

Rubrique : **RECHERCHE & ACTION**

LES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ EN CONTEXTE DE CRISE : L'EXEMPLE DE LA RÉGULATION DU DON ET DE LA TRANSPLANTATION D'ORGANES AU LIBAN

Joumana STEPHAN YERETZIAN

Institut Supérieur de Santé Publique (ISSP) – Faculté de Médecine - Université Saint-Joseph de Beyrouth, Liban

Nathalie ANGELÉ-HALGAND¹

Département des sciences comptables – École de gestion – Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Michèle KOSREMELLI ASMAR

Institut Supérieur de Santé Publique (ISSP) – Faculté de Médecine - Université Saint-Joseph de Beyrouth, Liban

Remerciements

Les autrices tiennent à adresser de sincères remerciements aux trois réviseurs anonymes de cet article pour l'attention accordée à cette recherche et pour leurs remarques pertinentes, qui leur ont permis d'améliorer sensiblement la qualité de leur article, ainsi qu'à Mme Catherine Lambert pour l'attention apportée à la relecture du document final. Un très grand merci au Pr Bachir Mazouz, rédacteur en chef de *Télescope SM&P-OE*, pour l'accueil de travaux aussi atypiques, dans sa revue.

Résumé

Cet article examine les mécanismes de contrôle utilisés dans une relation inter-organisationnelle en situation de crise. Il s'appuie sur le modèle de contrôle inter-organisationnel de Langfield-Smith pour analyser la gouvernance du partenariat public-privé libanais régulant le don et la transplantation d'organes dans un contexte de crise, marqué par un système de santé fragile.

¹ Corresponding author

Cette recherche qualitative repose sur une étude de cas exploratoire adoptant une approche abductive. Les résultats nuancent le modèle de Langfield-Smith, soulignant l'importance de la confiance et des variables relationnelles dans les choix de gouvernance et de mécanismes de contrôle en situation de crise.

Abstract

This article examines the control mechanisms used in an inter-organizational relationship in a crisis. It draws on Langfield-Smith's model of inter-organizational control to analyze the governance of the Lebanese public-private partnership regulating organ donation and transplantation in a crisis context, marked by a fragile healthcare system. This qualitative research is based on an exploratory case study adopting an abductive approach. The results qualify the Langfield-Smith model, highlighting the importance of trust and relational variables in the choice of governance and control mechanisms in crisis situations.

Mots-clés

Gestion de la performance, mécanismes de contrôle inter-organisationnels, confiance, crise, santé, fragmentation, don et transplantation d'organes, partenariat public-privé (PPP)

Key words

Performance management, inter-organizational control mechanisms, trust, crisis, health, fragmentation, organ donation and transplantation, PPP

Pour citer cet article : STEPHAN YERETZIAN, J.S., ANGELÉ-HALGAND, N. et KOSREMELLI ASMAR, M. (2024), « *Les partenariats public-privé en contexte de crise: l'exemple de la régulation du don et de la transplantation d'organes au Liban* », *Télescope SMP&OE*, vol. 21., décembre 2024, Dossier spécial.

Introduction

Les réformes inspirées par les doctrines du nouveau management public (NMP) ont favorisé le développement de modes de prestations de services associant un tiers extérieur à l'État, qui cesse d'être monopoleur (Ohemeng et Grant, 2014; Salamon, 2001) sur des activités situées hors de son cœur de métier (Salamon, 2001; Simonet, 2008). Des solutions telles que de la sous-traitance, la privatisation ou le partenariat public-privé (PPP), ont ainsi été promues. Dès lors, le contrôle de cette organisation partenaire et la gouvernance de cette relation inter-organisationnelle liant l'entreprise privée prestataire à l'État deviennent des facteurs déterminants de la performance du service fourni (Andrews, 2014; Ertaş, 2014; Xiong *et al.*, 2019).

