurs efforts pour s'assurer que les unités ne manquent de rien pour continuer à assurer les soins aux patients.

Les résultats concrets de cette légitimité portent sur :

- L'implémentation des bonnes pratiques d'entreposage
- Une meilleure évaluation des valeurs critiques des fournitures et stocks de sécurité

À cet effet, un responsable d'une unité clinique du CH1 affirme :

« [...] (Le DAL) contribue efficacement dans l'atteinte des objectifs de mon unité. Après la pandémie, il est devenu beaucoup plus important, il y a eu un passage de l'ombre à plus de visibilité. On comprend mieux ses enjeux et il est plus qu'un simple support. Le personnel du département dispose de l'expertise nécessaire pour supporter et guider mon équipe, par exemple, dans le choix des codes correspondant aux articles. ... Durant la pandémie (le DAL) a tout fait pour pallier nos besoins ponctuels qui ne faisaient pas partie de nos réserves ». (Responsable clinique 1 – CH1).

Concernant tout ce qui est en lien avec la gestion des inventaires, un autre responsable clinique déclare :

« Avant la pandémie, les valeurs critiques de certaines fournitures n'étaient pas définies et cet exercice est réalisé maintenant depuis près de 3 ans avec le soutien du DAL. Nous avons une meilleure compréhension des défis du département, leurs limitations contractuelles concernant les appels d'offres, les avis d'intention [...] Le système est trop rigide, un même code sur deux lignes ce qui cause beaucoup de doublons et il faut les contacter pour avoir la bonne information et parfois passer à nouveau la commande. Il y a également un manque de visibilité à travers le système pour se faire une idée des coûts pour une meilleure maîtrise de notre budget ». (Responsable clinique 2 – CH1).

Pour la disponibilité des fournitures médicales et l'utilisation des espaces d'entreposage, les chefs des unités affirment :

« Il y a beaucoup de matériel, le système à puce et le tableau qui sont gérés par les approvisionnements nous facilitent le travail. Un nouveau système a été mis en place pour une meilleure fluidité du matériel. Ils (Le personnel du DAL) aident à rendre fonctionnels les espaces physiques existants ». (Responsable clinique 3 – CH1).

« Le département contribue de façon efficace au bon fonctionnement de mon unité. Il y a beaucoup d'analyse de la part des gestionnaires du département, nous avons eu des propositions pour une meilleure utilisation des espaces d'entreposage après la pandémie, mais je ne sais pas si c'était déjà en projet chez eux. La pandémie a été un moment

bénéfique pour apprendre, nous avons une meilleure compréhension des procédés et la complexité des activités ». (Responsable clinique 4 – CH1).

Tableau 8 : Synthèse des informations recueillies auprès des responsables des unités cliniques de l'hôpital 1 sur la légitimité pragmatique du DAL

Principales activités du DAL	Moyenne avant pandémie	Moyenne après pandémie
Gestion stocks	2.5	3.1
Pratiques entreposage		
Disponibilité du matériel		

Les propos sur les pratiques et activités du DAL dans l'atteinte des objectifs des unités cliniques sont similaires chez les participants. Cette légitimité était déjà moyenne avant la pandémie et son niveau est maintenant élevé. En prenant pour référence les phases de la légitimité selon Tilling (2004), la pandémie est une perturbation qui a menacé la légitimité pragmatique du DAL. Le département a « défendu » sa légitimité pragmatique interne en mettant en avant son expertise en s'engageant activement auprès du personnel des unités de soins avec des actions concrètes répondant à leurs préoccupations. On note par ailleurs une meilleure prise de conscience par le personnel clinique des enjeux du département.

La **légitimité morale** résulte de la perception des responsables des unités de soins sur la capacité du DAL à faire la bonne chose, à prendre les bonnes actions selon les principes moraux et non selon les lois économiques particulières.

Les éléments mis en avant pour faire référence aux bonnes choses à faire par le DAL sont :

- Le suivi dans la communication avec les fournisseurs
- Dévouement personnel magasin central
- Pratiques écoresponsables

Pour tout ce qui concerne l'efficacité de la communication et de la manière dont les informations sont perçues, le responsable clinique déclare :

« Le système (plateforme pour passer les commandes) est trop rigide, un même code sur deux lignes ce qui cause beaucoup de doublons et il faut les (DAL) contacter pour avoir la bonne information et parfois passer à nouveau la commande. Il y a également un manque de visibilité à travers le système pour se faire une idée des coûts pour une meilleure maîtrise de notre budget ... Le système que nous utilisions ne facilitait pas le partage d'information, il était difficile d'avoir le listing des produits en rupture de stock et ce qui rendait la communication difficile. Maintenant, nous ressentons une participation active du personnel, des personnes désignées, des interlocuteurs directs ce qui facilite le partage d'information. Nous sommes passés d'une communication en mode urgence à efficace. Avant j'avais l'impression qu'il y avait beaucoup de travail en silo et pas de passation des connaissances après le départ d'un membre de l'équipe (DAL). Ainsi, il fallait recommencer à tout expliquer dès le début au nouvel interlocuteur. Avant, on pouvait s'adresser à 5 – 6 personnes différentes, maintenant il y a une personne désignée qui redistribue l'information aux autres et ceci favorise une meilleure fluidité de l'information ». (Responsable clinique 2 – CH1).

Pour tous les aspects liés au dévouement du personnel du DAL et l'adoption des pratiques écoresponsables, le personnel clinique déclare :

« Le personnel du DAL est qualifié et a de bonnes connaissances des besoins de mon unité. Les magasiniers disposent de l'expertise nécessaire et s'adaptent facilement pour apporter toute aide au personnel médical. Ces derniers nous ont beaucoup aidés, ils montaient rapidement les lits et nous aidaient à disposer les patients au pic de la pandémie même si cela ne faisait pas partie de leurs tâches. Ils assurent pleinement le remplissage des armoires et utilisent bien les codes-barres pour savoir tout ce qui est à remplir ». (Responsable clinique 5 – CH1).

« Il est assez compliqué d'effectuer des achats écoresponsables (gants biodégradables) à petites échelles, il faudrait que plusieurs unités de soins se mettent ensemble pour faire une demande et qu'elle soit acceptée et validée par le DAL ». (Responsable clinique 6 – CH1).

Tableau 9 : Synthèse des informations recueillies auprès des responsables des unités cliniques de l'hôpital 1 sur la légitimité morale du DAL

Principales catégories	Moyenne avant pandémie	Moyenne après pandémie
Éthique / Intégrité du personnel du DAL	3.2	3.3
Suivi communication, Collaboration	2.6	2.8
Partage information	2.3	2.7
Pratiques écoresponsables	2	2

À la lumière des propos des participants, le personnel du DAL est intègre et consciencieux. La communication sur la bonne chose à faire est celle liée à la plateforme pour passer les commandes chez les fournisseurs. Le personnel clinique n'a pas toujours tous les éléments sur les délais de livraison et doit à chaque fois relancer le personnel du DAL pour avoir les informations sur des commandes passées depuis un certain. Le personnel clinique s'attend à ce que le personnel du DAL soit proactif et non réactif pour fournir une information sur les délais de livraison. Des systèmes d'information bien intégrés de tous les acteurs permettraient d'améliorer le partage d'informations.

Dans ces conditions, la légitimité morale est élevée si l'on se limite juste aux interactions entre le personnel clinique. En revanche, lorsque dans la communication les interactions incluent les acteurs hors du centre hospitalier, cette légitimité est au niveau moyen. Le DAL peut essayer « d'étendre » sa légitimité morale selon Tilling (2004) en étant proactif en démontrant par exemple des comportements écoresponsables qui seront communiqués de façon transparente au reste de l'organisation.

La **légitimité cognitive** se traduit par la perception des responsables des unités de soins quant à la connaissance du personnel du DAL des normes, règlements et lois de l'environnement hospitalier ainsi que de leurs habiletés à les mettre à profit dans le processus de création de la valeur.

Les propos des participants font allusion :

- Au respect des normes
- Aux propositions sur les types de fournisseurs
- Aux nouvelles pratiques dans la gestion des stocks (déterminer les nouvelles valeurs critiques)

Pour la reconnaissance de la maîtrise du DAL de l'environnement hospitalier, le personnel clinique déclare :

« [...] (Le DAL) est positionné stratégiquement, car il s'assure du respect des lois et normes en vigueur et des ententes avec le centre d'acquisitions gouvernementales (CAG)... Dans notre mode de fonctionnement actuel, nous avons une rencontre hebdomadaire avec le personnel du DAL, un consultant pour discuter entre autres des ruptures de stock et des produits alternatifs. Il y a plus de proactivité du département avec des avis d'information automatisés concernant les produits critiques ». (Responsable clinique 2 – CH1).

« Le personnel du département dispose de l'expertise nécessaire pour supporter et guider mon équipe, par exemple, dans le choix des codes correspondant aux articles (utilisation du système des approvisionnements) ... Les fournisseurs qu'il (DAL) nous propose sont familiers avec les produits spécifiques de mon unité ». (Responsable clinique 3 – CH1).

Tableau 10 : Synthèse des informations recueillies auprès des responsables des unités de l'hôpital 1 sur la légitimité cognitive du DAL

Principales catégories	Moyenne avant pandémie	Moyenne après pandémie
Connaissances, compréhension des besoins du secteur de la santé et respect des normes	3	3.1
Expertise	3	3

La légitimité cognitive interne est restée élevée dans l'ensemble aussi bien chez le responsable du DAL que chez les responsables des unités de soins. Selon la stratégie de Suchman (1995), le DAL « maintient » sa légitimité cognitive, car il maîtrise le fonctionnement de l'environnement hospitalier en général, et de manière plus spécifique les unités de soins. Ses actions restent conformes aux normes établies.

Au regard des discussions menées avec les participants de l'hôpital 1, il ressort de cela que la pandémie a été un moment d'apprentissage et de compréhension des enjeux du DAL surtout pour le personnel clinique. La majorité des expressions utilisées sont de connotation positive et on reconnaît au personnel du magasin central et des équipes d'approvisionnement le dévouement, le professionnalisme et l'expertise nécessaires. Les actions des gestionnaires axées sur l'expertise et une bonne formation du personnel ont facilité l'extension de la légitimité, car les gestionnaires sont régulièrement consultés par la haute direction dans la prise des décisions stratégiques de l'hôpital. En revanche, les facteurs liés aux systèmes d'information non intégrés de tous les acteurs de la chaîne logistique et le manque de visibilité des coûts sur la plateforme pour passer les commandes ébranlent dans l'ensemble la légitimité interne du DAL.