En successeur annoncé du paradigme bureaucratique associé au modèle traditionnel de l'administration publique, le NMP a présidé à l'introduction généralisée du principe de concurrence dans tous les domaines du secteur public dans le but d'améliorer sa performance (Bao *et al.*, 2013). Depuis 20 ans, l'on ne compte plus les critiques qui se sont élevées analysant ses échecs en soulignant notamment la fragmentation des structures d'autorité et la

nature politique des problèmes à résoudre (Angelé-Halgand et Garrot, 2014 et 2015; Bao *et al.*, 2013; Lapsley, 2009; McMullin, 2021; Osborne, 2006).

En revanche, la nouvelle gouvernance publique (NGP) place les valeurs publiques au centre du débat sur la gouvernance et souligne l'importance des mécanismes qui construisent la confiance et la légitimité (Bao *et al.*, 2013; Bryson *et al.*, 2014; McMullin, 2021; O'Flynn, 2007; Osborne, 2006). La NGP met l'accent sur la création de valeur résultant d'un processus de coproduction qui reconnaît l'importance de la collaboration entre les secteurs public, privé et non lucratif. Dans ce cadre, les compétences en gouvernance et en gestion sont déterminantes dans le développement des politiques publiques et des relations inter-organisationnelles sur lesquelles elles s'appuient (Ferry et Scarparo, 2015; Osborne, 2006).

La littérature sur la gouvernance des partenariats public-privé (PPP) s'est concentrée sur l'économie des coûts de transaction (TCE) comme cadre d'étude du choix de la structure de gouvernance et des mécanismes de contrôle dans les PPP, en fonction des caractéristiques des transactions qu'ils réalisent (Greenberg *et al.*, 2008;

Langfield-Smith, 2008; Speklé, 2001; Williamson, 2010). En intégrant des perspectives comptables, économiques et sociales dans le modèle initial, la combinaison des mécanismes de contrôle dans le contexte des PPP est considérée comme dépendante du niveau de risque initialement estimé par le gestionnaire, qui est déterminé par la confiance qu'il a au début du partenariat, et les caractéristiques de la transaction (Langfield-Smith, 2008). Ditillo *et al.* (2015) soulignent que ces déterminants pourraient être spécifiques au contexte.

L'objectif de cet article est de mettre en évidence le rôle de la confiance, des caractéristiques transactionnelles et du risque dans la détermination de la combinaison des mécanismes de contrôle développé au stade du démarrage du partenariat comme proposé par Langfield-Smith (2008), pour la gouvernance du don et de la transplantation d'organes dans des contextes de crise, caractérisés par des systèmes de santé fragiles et fragmentés. Ainsi, la contribution de cet article consiste à montrer comment le contexte de crise modifie la donne à partir du modèle de Langfield-Smith.

Cet article est structuré comme suit. La première section présente une discussion sur l'importance d'utiliser une perspective de

gouvernance dans l'étude du don et de la transplantation d'organes. La section suivante propose un aperçu du système de santé libanais, hautement fragmenté et établi dans un contexte fragile marqué par des crises. La troisième section présente une étude de cas sur la gouvernance du don et de la transplantation d'organes comme exemple de PPP dans le domaine de la santé. Vient ensuite une section théorique présentant un aperçu du cadre de Langfield-Smith (2008) qui sera utilisé pour évaluer les influences sur le package de contrôle inter-organisationnel. Dans une cinquième section sont exposés les choix méthodologiques de la recherche. La sixième section présente les résultats et la septième section, une discussion et une interprétation des résultats. Nous terminons l'article par une conclusion qui résume les contributions de cette recherche et propose des pistes pour des recherches futures.

La gouvernance dans le secteur de la santé : Le cas du don et de la transplantation d'organes

Les organisations non gouvernementales (ONG) font partie intégrante du paysage sanitaire mondial et jouent par divers moyens un rôle important dans la résolution des problèmes liés à la santé aux niveaux mondial et national (Besançon *et al.*, 2022). La coopération entre les gouvernements et les

ONG est importante pour la fourniture efficace de services de santé (Hecht et Tanzi, 1993). De nombreuses ONG ont l'expérience et l'efficacité nécessaires pour fournir des services que le gouvernement ne peut pas satisfaire. En général, les ONG accomplissent un travail inestimable et indispensable en soutenant les personnes marginalisées dans des situations de vie difficiles (Piotrowicz et Cianciara, 2013). Les rôles des ONG dans la santé mondiale et le renforcement des systèmes de santé incluent de travailler en partenariat avec les ministères de la Santé, de gérer des projets et des programmes conjoints, de piloter des approches novatrices en matière de prestation de services, d'impliquer les communautés, de développer les ressources humaines et de renforcer les infrastructures et les systèmes d'information (Besançon, 2022). Plus spécifiquement, le leadership et la gouvernance sont des domaines où l'ONG a permis d'apporter un soutien et de renforcer le système de santé dans certains pays.

Le don et la transplantation d'organes appartiennent à un domaine de la santé qui a vu différentes formes de collaboration entre l'État et le secteur privé, afin de répondre à la directive de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour que les pays atteignent l'autosuffisance en ce qui concerne les

besoins de leurs concitoyens en matière de don et de transplantation d'organes (GODT, 2024). Bien que la transplantation soit considérée comme le traitement de dernier recours pour de nombreux patients atteints d'insuffisance dans le fonctionnement d'un de leurs organes, les pays se trouvent aujourd'hui dans l'incapacité de répondre à la demande croissante d'organes, compte tenu des contraintes de temps et de ressources (Rudge *et al.*, 2012). Néanmoins, les taux de don et de transplantation varient entre les régions et les pays, ce qui rend essentiel de comprendre le contexte et les caractéristiques spécifiques de chaque population pour concevoir des stratégies efficaces de promotion du don d'organes (Soqia *et al.*, 2023). Les efforts pour expliquer ces variations se sont principalement concentrés sur les aspects éthiques (Bilgel, 2011; Chan, 2020; Modra et Hilton, 2015; Ruddy, 2016) et le marketing (Siminoff et Traino, 2009; Soyama et Eguchi, 2016) du don d'organes, qu'il soit prodigué par des personnes décédées ou des donneurs vivants. En effet, plusieurs facteurs tels que les croyances religieuses, les normes culturelles, les connaissances, la sensibilisation et la confiance dans le système de santé ont été identifiés comme influençant l'attitude des gens vis-à-vis du don d'organes (Irving *et al.*,

2012). En revanche, les études relatives à la gouvernance et à la gestion du processus restent rares (Manzano et Pawson, 2014; Mercado-Martínez *et al.*, 2013; Razdan *et al.*, 2015).

Un contexte de crise : Le cas libanais

Le Liban est un exemple de pays aux prises avec de multiples crises qui ont conduit à une situation de fragilité et de transition (Ammar *et al.*, 2016; Asmar, 2011; Khalife *et al.*, 2017). Le pays a passé les 30 dernières années à se remettre des dommages causés par la guerre civile libanaise, qui a duré de 1975 à 1990 et a gravement touché tous les aspects de l'économie, y compris le secteur de la santé. En conséquence, le Liban a dû faire face à une inflation galopante, à la dégradation de ses services publics, à l'exode de ses ressources humaines les plus qualifiées et à la destruction de ses infrastructures, y compris la santé, l'eau, les égouts et l'électricité (Kronfol et Bashshur, 1989). De plus, la crise des réfugiés syriens, qui a augmenté la population du Liban d'environ 30 % depuis 2011, a exercé une pression sur les infrastructures, la prestation de services et les finances publiques du système de santé (Ammar *et al.*, 2016; Habib, 2019). En outre, le Liban a été confronté à plusieurs défis environnementaux au fil des ans, notamment

la pollution de l'air, les incendies de forêt, les périodes de sécheresse, la rareté de l'eau potable et la crise des déchets (Sprusansky, 2020). À noter que bien que la présente étude se concentre principalement sur la situation au Liban avant la crise de 2019, les événements survenus pendant et depuis cette crise mettent en évidence une instabilité et des troubles inhérents au contexte libanais et donc un pays en situation de crises continues.