4.2 Brève présentation de l'hôpital 2 et de son DAL

L'hôpital 2 est un établissement de santé offrant des soins et services centrés sur la personne. Le DAL est rattaché aux finances sous la direction du VP Finances et est au niveau hiérarchique 2. On y retrouve deux gestionnaires distincts : un responsable des approvisionnements qui s'occupe des acquisitions, du magasin central, du réapprovisionnement. L'autre gestionnaire est chargé des activités de logistique et de buanderie. L'ancienneté du personnel est comprise entre 11 et 2 ans. Pour les activités essentiellement opérationnelles, le niveau de qualification scolaire n'est pas très élevé (secondaire 5). Pour les rôles stratégiques, postes « senior », gestion des projets, rédaction et négociation des contrats, analyses financières, les responsables détiennent un baccalauréat ou une maîtrise.

Niveau de légitimité du DAL de l'hôpital 2

Tout comme pour l'hôpital 2, nous nous sommes basés sur les propos des participants pour identifier le niveau de reconnaissance et d'acceptation par les autres fonctions de l'existence du DAL dans les établissements de santé en prenant en considération la pandémie. Nous allons effectuer une analyse des différents propos en fonction des trois dimensions de la légitimité : pragmatique, morale et cognitive.

4.2.1 Perception du gestionnaire du DAL

Nous avons échangé uniquement avec le responsable des approvisionnements de l'hôpital. Dans l'ensemble, le responsable estime que le département était déjà connu, mais la pandémie les a mis sous le feu des projecteurs.

Celui-ci souligne : « *Le personnel clinique n'avait pas une meilleure compréhension des besoins et enjeux du département (les attentes versus les capacités). Ils n'avaient pas connaissance des réalités et pensaient que certains manquements étaient liés à l'incompétence du personnel de mon équipe. Nous avons une visibilité limitée au sein de l'hôpital* ».

La **légitimité pragmatique** découle de la justification de l'existence du DAL par des résultats concrets devant la haute direction et le personnel clinique.

Dans la perspective du gestionnaire, le DAL jouit d'un niveau élevé de légitimité pragmatique. Dans ses propos, il fait référence aux résultats concrets portant sur :

- La réduction des ruptures d'inventaires
- La mise en place d'une communication rapprochée avec le personnel clinique

C'est dans ce cadre que le gestionnaire du département déclare :

« Avant la pandémie, nous avions environ 50 lignes de commandes de produits en attente chez les fournisseurs. Durant la pandémie, nous étions à plus de 350 lignes et maintenant nous sommes autour de 200 ».

En faisant référence aux initiatives mises en place pour de meilleurs résultats, il souligne :

« Nous avons développé des rencontres fréquentes avec les fournisseurs pour une meilleure adaptation. Nous avons aussi constaté plus d'implication des acteurs cliniques. Nous voulons recruter et former de bonnes personnes, il n'est pas facile de trouver des personnes qui ont une bonne compréhension du secteur. Nous essayons de nous améliorer en faisant la démonstration (aux acteurs internes) des économies qui peuvent être faites ».

Tableau 11 : Synthèse des informations recueillies auprès du gestionnaire des approvisionnements de l'hôpital 2 sur la légitimité pragmatique

Principales activités DAL	Moyenne avant pandémie	Moyenne après pandémie
Réduction des lignes de commandes en souffrance	3	3.5
Interactions directes avec les autres départements	3	3.5

De nouvelles stratégies ont été mises en place pour diminuer les ruptures d'inventaires afin de continuer à assurer la disponibilité des produits dans les unités de soins.

La **légitimité morale** est justifiée par le fait de faire la bonne chose, de prendre les bonnes actions selon les principes moraux et non selon les lois économiques particulières.

Le gestionnaire loue l'intégrité et l'éthique du personnel de son équipe. Le département jouit d'une légitimité morale élevée, car le personnel vise à garantir la sécurité du personnel et des patients en assurant des réapprovisionnements adéquats.

La **légitimité cognitive** découle de la maîtrise par le personnel du DAL des normes, règlements et lois de l'environnement hospitalier ainsi que de leurs habiletés à les mettre à profit dans le processus de création de la valeur.

Le responsable fait référence à l'expertise ainsi qu'à la compréhension du fonctionnement du secteur de la santé qui sont des atouts majeurs pour que le département soit performant. La légitimité cognitive est restée élevée mais le responsable recherche toujours des voies d'améliorations.

Le gestionnaire déclare à cet effet : « *Il est difficile de recruter car il existe peu de formations spécialisées dans ce secteur. Il y a beaucoup de réglementations car nous dépendons des fonds publics d'où l'obligation une gestion équitable et de transparente* ».

Il poursuit en précisant : « *Nous devons trouver des voies et moyens de travailler efficacement avec le même nombre de ressources. Nous avons développé une approche communicationnelle rapprochée auprès des acteurs cliniques, en faisant une démonstration des recherches faites, nous recherchions l'input des autres acteurs pour obtenir leur support. Nous étions assistés par des spécialistes, des éducateurs cliniques* ».

Tableau 12 : Synthèse des informations recueillies auprès du gestionnaire des approvisionnements de l'hôpital 2 sur la légitimité cognitive

Principales catégories	Moyenne avant pandémie	Moyenne après pandémie
Expertise	3	3
Connaissance des lois, règlements du secteur de la santé	3	3

4.2.2 Perception des acteurs hors du département

Dans cette catégorie, les propos proviennent du responsable des ressources financières ainsi que des responsables des unités cliniques.

Responsable des ressources financières

La **légitimité pragmatique** repose sur la perception des actions et pratiques concrètes du DAL dans l'atteinte des objectifs des unités de soins et de la performance de l'hôpital.

Les propos du gestionnaire reposent sur la maîtrise des coûts de transactions, des inventaires par le DAL.

Concernant la réduction des coûts, il affirme :

« Il y a une forte collaboration entre les acteurs pour la maîtrise et l'optimisation des coûts de transaction. Ce service (DAL) doit être plus impliqué au niveau stratégique, notre structure actuelle est beaucoup plus bureaucratique et nous sommes limités par les systèmes et processus. Il ne faut plus tout centraliser, il faut plus de pouvoir de délégation et une automation des processus ».

Quant à la gestion des stocks, il déclare :

« Lors de la pandémie, ils (DAL) ont beaucoup participé dans la revue des inventaires qui devait être faite très fréquemment. Nos processus sont très manuels et pas beaucoup automatisés, ce qui a constitué un véritable défi. Dans les rapports que nous recevions, il y avait beaucoup d'exception et d'informations manquantes. Il est nécessaire de régler

toutes ces anomalies et avec la nouvelle gestionnaire qui a été promue en interne, l'objectif sera d'appliquer les bonnes pratiques ».

Responsables des unités cliniques

Les propos des participants reposent essentiellement sur :

- Le réapprovisionnement efficace
- L'implémentation des bonnes pratiques d'utilisation d'espace
- La communication sur le suivi des commandes

Pour les aspects liés à la perception de l'efficacité du DAL à travers le magasin pour le réapprovisionnement ainsi que la communication, les participants déclarent :

« C'est (DAL) une fonction support de l'hôpital et ce département nous assiste énormément dans nos différentes tâches. Nous sommes réapprovisionnés par le personnel du magasin central en temps et en heure. Pour les besoins urgents, nous n'avons pas de souci pour avoir une personne du magasin. Avant la pandémie, on avait beaucoup de problèmes de suivi de commandes avec la plateforme que nous utilisons (GHX). Ça fait quelques mois que nous utilisons une nouvelle plateforme (tradogram) pour passer les commandes et c'est beaucoup mieux maintenant. Son personnel a une bonne compréhension des besoins généraux de mon unité. Par contre, pour tout achat des équipements spécialisés (fauteuils gériatriques difficiles à remplacer), mon équipe ou moi, nous devons leur fournir le maximum d'informations sur le type de fauteuil recherché sinon, il y aura beaucoup d'échange par courriel. Parfois, je peux magasiner et trouver certains produits ailleurs chez un autre fournisseur à meilleurs coûts mais avec les contraintes contractuelles, il m'est difficile de faire certaines économies ou de me diriger vers d'autres contrats ». (Responsable clinique 1 – CH2).

« Après avoir passé une commande, des fois après un certain moment lorsque je ne reçois pas ma commande je les contacte. Parfois, c'est le fournisseur qui a augmenté les délais de livraison. Mais c'est toujours moi qui fais le premier pas. Je ne sais pas s'il y a un

moyen avec le nouveau système de m'alerter s'il y a des changements venant du fournisseur. Ce serait aussi bien s'il pouvait faire des études de marché et nous proposer des options sur des produits avec des meilleurs coûts ». (Responsable clinique 2 – CH2).

Par ailleurs, les participants ont aussi souligné l'utilité perçue du DAL dans la communication avec les fournisseurs ainsi que la bonne utilisation des espaces :

« Le véritable problème est la plateforme que nous utilisons pour l'achat des équipements majeurs. Il nous est difficile d'avoir un suivi, une traçabilité et la date de livraison ... Dans 75% de cas, c'est moi qui les contacte toujours pour avoir les informations sur une commande que j'ai passée dès que je me rends compte que ça fait déjà un moment. Je souhaiterais qu'ils fassent du benchmarking, qu'ils nous proposent les options présentes pour les produits ». (Responsable clinique 3 – CH2).

« Il (DAL) a un rôle essentiel à jouer dans l'hôpital. J'ai deux sites sous ma responsabilité et la pandémie nous a permis de comprendre la réalité de ce département, les enjeux auxquels il fait face. Dans les deux sites, le réapprovisionnement fonctionne très bien. C'est vrai que nous étions focalisés sur les ÉPI mais dans mon unité, nous avons annulé certaines interventions chirurgicales car il manquait des plateaux. J'ai reçu des appels de X (nom du personnel du DAL) pour transformer des salles d'opération annulées en espaces pour accueillir certains patients. Le véritable problème est la plateforme que nous utilisons pour l'achat des équipements majeurs. Il nous est difficile d'avoir un suivi, une traçabilité et la date de livraison ». (Responsable clinique 4 – CH2).

Tableau 13 : Synthèse des informations recueillies auprès du personnel hors du DAL de l'hôpital 2 sur la légitimité pragmatique

Principales activités du DAL	Moyenne avant pandémie	Moyenne après pandémie
Ressources financières		
Maitrise des couts, réduction gaspillage		2.5
Responsables unités cliniques		
Communication (suivi des commandes)	2.2	2.2
Utilisation espace	2.5	2.5

En nous basant sur les propos des participants, le DAL jouit d'une légitimité pragmatique interne moyenne. Le DAL peut « étendre » sa légitimité pragmatique interne en prenant pour référence les étapes de la légitimité de Tilling (2004). Ce département doit s'impliquer davantage auprès des parties prenantes internes, notamment le personnel clinique afin de leur démontrer l'étendue de leurs compétences pour atteindre de meilleurs résultats. Les acteurs cliniques ne sont pas satisfaits concernant leurs attentes sur la réduction des coûts. Ceci est dû au système d'information qui n'offrait pas de visibilité sur les coûts et les délais de fournisseurs. Le DAL a maintenant mis en place de nouvelles stratégies pour diminuer les ruptures d'inventaires afin de continuer à réapprovisionner les unités cliniques. La haute direction, particulièrement, les ressources financières sont conscientes de cette situation et les nouvelles initiatives sont dans la formalisation des processus et systèmes plus souples pour la maitrise des coûts.

La **légitimité morale** résulte de la perception des responsables des unités de soins sur la capacité du DAL à faire la bonne chose, à prendre les bonnes actions selon les principes moraux et non selon les lois économiques particulières.

Les responsables des ressources financières et des unités cliniques reconnaissent l'intégrité, l'éthique et le dévouement du personnel du DAL. De ce fait, ils leur attribuent la note maximale concernant ces aspects. Par ailleurs, le DAL n'a pas encore mis en place

les pratiques de développement durable mais c'est en projet. Toutefois, certains propos ont été mentionnés et que l'on pourrait associer à la légitimité morale.

« Au pic de la pandémie, il y a eu une bonne coordination de nos efforts pour échanger sur les produits que nous avons en réserve. Il y a eu des problèmes de manque de personnel mais même avec leur effectif restreint, nous étions toujours bien supportés dans les unités. Nous étions informés sur toutes les décisions à temps. Il n'y a pas eu de gros changements dans les pratiques ». (Responsable clinique 1 – CH2).

« Le système que nous avons pour passer les commandes est nouveau et beaucoup plus facile. L'inconvénient pour moi pour l'instant est que je n'ai pas de visibilité sur mes coûts. Je n'ai pas accès à toute l'information ». (Responsable clinique 2 – CH2).

« Le système d'inventaire automatisé fonctionne bien. La plateforme que nous utilisons pour passer nos commandes ne nous donne pas de visibilité et de détails sur toutes les catégories. C'est toujours à nous de les relancer et ceci peut être amélioré ». (Responsable clinique 3 – CH2).

Les participants sont unanimes que les actions du personnel du DAL ont toujours été transparentes et le personnel est décrit comme étant intègre. En général, les interactions avec les autres fonctions sont bonnes, mais le personnel clinique s'attend à plus de proactivité dans la communication du DAL. Dans ces conditions, en nous appuyant essentiellement sur les aspects ayant trait à la transparence, l'intégrité du DAL, la légitimité morale interne reste au niveau élevé.

La **légitimité cognitive** repose sur la perception des responsables des ressources financières et des unités de soins quant à la maîtrise par le personnel du DAL des normes, règlements et lois de l'environnement hospitalier ainsi que de leurs habiletés à les mettre à profit dans le processus de création de la valeur.

Les propos des participants portent sur :

- La connaissance des fournisseurs dans cet environnement régulé

- L'expertise du personnel DAL
- La connaissance des produits alternatifs

Responsable des ressources financières

Concernant l'expertise du DAL dans la recherche des produits alternatifs, ainsi que du renforcement des relations avec les fournisseurs, le gestionnaire des finances souligne :

« Durant la pandémie, ils nous ont énormément aidés à trouver des alternatives aux produits critiques, ils ont implémenté les négociations avec les nouveaux fournisseurs dans le respect des ententes régionales et contractuelles, ils ont beaucoup participé dans la revue des inventaires qui devait être faite très fréquemment ».

« Il n'y a pas eu des changements significatifs dans nos pratiques mais il y a eu amélioration de collaboration du côté externe avec les fournisseurs. Nous avons un comité de validation interne et le processus d'approbation est complexe et contraignant. Une seule personne revoit les contrats et ceci constitue une limitation. Nous sommes une structure publique et le personnel s'assure d'avoir toutes les informations nécessaires au niveau des contrats. Ils (DAL) sont très professionnels, ils ont cette capacité à mettre à profit leur expertise au-delà des contraintes réglementaires ».

Responsables des unités cliniques

Les participants ont reconnu au DAL sa connaissance et sa maîtrise de l'environnement hospitalier. Ils affirment à ce sujet :

« Nous sommes très bien assistés par les Approvisionnements (DAL), nous ne manquons pas de ce qui est essentiel, le système des doubles casiers fonctionne efficacement. Lorsqu'il y a des ruptures d'inventaires, ils nous proposent toujours des alternatives et ils ont une très bonne connaissance des fournisseurs. Ils ont l'expertise nécessaire pour comprendre les besoins généraux de mon unité, mais pour nos équipements spécialisés, ils ont plus quelques difficultés » (Responsable clinique 1 – CH2).

« Une chose qui est bien est aussi que durant la pandémie, ils ont créé des partenariats avec des entreprises locales (partenariat avec l'université de la ville) pour trouver des fournisseurs de certains produits essentiels. Ceci a permis que les unités ne manquent de rien et que les malades et le personnel soignant soient en sécurité ». (Responsable clinique 5 – CH2).

Tableau 14 : Synthèse des informations recueillies auprès du personnel hors du DAL de l'hôpital 2 sur la légitimité cognitive

Principales activités du DAL	Moyenne avant pandémie	Moyenne après pandémie
Expertise		
Recherche : produits alternatifs, nouveaux fournisseurs	2.5	3.1

Selon le discours des participants, l'expertise et les compétences du personnel du DAL ont constitué un atout majeur dans la lutte contre la pandémie. Les ressources financières, le personnel clinique n'ont que des propos élogieux à l'endroit du département pour sa compréhension des normes et règlements qui encadrent le réseau de la santé. La légitimité cognitive interne est élevée.

Dans l'ensemble, la pandémie a permis de comprendre au personnel hospitalier que certains manquements n'étaient pas nécessairement liés à l'incompétence du personnel du DAL, mais ils provenaient de l'environnement externe. Le DAL, en étant transparent sur son plan d'action ainsi que ses initiatives, ce département a renforcé et maintenu la confiance du personnel clinique. La pandémie a permis aux Approvisionnements de démontrer l'étendue de leur expertise dans la recherche de nouveaux partenariats avec les fournisseurs afin de continuer à assurer la disponibilité des produits. De telles actions ont aidé dans la justification de l'existence et de l'importance du département dans la lutte contre les crises sanitaires.

Récapitulatif :

Il ressort des informations recueillies auprès des gestionnaires du DAL, du personnel clinicien et de la haute direction, que ce département jouit d'un niveau de légitimité élevé dans les deux hôpitaux.

En effet, ce département est accepté et reconnu au sein de l'hôpital. Cette reconnaissance se reflète par la position hiérarchique du gestionnaire dans l'organigramme, son implication et sa participation aux décisions stratégiques ce qui témoigne que la contribution du département est valorisée. Ses gestionnaires reportent directement à la haute direction et font partie du comité de direction dont la responsabilité principale est celle de prendre des décisions stratégiques de l'hôpital. Cette visibilité dans l'organigramme démontre que la légitimité du département au sein de l'hôpital et comme l'affirment Knoppen et Sáenz (2015), une position supérieure dans l'organisation impliquerait une reconnaissance de la fonction à une position égale aux autres fonctions auprès de la haute direction.

Par ailleurs, les gestionnaires ont démontré les différentes facettes de la contribution de leur département en apportant des solutions dans la lutte contre la crise sanitaire. Dans les deux hôpitaux, ils se sont appuyés sur les compétences et l'expertise de leur personnel pour assurer un approvisionnement continu en matériel médical essentiel, et aussi pour coordonner les différentes activités. Les aspects liés à la création des partenariats avec les universités, les entreprises locales pour augmenter la production du matériel médical ainsi les pratiques de collaboration et de partage d'informations pour surveiller le niveau de stock par exemple ont permis de renforcer la confiance et la crédibilité du département. De ce fait, la légitimité du département se manifeste par la capacité du département à remplir ses responsabilités durant les périodes de crise en répondant aux besoins et attentes de son auditoire.

Selon la perspective des parties prenantes hors du DAL, ce département est capable de démontrer son efficacité opérationnelle en assurant des réapprovisionnements en temps opportuns, de démontrer des initiatives efficaces dans la gestion des inventaires,

l'utilisation des espaces d'entreposage ainsi que la maîtrise des coûts. Ces différents aspects permettent d'améliorer l'image du département auprès des autres fonctions.

En effet, le DAL de l'hôpital 1 performe mieux au niveau de la légitimité pragmatique par rapport à l'hôpital 2. Cela s'explique par le fait qu'avant la pandémie, le DAL de l'hôpital avait procédé à une amélioration de leurs procédés et systèmes d'informations. Ces initiatives ont favorisé la fluidité dans le partage de l'information durant la crise sanitaire. En revanche, dans l'hôpital 2 les systèmes étaient plus rigides ce qui affaiblit le DAL dans ses interactions et son partage d'information avec les parties prenantes durant la pandémie. La haute direction et le gestionnaire du DAL étant conscients de la situation ont mis en place un système d'information intégré pour permettre une accessibilité et une visibilité en temps réel des données logistiques et cliniques. Nous voyons ainsi que la légitimité du DAL passe par sa contribution à travers son efficacité opérationnelle, sa capacité à répondre aux attentes de son auditoire. Une gestion efficace des stocks pour éviter les ruptures et les excès, tout en assurant la disponibilité des fournitures au bon endroit et au moment opportun renforcent la légitimité du DAL auprès du personnel clinique.