Bien avant les récents événements traversés par le pays depuis 2019, on retrouvait déjà un pays faisant face à la faiblesse des infrastructures, la qualité dégradée des services publics, la corruption institutionnalisée et la bureaucratie croissante. L'ensemble des événements, que ce soit la crise économique, le soulèvement populaire du 17 octobre 2019, la pandémie de Covid-19 et l'explosion du port de Beyrouth du 4 août 2020, ont eu des répercussions non négligeables et ont laissé le pays dans une situation de pauvreté accrue (World Bank Group, 2022) avec des taux de chômage jamais atteints dans le pays (11.7% de la force de travail en 2023, World Bank [s.d.]). L'effondrement par la suite de l'économie, suivi de la dévaluation de la livre libanaise de 1\$ = 1500LL en 2019 jusqu'à 1\$ = 89000 LL en 2024 (Banque du Liban [s.d.]), des contraintes bancaires sur le dollar américain

et des arriérés de paiements du gouvernement, n'ont fait que souligner la fragilité du contexte, et surtout les problèmes de rétention du personnel de santé dans le pays et la capacité limitée à garantir les équipements et les médicaments vitaux (DeJong, 2020). La dépendance traditionnelle du Liban à l'importation, combinée à de faibles niveaux de fabrication locale (Khoury *et al.*, 2020), a également conduit à des pénuries de biens essentiels. Étant donné l'état de l'économie et sa forte dépendance des dépenses publiques, même le secteur de la santé privé, qui était autrefois dominant, apparaît désormais vulnérable et sa survie même est menacée.

Le système de santé libanais reste fragmenté, avec un modèle de prestation de services majoritairement privé qui repose fortement sur les licences publiques et le financement de ses ressources (Ammar *et al.*, 2016; Khalife *et al.*, 2017). Au moins 80 % des services de santé sont fournis par le secteur privé, avec environ 64 % du budget des hôpitaux privés financés par des fonds publics, dont 30 % proviennent du ministère de la Santé publique (MSP). Il est à noter qu'en 2019, les dépenses totales de santé (DTS) en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) au Liban étaient de 8,69 tandis que les dépenses publiques de santé en % du PIB

étaient de 2,37 (MoPH, 2019). Les dépenses de santé des administrations publiques nationales en pourcentage des dépenses des administrations publiques étaient de 13,75 en 2019 (World Bank, sdb).

Afin de s'affirmer comme une autorité clé dans le secteur de la santé libanais et de remédier à la fragmentation du système de santé et aux ressources gouvernementales limitées, le MSP a créé son propre modèle de gouvernance collaborative. Cela implique de rassembler des parties prenantes publiques et privées (ministères, hôpitaux publics et privés, ordres, syndicats, ONG, entreprises privées, universités ...) dans des réseaux orientés vers le consensus, s'appuyant sur des partenaires ayant des objectifs communs et un parcours éprouvé. Cette approche de gouvernance collaborative était nécessaire à un moment où le MSP manquait de l'expertise et des ressources nécessaires, ce qui leur a permis de contrer l'approche de laisser-faire qui avait dominé le secteur de la santé après la guerre. Grâce à cette approche, les parties prenantes ont été impliquées dans le développement et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de santé (Khalife *et al.*, 2017; Lerberghe *et al.*, 2018). Pour assurer le succès, cette initiative de gouvernance collaborative entre les parties prenantes publiques et privées a été

accompagnée d'un leadership consensuel et d'une communication transparente (Lerberghe *et al.*, 2018).

Un accord inter-organisationnel : Le PPP pour la gouvernance du don et de la transplantation d'organes au Liban

Le système de don et de transplantation d'organes au Liban a été établi à une période difficile de l'histoire du pays, telle que décrite précédemment. En 1999, compte tenu de l'accent mis par le MSP sur la réforme et la gouvernance collaborative (Lerberghe *et al.*, 2018) et du manque d'expertise du ministère dans le domaine, ce dernier et l'Ordre des Médecins du Liban (LOP : Lebanese Order of Physicians) ont décidé de créer une organisation nationale unique, NOD-Lb, dédiée à la régulation du don et de la transplantation d'organes par un décret (n° 509/1999) (Stephan, 2022). Ainsi, au lieu de sous-traiter par un processus d'appel d'offres et de sélection à un organisme déjà existant, NOD-Lb a été structurée autour de spécialistes du domaine, sélectionnés pour leur expertise, leur réputation et leur collaboration antérieure avec le MSP. Ce régulateur consiste donc en une entité privée qui fonctionne de manière autonome, mais qui est principalement financée par des fonds publics à partir d'un budget alloué par le ministère de la Santé qui fluctue en fonction