Concernant la légitimité morale, son niveau est élevé pour les deux hôpitaux. Au pic de la pandémie, le personnel du DAL de chaque hôpital a démontré son dévouement, des valeurs éthiques très fortes et ceci a été apprécié par le personnel clinique. La capacité à répondre rapidement aux besoins urgents a démontré la réactivité et la flexibilité du système logistique de chaque hôpital. Par ailleurs, les gestionnaires du DAL s'assurent de la disponibilité de son personnel pour guider et former le personnel clinique sur les processus logistiques (utilisation des systèmes de commande) ceci dans le but d'assurer une meilleure compréhension et coopération. En étant transparent sur ses activités et en assumant la responsabilité de ses actions, chaque DAL a pu renforcer sa confiance et le respect auprès des acteurs internes et cela a été bien perçu.

Quant à la légitimité cognitive, les deux départements jouissent d'une légitimité élevée au sein des deux hôpitaux. Cela s'explique principalement par l'expertise du personnel du DAL et sa connaissance des normes régulant le secteur de la santé. Chaque DAL contribue

à la performance de l'hôpital dans la qualité des soins offerts et cela se démontre par le respect des normes de sécurité et de conformité dans la gestion des équipements médicaux. En intégrant les meilleures pratiques reconnues et en se conformant aux standards du secteur de la santé, le DAL est perçu comme un acteur indispensable au sein de l'établissement hospitalier.

Au regard de la littérature, une entité est légitime lorsque ses actions sont perçues comme étant souhaitables et appropriées. Cela revient donc à dire que les activités du DAL sont conformes aux attentes des parties prenantes, il partage ainsi des valeurs communes avec le personnel hospitalier. Cette perception implique que le personnel clinique fait partie du DAL dans la mesure où ils fonctionnent ensemble pour atteindre des résultats communs. Par conséquent, la légitimité du DAL renforce la notion que ce département fait partie de l'établissement hospitalier et induit l'adhésion du personnel clinique aux activités du DAL. Cette analyse nous a permis de comprendre que l'importance, la contribution du DAL dépend de l'implication du personnel clinique et de la haute direction. Cette implication demeure essentielle pour maintenir la légitimité car elle repose sur une collaboration étroite, une communication ouverte et une participation active dans la gestion des processus logistiques. Tout au long de la pandémie et même après, le DAL organise des rencontres régulières entre les équipes logistiques et cliniques pour discuter des besoins et défis afin de trouver des solutions. Ceci permet d'avoir l'input de tout le monde témoignant ainsi leur engagement.

4.3 Discussion des résultats de notre étude

Les résultats issus de notre recherche nous ont permis de faire différents constats. La perception de la légitimité du DAL repose dépend de la capacité du département à développer des actions désirables et à communiquer sa contribution à la performance de l'hôpital aux différentes parties prenantes. La légitimité interne du DAL est renforcée au sein de l'établissement hospitalier lorsque le département justifie sa contribution à la performance de l'hôpital et satisfait aux besoins, attentes du personnel hospitalier. Autrement dit, pour que le personnel clinicien et la haute direction perçoivent le DAL comme légitime, le département doit être capable de développer des actions désirables, et de communiquer aux parties prenantes sa contribution à la performance de l'hôpital. En

effet, la désirabilité des actions et la communication sont des éléments fondamentaux des responsabilités d'un département. Les actions désirables du DAL résident dans la manière dont ses actions contribuent à l'accomplissement des missions et objectifs qui lui ont été assignés. Les responsabilités du DAL sont définies par les objectifs et les attentes fixés par l'hôpital. Le DAL peut gagner en légitimité au sein de l'hôpital en étant responsable des demandes et des attentes à son endroit et en rendant compte de ce qu'il fait.

Notre étude démontre aussi que la collaboration et le partage des connaissances entre le DAL et les unités cliniques sont des facteurs importants dans l'amélioration du niveau de service. Lorsque les deux équipes travaillent de manière harmonieuse et coordonnée, elles peuvent partager des connaissances, ressources et compétences ce qui contribue à une prestation de service plus efficace et efficiente. La collaboration fait référence à la coopération entre les membres du DAL et des différentes unités cliniques. Elle reflète la reconnaissance par les unités de leur interdépendance stratégique et leur besoin de coopérer dans l'intérêt de l'organisation. La volonté de collaborer est donc fondée sur la présence d'intérêts communs entre les acteurs, reposant sur un climat de confiance et suppose un engagement mutuel. Quant au partage des connaissances, il fait référence à la diffusion et l'échange des connaissances. Ces bonnes pratiques sont des leviers puissants pour un meilleur niveau de service. Le DAL en démontrant son expertise et sa maîtrise des normes encadrant l'environnement hospitalier, ceci attire naturellement les chaînes cliniques à vouloir collaborer et échanger pour bénéficier de cette fiabilité et contribuer à l'atteinte des objectifs communs.

Notre étude est juste basée sur les résultats issus de deux hôpitaux. Pour une étude à grande échelle, nous formulons les propositions qui pourraient être examinées sur la légitimité interne du DAL en lien avec ses responsabilités et ses interactions avec les autres départements.

- Responsabilités du DAL et légitimité interne

La légitimité interne du DAL implique que le département partage les mêmes valeurs avec son auditoire, et qu'ensemble ils fonctionnent pour atteindre les objectifs communs. En effet, les équipes cliniques ainsi que la haute direction ont des attentes précises envers le

DAL. De ce fait pour démontrer sa valeur, le DAL a l'obligation de répondre à leurs attentes et besoins. En le faisant, il renforce sa légitimité car ses activités sont désirables et il en est le responsable.

P1 : Plus les responsabilités du DAL augmentent au sein de l'hôpital, plus sa légitimité augmente

- **Volonté de collaborer, de partager les connaissances et légitimité interne**

Par ailleurs, notre étude démontre que les deux hôpitaux jouissent d'une légitimité cognitive élevée. Durant la pandémie, l'expertise démontrée par le DAL ainsi que sa maîtrise des lois encadrant l'environnement hospitalier ont été des facteurs qui ont encouragé le personnel clinicien à collaborer et à apporter leur input lors des échanges pour que l'hôpital continue à offrir de meilleurs services.

P2 : Plus la légitimité du DAL augmente, plus le personnel clinique veut collaborer avec le DAL

P3 : Plus la légitimité du DAL augmente, plus le personnel clinique veut partager les connaissances avec le DAL

Chapitre 5

Conclusion

L'objectif de notre recherche est d'analyser l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur la légitimité de la logistique hospitalière. Pour ce faire, nous avons procédé à une étude de cas de deux hôpitaux canadiens qui ont accepté de participer au projet. L'analyse des résultats issus de la collecte des données nous a permis de répondre à notre principale question de recherche qui est celle de savoir : Comment la pandémie de la COVID-19 a-t-elle affecté la légitimité interne du département d'approvisionnement et logistique dans les centres hospitaliers ? Pour répondre à cette question, nous avons démontré que la légitimité repose sur la contribution du département à la performance de l'établissement ; mais aussi sur le niveau hiérarchique du gestionnaire dans l'organigramme de l'hôpital. Aussi, nous avons mis en évidence les trois dimensions (pragmatique, morale, cognitive) de la légitimité et les effets de la pandémie sur ces dimensions. Notre analyse nous a montré que la pandémie a permis de mettre en lumière l'importance et le rôle crucial du DAL dans les hôpitaux. La capacité de ce département à répondre efficacement et rapidement aux défis de la crise a renforcé sa légitimité et a aussi permis d'accroître la reconnaissance de son importance stratégique auprès du personnel clinique.

En effet, la pandémie a eu un impact significatif sur la logistique hospitalière car en période de crise, lorsque les ressources deviennent rares, une importance particulière est accordée aux entités qui permettent un accès à ces ressources. Nous avons constaté dans l'ensemble que la pandémie a été une circonstance opportune pour le personnel clinique d'avoir une meilleure compréhension des enjeux et défis du DAL dans les deux hôpitaux. Les aspects du DAL liés à l'efficacité opérationnelle, le dévouement du personnel, la connaissance des réglementations et normes en vigueur du réseau de la santé ainsi que les interactions avec les autres services cliniques ont permis au département de gagner en reconnaissance et crédibilité.

Cette recherche nous a permis de contribuer à l'exploration de la légitimité de la logistique hospitalière à la suite d'une perturbation. Nous avons constaté que pour survivre et continuer à se développer, le DAL s'est très vite adapté au nouvel environnement. Les

gestionnaires du département ont été capables de réagir rapidement face à la crise sanitaire en créant un espace favorable indispensable leur permettant :

- De mettre en avant la légitimité pragmatique et cognitive (1) en démontrant l'utilité pratique et la contribution du département au bon fonctionnement de l'hôpital,
- D'exploiter par des actions la légitimité morale (2) en élargissant son périmètre d'activités afin de supporter les équipes cliniques.

Dans l'ensemble, l'adaptation rapide du DAL au nouvel environnement ainsi que les modifications des pratiques existantes ont contribué à transformer la perception du personnel hospitalier. De plus, il apparaît que ces dimensions de la légitimité favorisent de meilleures relations interfonctionnelles, car elles influencent la collaboration et le partage d'information entre le DAL et les fonctions de l'hôpital. À cet égard, nous avons formulé des propositions qui devraient permettre d'étendre notre étude et de généraliser nos résultats.

Cela dit, sur le plan managérial, cette recherche fournit aux gestionnaires des connaissances sur les leviers à actionner pour améliorer la légitimité de leur département auprès de l'audience interne. Il est indispensable pour un gestionnaire de renforcer la légitimité de son département au sein du centre hospitalier pour obtenir du respect, l'engagement et l'implication du personnel clinique.

Notre étude comporte deux principales limites : le nombre très faible de cas et le nombre très faible de répondants. Nous n'avons pu échanger qu'avec deux hôpitaux et ce nombre restreint de cas peut rendre la généralisation des résultats difficile à une population plus large. De même, avec le faible nombre de répondants dans chaque hôpital, les résultats observés ne reflètent pas de manière précise les tendances et ne sont par conséquent pas généralisables. En partant de ces limites, il serait intéressant de faire cette étude auprès de plusieurs hôpitaux avec un nombre diversifié de participants. Une étude avec un grand nombre peut offrir une perspective plus riche et une meilleure généralisation des résultats.

Aussi, il serait intéressant d'explorer dans de futures recherches le lien entre les responsabilités, la communication du DAL et sa légitimité.

Bibliographie

Allard, Pierre (2007). « La logistique en milieu hospitalier », *Stratégie logistique*, no 98 septembre, p. 42.

Almond, Gabriel (1977). « Rational legitimacy: a theory of political support. by ronald Rogowski », *American Political Science Review*, vol. 71, no 1, p. 330–332.

Araujo, Renato, June Marques, Luciana Paula Reis et Beaulieu Martin (2023). « Purchasing challenges in times of COVID-19: Resilience practices to mitigate disruptions in the health-care supply chain », *Journal of Global Operations and Strategic Sourcing*, vol. 16, no 2, p. 368-396.

Atkinson, Christopher, Clifford McCue, Eric Prier et Allison Atkinson (2020): « Supply Chain Manipulation, Misrepresentation, and Magical Thinking During the COVID-19 pandemic », *American Review of Public Administration*, vol. 50, no 6-7, p. 628-634.

Barlow, Rick (2013). « Supply chain of command hooks into c-suite», *Healthcare Purchasing News*, vol. 37, no 7, p. 12–14.

Beaulieu, Martin et Jacques Roy (2015) : « Benchmarking de la gestion des achats et des stocks en milieu hospitalier : une démarche canadienne », *Logistique & Management*, vol. 23, no3, p. 17–27.

Beaulieu, Martin et Omar Bentahar (2021). « Digitalization of the healthcare supply chain: a roadmap to generate benefits and effectively support healthcare delivery », *Technological Forecasting and Social Change*, vol. 167, p. 120717.

Belanger, Valérie, Martin Cousineau, Anne Snowdon et Martin Beaulieu (2022). « Le niveau de maturité digitale de la chaîne logistique interne des établissements de santé de la province de Québec : une étude exploratoire », *Management & Avenir Santé*, vol. 9, no 1, p. 81-104.

Bitektine, Alex (2011). «Toward a theory of social judgments of organizations: the case of legitimacy, reputation, and status », *Academy of Management Review*, vol. 36, no 1, p. 151–179.

Bloom, Harold et Nardone James (1984): « Organizational Level of the Purchasing Function », *Journal of Purchasing and Materials Management*, vol. 20, no 2, p. 14-17.

Bohmer, Richard, Gary Pisano, Raffaella Sadun et Thomas Tsai (2020, 03 avril). « How Hospitals Can Manage Supply Shortages as Demand Surges », *Havard Business Review*, section Operations Strategy.

Callender, Carlos et Scott Grasman (2010). « Barriers and Best Practices for Material Management in the Healthcare Sector », *Engineering Management Journal*, vol. 22, no 4, p. 11 – 19.

Carter, Joseph et Ram Narasimhan (1996). « Is purchasing really strategic? », *International Journal of Purchasing and Materials Management*, vol. 32, no 1, p. 20-28.

Cavinato, Joseph (1987). « Purchasing performance: What makes the magic? », *Journal of Purchasing & Materials Management*, vol. 23, no 3, p. 10-16.

Chen, Injazz et Paulraj, Anthony (2004): «Towards a theory of supply chain management: the constructs and measurements », *Journal of Operations Management*, vol. 22, no 2, p. 119–150.

Chen, Injazz, Anthony Paulraj et Augustine Lado (2004): « Strategic purchasing, supply management, and firm performance», *Journal of Operations Management*, vol. 22, no 5, p. 505-523.

Christopher, Martin (1998): *Logistics and Supply Chain Management*, London, Prentice Hall.

Cousins, Paul, Benn Lawson et Brian Squire (2006): « An empirical taxonomy of purchasing functions», *International Journal of Operations & Production Management*, vol. 26, no 7, p. 775-794.

Dasaklis, Thomas, Costas Pappis et Nikolaos Rachaniotis (2012). « Epidemics control and logistics operations: A review », *International Journal of Production Economics*, vol. 139, no 2, p. 393 – 410.

Dyer, Jeffrey et Chu Wujin (2003). « The role of trustworthiness in reducing transaction costs and improving performance: empirical evidence from the United States, Japan and Korea », *Organization Science*, vol. 14, p. 57–68.

Eisenhardt, Kathleen (1989). « Building Theories from Case Study Research », *Academy of Management Review*, vol. 14, no.4, p. 532-550.

Eisenhardt, Kathleen et Claudia Schoonhoven (1996). « Resource-based view of strategic alliance formation: Strategic and social effects in entrepreneurial firms », *Organization Science*, vol. 7, no 2, p. 136-150.

Fabbe-Costes, Nathalie et Romeyer Cécile (2004). « La traçabilité des activités de soins par les systèmes d'information hospitaliers : état des lieux », *Logistique & Management*, vol. 12, Issue 1, p. 119–133.

Fibuch, Eugene et Ahmed Arif (2015). « Health Care's supply chain: Issues to consider », *Physician Leadership Journal*, vol. 2, no 6, p. 26 – 30.

Fortin, Marie-Fabienne et Johanne Gagnon (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*, Montréal, Chenelière Éducation.

Friday, Derek, David Savage, Steven Melnyk, Norma Harrison, Suzanne Ryan et Heidi Wechtler (2021). « A collaborative approach to maintaining optimal inventory and mitigating stockout risks during a pandemic: Capabilities for enabling health-care supply chain resilience», *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, vol. 11, no 2, p. 248-271.

Goebel, Daniel, Greg Marshall et William Locander (2003). « Enhancing purchasing's strategic reputation: evidence and recommendations for future research », *The Journal of Supply Chain Management*, vol. 39, no 1, p. 4–14.

Graham, Francia et Jacky Holloway (2007). « What have we learned? themes from the literature on best-practice benchmarking », *International Journal of Management Reviews*, vol. 9, no 3, p. 171–189.

Gray, Peter et Meister Darren (2004). « Knowledge sourcing effectiveness », *Management Science*, vol. 50, no 6, p. 821–834.

Holt, Gary (2014). « Asking questions, analysing answers: Relative importance revisited », *Construction Innovation*, vol. 14, no 1, p. 2-16.

Hybels, Ralph (1995). « On Legitimacy, Legitimation, and Organizations: A Critical Review and Integrative Theoretical Model », *Academy of Management. Best Papers Proceedings*, p. 241-245.

Imran, Ali et Kannan Devika (2022). « Mapping research on healthcare operations and supply chain management: A topic modelling-based literature review », *Annals of Operations Research*, vol. 315, no 1, p. 29-55.

Ivanov, Dmitry (2020). « Predicting the impacts of epidemic outbreaks on global supply chains: A simulation-based analysis on the coronavirus outbreak (COVID-19/SARS-CoV-2) case », *Transportation Research Part E*, vol. 136 101922, p. 1 – 14.

International Centre for Health Innovation (2016). *Health Sector Supply Chain Strategy & Management.*, Ivey Business School. Récupéré le 15 avril 2024 de <https://www.ivey.uwo.ca/media/3780486/health-sector-supply-chain-strategy-management.pdf>

Jaeger, Robert et Tim Halliday (1998). « On confirmatory versus exploratory research », *Herpetologica*, vol. 54, p. 64-66.

Jain, Vipul, Sameer Kumar, Umang Soni et Charup Chandra (2017). « Supply chain resilience: model development and empirical analysis », *International Journal of Production Research*, vol. 55, no 22, p. 6779–6800.

Jobin, Marie-Hélène et Terri Friel (2001). « Sur la piste de la création durable de valeur à travers la chaîne logistique », *Logistique et Management*, vol. 9, no 2, p. 27-33.

Jobin, Marie-Hélène, Martin Beaulieu et Alexis Boivin (2003). *Gérer la performance de la logistique hospitalière*, Montréal, Groupe de recherche Chaîne.

Knight, Frank (1921). *Risk, uncertainty and profit*, Boston, Houghton Mifflin.

Knoppen, Desirée et María Sáenz (2015). « Purchasing: Can we bridge the gap between strategy and daily reality? », *Business Horizons*, vol. 58, no 1, p. 123 – 133.

Kostova, Tatiana et Srilata Zaheer (1999). « Organizational legitimacy under conditions of complexity: the case of the multinational enterprise », *Academy of Management. the Academy of Management Review*, vol. 24, no 1, p. 64–81.

Kramer, Michael (2004). *Managing uncertainty in organizational communication*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

Kwon, Ik-Whan, Sung-Ho Kim et David Martin (2016). « Healthcare supply chain management; strategic areas for quality and financial improvement», *Technological Forecasting & Social Change*, vol. 113, p. 422–428.

Lacoursière, Ariane et Philippe Teiscera-Lessard (2020, 13 mars). « Il y a un problème de capacité dans le réseau », *La Presse*, section Actualités.

Landry, Sylvain et Martin Beaulieu (2006). « La logistique hospitalière : une réponse aux défis des systèmes de santé des pays de l'Europe centrale et orientale », *International Journal of Health Economics and Management*, vol.1, no 19, p. 3-13.

Longaray, André, Marube Newton, Leonardo Ensslin, Ademar Dutra et Sandra Ensslin (2023). « Performance evaluation of public healthcare supply chain management: a critical literature review», *International Journal of Healthcare Technology & Management*, vol. 20, no 2, p. 144-170.

Machado, Solange, Ely Laureano Paiva et Da Silva, Eliciane (2018). « Counterfeiting: Addressing mitigation and resilience in supply chains », *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, vol. 48, no 2, p. 139-163.

Mathur, Bhavana, Sumit Gupta, Makhan Meena et Govind Dangayach (2018). « Healthcare supply chain management: Literature review and some issues », *Journal of Advances in Management Research*, vol. 15, no 3, p. 265-287.

Naylor, David (1999). « Health care in Canada: incrementalism under fiscal duress », *Health Affairs*, vol. 18, no 3, p. 9–26.

Nollet, Jean et Martin Beaulieu (2003). « Tirer le plein potentiel d'un groupe d'achats », *Gestion*, vol. 27, no 4, p. 9 – 16.

Nollet, Jean, Claudia Rebolledo et Victoria Popel (2012). « Becoming a preferred customer one step at a time », *Industrial Marketing Management*, vol. 41, no 8, p. 1186–1193.

Park, Hyun-Soo, Seigyoung Auh, Amro Maher et Anusorn Singhapakdi (2012). « Marketing's accountability and internal legitimacy: implications for firm performance », *Journal of Business Research*, vol. 65, no 11, p. 1576–1582.

Paulraj, Antony, Chen Injazz et James Flynn (2006). « Levels of strategic purchasing: impact on supply integration and performance », *Journal of Purchasing and Supply Management*, vol. 12, no 3, p. 107–122.