du ministère de la Santé et de la situation actuelle du pays. En général, le budget alloué par le ministère de la Santé est insuffisant et ne permet pas d'assurer les frais de fonctionnement de l'organisation et encore moins de permettre d'éventuelles activités promotionnelles. En conséquence, des méthodes de financement alternatives, notamment l'autofinancement, la collecte de fonds et le financement participatif, ainsi que la recherche active de dons auprès de divers organismes de financement, sociétés pharmaceutiques et ambassades, ont été initiées.

En 2009, un nouveau décret ministériel (décret ministériel 65) a établi le NOD-Lb dans son état actuel et a concrètement mis en lumière les mécanismes de sa gouvernance et de son organisation. En 2012, le Code de déontologie médicale (n° 240-art 30, 2012) l'a officiellement désigné comme l'unique organisme officiel responsable de la supervision et de la coordination de toutes les activités de don et de transplantation d'organes, de tissus et de cellules au Liban. Opérant sans objectif spécifié, le rôle et les responsabilités du NOD-Lb sont définis dans des décrets ministériels sans date de fin, avec des modifications possibles uniquement par d'autres décrets ministériels.

La mission officielle du NOD-Lb telle que détaillée dans l'arrêté ministériel (1/65) est de superviser et de coordonner toutes les étapes du processus du don et de la transplantation d'organes, ainsi que l'obtention et l'attribution de tissus au Liban tout en garantissant l'équité du processus, la sécurité des patients et le respect de l'éthique médicale. Il est entendu que le ministère de la Santé est officiellement responsable du don, de l'obtention et de la transplantation d'organes au Liban. Cependant, comme il s'agit plutôt d'un organisme administratif dépourvu de l'expertise médicale nécessaire pour prendre des décisions dans le cadre du don d'organes, cette tâche a été déléguée au NOD-Lb. Dans la pratique, NOD-Lb est la référence et le décideur, même si toutes les décisions doivent être contresignées par le ministre de la Santé. Les décisions sont prises par le vice-président/directeur médical et la coordinatrice nationale du don et de la transplantation d'organes après consultation des centres de transplantation et/ou des coordinateurs régionaux et après avoir informé le conseil d'administration. En fait, ce dernier s'occupe principalement des décisions administratives et ne participe pas activement aux décisions médicales. Les recommandations sont ensuite présentées au directeur général du ministère de la Santé et,

si elles sont approuvées, elles sont contresignées par le ministre de la Santé pour entrer officiellement en vigueur.

La structure de NOD-Lb définie dans le décret ministériel 1/65 reste pratiquement inchangée depuis la création de l'organisation. On retrouve à la tête de l'organisation l'actuel ministre de la Santé et le directeur général du ministère de la Santé. Le président du NOD-Lb reste un chirurgien impliqué dans la transplantation d'organes qui faisait fonction de ministre de la Santé lors de la création de NOD-Lb. Cette personne a été désignée par son nom plutôt que par son titre lors de la création de l'organisation. En fait, il a disparu de la scène depuis longtemps et est maintenant remplacé par l'actuel ministre de la Santé. L'organigramme montre clairement la présence d'un président incarné par la figure du ministre de la Santé (nommé en personne et non pas en titre), d'un vice-président qui est également le directeur médical (un néphrologue) et d'une coordinatrice nationale (une infirmière spécialisée en don d'organes). NOD-Lb a aussi un conseil d'administration formé de deux membres : un ophtalmologiste et un pneumologue.