Pearson, John et Karen Gritzmacher (1990). « Integrating purchasing into strategic management », *Long Range Planning*, vol. 23, no 3, p. 91 – 99.

Pearson, John, Lisa Ellram et Craig Carter (1996). « Status and recognition of the purchasing function in the electronic industry », *International Journal of Purchasing and Materials Management*, vol. 32, no 2, p. 30-36.

Piyush, Sharma, T.Y. Leung, Russel Kingshott, Nebojsa Davcik et Silvio Cardinali (2020). « Managing uncertainty during a global pandemic: an international business perspective », *Journal of Business Research 116*, p. 188–192.

Potage, Jean (1998). « Les achats à THOMSON-CSF, vers un nécessaire Modèle de Maturité », *Revue Internationale de l'Achat*, vol. 18, no 2, p. 11-18.

Rameshwar, Dubey, Angappa Gunasekaran, David Bryde, Yogesh Dwivedi et Thanos Papadopoulos (2020). « Blockchain technology for enhancing swift-trust, collaboration, and resilience within a humanitarian supply chain setting », *International Journal of Production Research*, vol. 58, no 11, p. 3381-3398.

Ruel, Salomé et Evrard-Samuel Karine (2012). « La gestion de l'incertitude dans une chaîne logistique globale : une étude de cas dans le secteur informatique », *Management & Avenir*, vol. 51, no 1, p. 78–98.

Saha, Esha et Pradip Kumar Ray (2019). « Modelling and analysis of healthcare inventory management systems », *Opsearch*, vol. 56, no 4, p. 1179 – 1198.

Santé Canada (2024, mai 2024). *Équipement de protection individuelle contre la COVID-19 : Aperçu*, Gouvernement du Canada. Récupéré le 15 mai 2024 de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/covid19-industrie/instruments-medicaux/equipement-protection-individuelle/apercu.html>

Santosh, Nandi, Joseph Sarkis, Aref Hervani et Marilyn Helms (2021). « Do blockchain and circular economy practices improve post-covid supply chains? A resource-based and resource dependence perspective », *Industrial Management and Data Systems*, vol. 121, no 2, p. 333 – 363.

Sarkis, Joseph, Maurie Cohen, Paul Dewick et Patrick Schröder (2020). « A Brave New World : Lessons from the COVID-19 Pandemic for Transitioning to Sustainable Supply and Production », *Resources, Conservation and Recycling*, vol. 159, 104894.

Schiele, Holger (2007). « Supply-management maturity, cost savings and purchasing absorptive capacity: Testing the procurement-performance link », *Journal of Purchasing & Supply Management*, vol. 13, no 4, p. 274-293.

Schiele, Holger (2012). « Accessing supplier innovation by being their preferred customer », *Research-Technology Management*, vol. 55, no 1, p. 44–50.

Senna, Pedro, Augusto Reis, Igor Santos, Ana Claudia Dias et Ormeu Coelho (2021). « A systematic literature review on supply chain risk management: Is healthcare

management a forsaken research field? », *Supply chain risk management in healthcare Benchmarking*, vol. 28, no 3, p. 926 -956.

Smith, Brian, Heather Nachtmann et Edward Pohl (2011). « An investigation of the healthcare supply chain: Literature review », *Proceedings of the 2011 Industrial Engineering Research Conference T. Doolen and E. Van Aken, eds* , p. 1-7.

Spalanzani, Alain et Evrard-Samuel Karine (2006). « L'absorption de l'incertitude dans la chaîne logistique : passé, présent et futurs », *Logistique & Management*, vol. 14, no 2, p. 38–51.

Suchman, Mark (1995). « Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches », *Academy of Management. The Academy of Management Review*, vol. 20, no 3, p. 571-594.

Swinehart, Kerry, Thomas Zimmerer et Oswald Sharon (1995). « Adapting a strategic management model to hospital operating strategies: A model development justification », *Journal of Management in Medicine*, vol. 9, no 2, p. 34-47.

Tilling, Matthew (2004). « Some thoughts on legitimacy theory in social and environmental accounting », *Social and Environmental Accountability Journal*, vol. 24, no 2, p. 3–7.

Úbeda, Ricardo, Carlos Alsua, et Nelson Carrasco (2015). « Purchasing models and organizational performance: a study of key strategic tools », *Journal of Business Research*, vol. 68, no 2, p. 177-188.

Wagner, Stephan et Nikrouz Neshat (2010). « Assessing the vulnerability of supply chains using graph theory », *International Journal of Production Economics*, vol. 126, no 1, p. 121 – 129.

Wilson, Kevin et Barbat Valérie (2015). « The supply chain manager as political-entrepreneur? », *Industrial Marketing Management*, vol. 49, p. 67–79.

Yin, Robert (2014). *Case study research: design and methods*, Thousand Oaks, Sage Publications.

Annexes

Annexe 1 – Protocole de recherche.....	ii
Annexe 2 - Guide d’entrevue responsable DAL.....	ix
Annexe 3 - Guide d’entrevue haute direction.....	xi
Annexe 4 - Guide d’entrevue responsable unité clinique.....	xiii
Annexe 5 – Formulaire d’information et de consentement.....	xv

Annexe 1 – Protocole de recherche

L’impact de la Covid-19 sur la légitimité de la logistique hospitalière

La gestion de la chaîne logistique du le secteur de la santé est un sujet d’intérêt croissant pour le milieu académique. Pour s’en convaincre, il suffit de voir le nombre de recensions des écrits qui ont été produites sur ce sujet au cours des dernières années (Dixit et al., 2019; Dobrzykowski et al.; 2014; Elmuti et al.; 2013; Kim et Kwon, 2015; Marques et al., 2020; Mathur et al.; 2018; Narayana et al., 2014; Volland et al., 2017). Cet intérêt n’est pas fortuit. Le secteur de la santé représente certainement la chaîne logistique la plus complexe par la grande diversité des produits qui y sont consommés, comparativement à d’autres industries (Beaulieu et al., 2018; Rossetti et al., 2012).

La pandémie du Covid-19 a mis à rude épreuve la résilience de la chaîne logistique du secteur de la santé (Handfield et al., 2020). Comme le soulignait Paché (2020) : « ... depuis la mi-mars 2020, au moment même où l’OMS a évoqué pour la première fois l’état de pandémie, le mot “logistique” est revenu à maintes reprises dans les propos d’hommes politiques et, plus largement, de commentateurs. »²

Deux aspects associés à la mise en œuvre de la logistique hospitalière pendant cette pandémie marqueront durablement les esprits. Il y a d’une part, la pénurie en masques et équipements de protection individuelle qui a duré pendant plusieurs semaines lors de la première vague et cela dans de très nombreux pays industrialisé (Handfield et al., 2020; Leite et al., 2020; Vecchi et al., 2020). D’autre part, l’accélération de la dynamique d’évolution des pratiques logistiques dans le secteur de la santé. Par rapport à ce dernier point, on peut noter en particulier que les collaborations se sont très vite renforcées entre les parties prenantes dans la chaîne d’approvisionnement hospitalière (Beaulieu et Roy, 2021); ce qui a permis d’optimiser l’organisation de l’offre, mais aussi la distribution des dispositifs nécessaires à la gestion de la crise.

² Paché, G. : « Pourquoi la logistique est au cœur de la crise du coronavirus ». <https://www.hbrfrance.fr/chroniques-experts/2020/05/30124-pourquoi-la-logistique-est-au-coeur-de-la-crise-du-coronavirus/>

On ne peut nier le fait que le leadership des départements (ou services) de logistique (ou à tout le moins leur engagement et leur contribution) reste aujourd'hui un facteur déterminant du succès attendu dans la lutte contre la pandémie. En ce sens, différentes publications font l'écho de multiples initiatives logistiques prises dans les centres hospitaliers (Megan *et al.*, 2020; Paché, 2020; Sharma *et al.*, 2020), lesquelles ont certainement permis aux départements d'approvisionnement & logistique de consolider leurs pratiques; ce qui fort probablement leur a permis de renforcer leur légitimité. Du même souffle, ce même leadership est considéré comme une barrière naturelle à la performance logistique des centres hospitaliers (Srivastava et al., 2021).

La question que l'on peut se poser dès lors est celle-ci :

Comment la pandémie du Covid-19 a affecté la légitimité des départements d'approvisionnement & logistique dans les centres hospitaliers?

Cette définition mène à deux observations. Il convient sans doute de souligner que nous avons fait le choix d'employer ici l'expression *logistics & supply chain* (L&SC) qui a été utilisée dans les travaux de Wilson et Barbat (2015). Nous sommes conscients que le concept de supply chain est différent de celui de logistique (Cooper et al., 1996), mais différentes dénominations sont utilisées dans les établissements de santé pour décrire le département responsable des activités de la supply chain. À ce stade de nos réflexions, nous ne souhaitons pas ouvrir une discussion sémantique sur ces deux termes, d'où l'expression retenue.

Il est par ailleurs nécessaire de rappeler que le concept de légitimité a déjà fait l'objet d'une grande attention de la part des chercheurs en *institutional theory* (Suddaby et Greenwood, 2005; Golant et Sillince, 2007), et *resource dependence theory* (Zimmerman et Zeitz, 2002; Tilling, 2004; Drees et Pursey, 2013). Specifically, from the resource dependence theory perspective, "*legitimacy can be considered as similar in nature to an asset, [...], a resource an organization requires in order to operate.*"(Tilling, 2004, p. 4). Selon la perspective de la dépendance aux ressources, Bitektine (2011) souligne que la légitimité est l'une des principales dimensions de l'identité d'une organisation, et à ce titre, elle est considérée comme un concept clé de la théorie des organisations.

According to Suchman (1995, p. 574) : « *Legitimacy is a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs, and definitions.* » En transposant cette définition au domaine de la logistique hospitalière, on peut dire que la *légitimité* du département (ou service) d'approvisionnement & logistique au sein d'un centre hospitalier se définit comme le niveau de son acceptation par les autres services ou départements dudit centre hospitalier. Dans les faits, le niveau de légitimité interne du département d'approvisionnement et logistique correspond à la perception du personnel médical (infirmiers, pharmaciens, médecins) & du top management de l'importance de la contribution de cette fonction à la performance de l'hôpital.

Contribution de la logistique hospitalière et sa légitimité interne

Au cours des 25 dernières années, plusieurs enquêtes dans différents secteurs d'activités démontrent que la fonction approvisionnement/logistique intègre davantage de responsabilités, accroît son contrôle direct sur les dépenses d'achats de l'organisation et occupe une position de plus en plus stratégique dans l'organisation (Johnson et al., 2014; Zheng et al., 2007). Wilson et Barbat (2015) constatent un mouvement similaire alors que le logistic and supply chain manager est dans une phase *transitioning from operational to strategic*. Le secteur américain de la santé s'inspirant des pratiques du secteur privé, les enquêtes démontrent la présence du titre de vice-président senior ou exécutif pour le responsable « du matériel » ou « supply chain management » dans 35 % à 50 % des établissements de santé (Barlow, 2013; Kwon et al., 2016). Cette progression hiérarchique semblait nécessaire, car les « gestionnaires du matériel » ont souvent manqué de contrôle sur l'organisation du matériel en raison d'un manque d'autorité (Janson, 1985, p. 13). Les enjeux d'autorité ont déjà été soulevés en ce qui concerne la gestion des achats (Barclay, 1991) et ces enjeux sont aussi présents dans les établissements de santé (Pitts, 1985; Reisman, 1984). Une position supérieure dans l'organisation impliquerait une reconnaissance de la L&SC à une position égale aux autres fonctions auprès de la haute direction (Knoppen and Saenz, 2015). Cependant, les études montrent le Chief purchasing officer ou le vice-président supply chain participent peu aux décisions stratégiques de l'organisation (Luzzini and Ronchi, 2016; Schoenherr et al., 2012; Zheng et al., 2007).

Justement, des enquêtes tendent à démontrer que le manque de soutien de la haute direction des hôpitaux pour les activités logistiques est un frein à la progression de la performance de l'organisation (Callender and Grasman, 2011; Fibuch and Ahmed, 2015). En ce sens, au-delà d'une reconnaissance formelle, la perception organisationnelle du rôle d'une fonction est névralgique dans sa valorisation (Pearson and Gitzmacher, 1990). Tchokogué et al. (2017) soulignent que la légitimité d'une fonction dépassant sa simple reconnaissance formelle par l'entremise d'un organigramme. Comme le soulignent les travaux de Trent (2004), la position hiérarchique seule ne peut expliquer une performance supérieure pour son titulaire. Ceci justifierait les constats de Nachtmann and Pohl (2009) ainsi que Kwon et al., (2016) qui voient une stagnation de la performance de la supply chain du secteur américain de la santé. En fait, la position hiérarchique accorde des leviers, mais il demeure au gestionnaire en place, the executive champion, de les articuler. En ce sens, les travaux de Landry et al. (2016) tendent à démontrer que la nature du titulaire de la direction de la L&SC dans un établissement aura une incidence positive dans la progression de la performance logistique. Il faut noter aussi que la contribution d'une direction L&SC à la performance d'un établissement n'est pas une relation linéaire (Amaya et al., 2010), il y aurait un point de bascule où la direction n'a plus à faire la démonstration de sa pertinence.

De manière générale, les stratégies mises en œuvre par les centres hospitaliers visent à maximiser les soins aux patients. Dans ce contexte, les objectifs de la fonction L&SP sont similaires à ceux des autres organisations : disponibilité des produits, maîtrise des coûts, etc.. Ils peuvent toutefois se démarquer par une volonté de

- Assurer la disponibilité des produits
- Maximiser les espaces de stockage disponibles
- Réduire temps du personnel médical (infirmiers, pharmaciens, médecins) aux tâches logistiques

En fait, on s'attend à voir le département d'approvisionnement & logistique contribuer à la performance de la supply chain et simultanément communiquer (ou démontrer) aux différentes parties prenantes internes au centre hospitalier (par exemple, les autres départements et les échelons supérieurs) les multiples facettes de cette contribution. Les études montrent qu'il existe une relation entre la *accountability* (responsabilité) et la légitimité interne (Suddaby et Greenwood, 2005; Park et al., 2012) qui serait donc présente pour une direction SC&L. Ceci semble d'autant plus vrai pour une direction SC&L que des études montrent aussi que « hospitals with a well-managed supply chain can appreciably obtain substantial organizational benefits from both financial and clinical perspectives » (Chen et al., 2013, p. 392).

Il faut cependant souligner que la légitimité est un concept multidimensionnel (Low and Johnston, 2010; Crespin-Mazet and Dontenwill, 2012). While some authors suggest two dimensions, *managerial legitimacy* (which is based on efficiency logic) and *technical legitimacy* (based on technology, quality, and qualification) (Ruef and Scott, 1998), others believe that there are rather three dimensions: pragmatic legitimacy, *moral legitimacy*, and *cognitive legitimacy* (Suchman, 1995; Johnson and Holub, 2003; Zyglidopoulos, 2003). It is this second perspective that we are using in our research.

Du point de vue *pragmatique*, la légitimité du département d'approvisionnement & logistique au sein d'un centre hospitalier pourrait résulter des apports concrets des actions et pratiques mises en œuvre : mise en place des pratiques et/ou approches qui garantissent la continuité des services aux patients dans les unités de soins; gestion rapide des situations de crise; gestion des relations avec les fournisseurs. Johnson concurred. "*An effective Supply Chain Leader will obtain expected results, provide meaningful metrics, while respecting the physician and clinical culture of healthcare.*" (Barlow, 2013). La légitimité de ce département pourrait aussi être déterminée par la conformité des activités et pratiques du département d'approvisionnement & logistique au regard des considérations morales auxquelles sont attachées les différentes parties prenantes internes.

Pour sa part, la légitimité *cognitive* correspond à la perception qu'ont les parties prenantes internes (au centre hospitalier) des connaissances que maîtrise le département de

logistique hospitalière par rapport à l'environnement spécifique de la logistique hospitalière, notamment des normes, règlements et lois, ainsi que de son habileté à les mettre à profit dans le processus de gestion des flux. "*Supply Chain must have talent. This talent must be able to stand up in front of physicians, hospital administrators and other key stakeholders, with sufficient skills and leadership ability, to gain the respect and confidence of all.*" (Barlow, 2013)

Ces trois dimensions de la légitimité (pragmatique, cognitive et morale) présentent un intérêt à la fois conceptuel et pratique, puisqu'elles permettent de mieux caractériser le niveau de légitimité du département d'approvisionnement & logistique dans les centres hospitaliers. En effet, en s'appuyant sur ces trois dimensions de la légitimité, il est possible de répondre à notre question de recherche.

Pour ce faire, nous avons retenu l'approche méthodologique que nous précisons ci-après.

Démarche méthodologique

Pour la présente étude, nous avons opté pour une approche qualitative de nature exploratoire basée sur des cas multiples, tel que suggéré par Eisenhardt (1989). Deux raisons justifient ce choix : (1) à notre connaissance, il n'y a pas encore eu d'études portant spécifiquement sur le sujet de la recherche ; et (2) nous considérons que l'analyse du niveau de légitimation interne ne peut être faite sans tenir compte du contexte et de la nature des relations entre les différents départements du centre hospitalier. L'étude de cas permet de capturer cette richesse et de la restituer.

Notre *unité d'analyse* est donc le département d'approvisionnement & logistique dans les centres hospitaliers.

Protocole de recherche

Nous avons fait le choix de baser notre étude sur des cas multiples (de 5 à 10 cas). Nous comptons contacter différents hôpitaux pour sélectionner des cas les plus appropriés pour notre étude. Le recrutement des cas se fera en partie sur une stratégie de choix raisonnés afin d'avoir une diversité d'expérience permettant de contraster les différentes variables

étudiées. L'objectif de la recherche n'est pas d'avoir une représentation statistique du milieu étudié, mais de comprendre le phénomène. Une fois ceci fait, pour chaque centre hospitalier retenu, nous comptons recueillir des informations par des entrevues auprès du personnel département d'approvisionnement et logistique et hors du département.

Annexe 2 – Guide d’entrevue responsable du DAL

- L’importance (personnes et compétences) et la place du DAL (rang hiérarchique de son principal responsable) dans le centre hospitalier
 - Le leadership du responsable du DAL
 - Rattachement hiérarchique
 - Qualifications et années d’expérience
- Sur une échelle de 1 à 4, comment situez-vous les apports de votre département à l’atteinte des objectifs de votre centre hospitalier pour chacun des points suivants (*avant et la pandémie*) :
- Vos actions sont-elles actuellement mieux considérées par rapport à la période prépandémique?
 - Par la haute direction
 - Par les autres parties prenantes (responsables des différents services cliniques)
- Vos actions sont-elles mieux connues actuellement par les autres parties prenantes (responsables des différents services cliniques) par rapport à la période prépandémique?
- Les apports concrets de vos actions et pratiques (et/ou vos performances) sont-ils bien communiqués actuellement auprès des différentes parties prenantes par rapport à la période prépandémique?
- Y a-t-il eu des changements dans vos pratiques par rapport à la période prépandémique?
 - Si oui, en quoi ont consisté ces changements ?
 - Meilleure coordination des actions avec les acteurs de la chaîne clinique
 - Meilleure collaboration avec les acteurs de la chaîne clinique
 - Relation avec les fournisseurs (mécanismes de coordination)
 - Méthodes de gestion de stocks et de réapprovisionnement des unités de soins
 - Méthode d’entreposage et de manutention
 - Etc.

- Sur une échelle de 1 à 4, comment situez-vous la perception des pratiques et actions du département approvisionnement & logistique (*avant et après la pandémie*) par
 - la haute direction
 - les autres parties prenantes (responsables des différents services cliniques)
- Sur une échelle de 1 à 4, comment situez-vous la perception des compétences et expertises du DAL (*avant et depuis le début de la pandémie*) par
 - la haute direction
 - les autres parties prenantes (responsables des différents services cliniques)
- Sur une échelle de 1 à 4, comment situez-vous la collaboration entre votre département et les principaux acteurs de la chaîne clinique (*avant et après la pandémie*)?
- Quelles sont les principales pratiques de collaboration entre votre département et les principaux acteurs de la chaîne clinique (*avant et après la pandémie*)?
- Sur une échelle de 1 à 4, comment situez-vous le professionnalisme du **département d'approvisionnement & logistique** (*avant et après la pandémie*)?
- Sur une échelle de 1 à 4, comment situez-vous l'éthique professionnelle des membres du **département d'approvisionnement & logistique** (*avant et après la pandémie*)?
 - Intégrité
 - Bienveillance
 - Transparence
 - Etc....

Annexe 3 – Guide d’entrevue haute direction (ressources financières)

- Sur une échelle de 1 à 4, comment situez-vous la contribution du DAL aux objectifs qui lui sont assignées dans votre centre hospitalier (*avant et après la pandémie*) :
 - Réduction des couts
 - Réduction gaspillage
 - Gestion des inventaires

- Sur une échelle de 1 à 4, comment situez-vous l’importance de l’expertise du DAL pour votre centre hospitalier (*avant et après la pandémie*)?
- Sur une échelle de 1 à 4, comment situez-vous la prise en compte du développement durable dans les pratiques du DAL (*avant et après la pandémie*)?
- Selon vous, y a-t-il eu des changements dans les pratiques du DAL par rapport à la période pré-pandémique?
 - Si oui, en quoi ont consisté ces changements ?
 - Meilleure coordination des actions avec les acteurs de la chaîne clinique
 - Meilleure collaboration avec les acteurs de la chaîne clinique
 - Relation avec les fournisseurs (mécanismes de coordination)
 - Méthodes de gestion de stocks et de réapprovisionnement des unités de soins
 - Méthode d’entreposage et de manutention

- Sur une échelle de 1 à 4, comment situez-vous les pratiques du DAL par rapports aux meilleures pratiques dans son domaine d'activités (*avant et après la pandémie*)?
- Sur une échelle de 1 à 4, comment situez-vous l'éthique professionnelle des membres du DAL (*avant et après la pandémie*)?

Annexe 4 – Guide d’entrevue responsable unité clinique

- Renseignements généraux : titre poste, années expérience dans l’hôpital, années d’expérience au poste.

- Sur une échelle de 1 à 4 comment situez-vous la contribution du DAL à l’atteinte des objectifs de votre unité clinique (*avant et après la pandémie*) :
 - Disponibilité des fournitures médicales
 - Utilisation des espaces de rangements
 - Réduction temps et coûts de manipulation du matériel pour le personnel médical
 - Gestion des inventaires

- Comprenez-vous mieux les actions du DAL par rapport à la période avant la pandémie? Pourquoi?

- Le mode de fonctionnement (interaction avec votre unité, partage information) du DAL est-il resté le même? Pourquoi?

- Comment situez-vous l’importance de l’expertise du DAL pour votre unité (*avant et après la pandémie*)?

- Comment ont été vos rapports avec ce département durant la pandémie? Selon vous, y a-t-il eu des changements dans les pratiques du DAL par rapport à la période prépandémique?
 - Si oui, en quoi ont consisté ces changements ?
 - Meilleure coordination des actions avec les acteurs de la chaîne clinique
 - Meilleure collaboration avec les acteurs de la chaîne clinique
 - Relation avec les fournisseurs (mécanismes de coordination)
 - Méthodes de gestion de stocks et de réapprovisionnement des unités de soins
 - Méthode d’entreposage et de manutention

- Comment situez-vous les pratiques du DAL par rapport aux meilleures pratiques dans son domaine d'activités (*avant et après la pandémie*)? Sur une échelle de 1 à 4, quelle note lui attribuez-vous et pourquoi?
 - Réapprovisionnement
 - Interactions

- Comment situez-vous la collaboration entre votre département et les principaux services du **département approvisionnement & logistique** (*avant et après la pandémie*)? Sur une échelle de 1 à 4, quelle note pouvez-vous attribuer au département et pourquoi?

- Comment situez-vous le professionnalisme du DAL (*avant et après la pandémie*)? Sur une échelle de 1 à 4, quelle note leur donneriez-vous et pourquoi?
 - Partage d'information
 - Interaction (relationnel)
 - Collaboration

- Comment situez-vous l'éthique professionnelle des membres du DAL (*avant et après la pandémie*)? Sur une échelle de 1 à 4, quelle note leur donneriez-vous et pourquoi?
 - Intégrité
 - Bienveillance
 - Transparence
 - Etc....

Annexe 5 – Formulaire d’information et de consentement

Introduction

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d’accepter de participer, il est important de bien comprendre l’information contenue dans ce formulaire. Celui-ci vous explique le but de ce projet de recherche, son déroulement de même que les avantages, risques et inconvénients de participer. Les personnes avec qui communiquer au besoin sont aussi indiquées.

N’hésitez pas à demander des clarifications s’il y a des mots ou des expressions que vous ne comprenez pas. N’hésitez pas non plus à poser des questions et à partager vos doutes ou vos inquiétudes.

Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour décider.

Informations générales

Titre du projet

L’impact de la pandémie sur la légitimité de la logistique hospitalière.

Chercheur-e responsable du projet de recherche

André Tchokogué

Professeur en Gestion des Opérations, HEC Montréal

Co-chercheur-es.

Ruth Mfongie

Étudiante en Logistique Internationale, HEC Montréal.

Organisme subventionnaire

Ce projet de recherche n’est pas financé.

Description du projet de recherche

La pandémie du Covid 19 a mis à rude épreuve la résilience des chaînes logistiques dans le secteur de la santé. Pour faire face à la pandémie, des pratiques de collaboration se sont très vite développées entre les parties prenantes dans les centres hospitaliers. Il semble que le leadership des gestionnaires des départements d'approvisionnement & logistique (ou à tout le moins leur engagement et leur contribution) a été un des facteurs déterminant dans la lutte contre cette pandémie. On peut se demander comment la pandémie a affecté la légitimité des départements d'approvisionnement & logistique dans les centres hospitaliers ?

Les objectifs du projet sont les suivants :

- Comprendre la perception du personnel clinique et de la haute direction concernant le département d'approvisionnement et logistique.
- Comprendre la nature des relations entre les ce département et les autres départements de l'hôpital.

Les participant-es sont :

- Responsable au département d'approvisionnement et de logistique
- Responsables unité de soins
- Responsable au département des finances
- Membre de la haute direction du centre hospitalier

Participation au projet de recherche

Rôle des participant-es:

La participation à ce projet implique/demande de répondre aux questions provenant d'un guide d'entrevue.

- Les entretiens seront semi-dirigés et d'une durée d'environ 45 minutes par personne et le chercheur prendra des notes.
- Les entretiens se feront en visioconférence.
- Aucun enregistrement vidéo/audio ni prise de photo.

Avantages possibles pour les participant·es

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche. Mais, votre participation aidera

- à mieux comprendre l'impact de la pandémie sur la légitimité du département d'approvisionnement et de logistique dans le secteur hospitalier.

Inconvénients et risques possibles pour les participant·es

La durée de l'entrevue devrait vous prendre environ 45 minutes. Cela peut représenter un inconvénient pour vous.

Il y a peu de risques liés à votre participation. Mais, des sujets difficiles pour vous pourraient être abordés lors de l'entrevue. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à l'exprimer. Si nécessaire, une pause ou un arrêt est possible. Au besoin, nous pouvons également vous diriger vers un intervenant ou des ressources appropriées.

Indemnité en compensation

Vous ne recevrez pas de compensation pour votre participation, mais si celle-ci se déroule pendant vos heures de travail, vous serez rémunéré par votre employeur

Confidentialité

Confidentialité des renseignements

Tous les renseignements personnels recueillis pendant le projet de recherche seront traités de façon confidentielle. Seul les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données. Chacun s'engage à ne pas divulguer les données vous concernant.

Toutes les données recueillies demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez pas identifiable car les informations seront **codifiées**. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la responsable de ce projet.

Votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche pour des raisons de contrôle. Cette personne adhèrera à une politique de confidentialité stricte.

Les données de recherche (prise de notes durant l'entretien) seront conservées le serveur One Drive de HEC Montréal par Ruth Mfongie pour une période de 4 mois après la fin du projet. Ensuite les données seront détruites. En cas de présentation de résultats de ce projet ou de publication, rien ne pourra permettre de vous identifier.

Participation volontaire et droit de se retirer du projet de recherche

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Si vous décidez de participer, vous pourrez vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous devrez simplement aviser l'équipe de recherche. Vous ne subirez aucune conséquence négative de quelque nature que ce soit. En vous retirant, toutes les données collectées vous concernant seront détruites.

Votre décision de ne pas participer au projet ou de vous en retirer n'affectera pas vos rôles, vos responsabilités ou votre statut d'emploi dans votre milieu de travail.

Après ce projet de recherche

Accès aux résultats de la recherche

À la fin du projet de recherche, souhaitez-vous avoir accès aux résultats généraux ?

Oui

Non

Courriel ou adresse : _____

Un résumé des résultats généraux du projet vous sera envoyé lorsqu'il sera terminé.

Responsabilité légale de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'équipe de recherche, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Personnes-ressources

Nous vous invitons à contacter la personne-ressource suivante si :

- vous avez des questions concernant le projet de recherche,
- vous souhaitez vous retirer du projet de recherche,
- vous voulez signaler un incident à l'équipe de recherche.

André Tchokogué

Professeur en Gestion des Opérations, HEC Montréal

Téléphone : 514-340-6676

Courriel : andre.tchokogue@hec.ca

Nous vous invitons à contacter la personne responsable de la coordination du CER en dépendances, inégalités sociales et santé publique à l'adresse courriel xxx@xxx ou au numéro de téléphone xxx-xxx-xxxx si :

- vous croyez que vos droits n'ont pas été respectés,

- vous êtes inconfortable en raison de ce qui s'est passé pendant votre participation à la recherche,
- vous êtes témoin d'une situation qui vous préoccupe.

Si la situation vous préoccupe toujours malgré ce premier recours, nous vous invitons à contacter le ou la commissaire aux plaintes du centre hospitalier XXX au numéro de téléphone suivant : xxx-xxx-xxxx ou à l'adresse courriel suivante : xxx@xxx

Consentement à la recherche

Je déclare avoir lu et compris le contenu de ce formulaire d'information et de consentement. Je comprends les implications, les risques et les inconvénients de ma participation.

J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je, soussigné-e, consens à participer à ce projet de recherche volontairement, sans contrainte et sans pression. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans conséquences d'aucune sorte.

Nom de la personne participante : _____

Signature : _____

Date : _____

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche à la personne participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié sa compréhension du projet de même que du formulaire d'information et de consentement.

Signature du ou de la responsable : *Ruth Mfonjie*

Date : _____