Le cadre théorique : Le modèle de Langfield-Smith pour la combinaison de mécanismes de contrôle inter-organisationnel

Selon le modèle de Langfield-Smith (2008), les perceptions initiales de la confiance et les caractéristiques transactionnelles sont utilisées pour établir une perception de risque de base. Cette perception du risque détermine ensuite la combinaison de mécanismes de contrôle qui définit une structure de gouvernance, et des processus visant à promouvoir la confiance et à minimiser les risques (figure 1).

La perception initiale de confiance est évaluée en termes de compétence et de bonne volonté du partenaire (Langfield-Smith, 2008; Varoutsas et Scapens, 2018). La confiance en la compétence est une évaluation de la capacité et de l'expertise d'un partenaire à exécuter selon l'accord. En revanche, la confiance en la bonne volonté repose sur des qualités telles que l'intégrité, la fiabilité et la responsabilité, mesurant l'intention d'un partenaire à exécuter l'accord.

Les caractéristiques transactionnelles incluent la spécificité des actifs, l'incertitude transactionnelle (comportementale ou environnementale), ainsi que la fréquence de la transaction (Greenberg *et al.*, 2008; Langfield-Smith, 2008; Speklé, 2001; van

der Meer-Kooistra et Vosselman, 2000; Williamson, 2010). La spécificité des actifs fait référence aux caractéristiques uniques d'un actif, telles que son emplacement, ses attributs physiques, et les connaissances et compétences des individus impliqués (Greenberg *et al.*, 2008; Steenkamp et Geyskens, 2012). Elle tient également compte des coûts encourus si la relation est terminée prématurément, et si l'actif est utilisé à d'autres fins (Speklé, 2001). Le niveau de spécificité des actifs détermine à quel point ils correspondent à la transaction spécifique pour laquelle ils sont destinés, ou à quel point ils peuvent être utilisés facilement à d'autres fins (Greenberg *et al.*, 2008; Langfield-Smith, 2008; Speklé, 2001). Lorsqu'un actif est très spécifique, cela entraîne une plus grande interdépendance entre les parties impliquées, réduit la concurrence sur le marché et augmente la possibilité de comportements opportunistes.

L'incertitude de la transaction, telle que définie dans la littérature (Greenberg *et al.*, 2008; Speklé, 2001; van der Meer-Kooistra et Vosselman, 2000), englobe à la fois les perspectives comportementales et environnementales. Du point de vue comportemental, l'incertitude concerne la capacité à anticiper les intentions et les actions des parties impliquées. Cette

incertitude augmente lorsque les tâches sont complexes ou peu familières, rendant difficiles la programmation des activités et la définition des résultats à l'avance. Par conséquent, les termes initiaux du contrat nécessitent souvent une flexibilité pour s'adapter aux informations entrantes (Speklé, 2001). Le contrôle des transactions incertaines repose davantage sur les engagements et les attentes, que sur des normes rigides et des standards.

L'incertitude environnementale, quant à elle, fait référence aux facteurs hors du contrôle de l'alliance qui affectent l'exécution et les résultats. Cela peut inclure des changements dans les conditions du marché, des évolutions réglementaires ou des facteurs économiques externes. Une forte incertitude environnementale amplifie les risques transactionnels, nécessitant des mécanismes de gouvernance adaptatifs.

Quant à la fréquence des transactions, qui constitue un autre aspect critique, elle indique la fréquence à laquelle les activités doivent être effectuées (Greenberg *et al.*, 2008; van der Meer-Kooistra et Vosselman, 2000). Une fréquence élevée augmente généralement les coûts transactionnels et souligne l'urgence de trouver des solutions adaptées (Speklé, 2001). Cela influence le choix de la structure

de gouvernance et des mécanismes de contrôle, car des transactions fréquentes peuvent bénéficier d'approches plus formalisées et structurées pour gérer les risques et assurer la performance.

La perception initiale du risque dans les arrangements inter-organisationnels englobe des dimensions relationnelles et de performance. Le risque relationnel évalue les problèmes potentiels de coopération tels que les agendas cachés ou les intérêts divergents entre les partenaires, pouvant conduire à des comportements opportunistes. Le risque de performance, quant à lui, mesure la probabilité de ne pas atteindre les objectifs du partenariat en raison de facteurs contextuels, tels que la dynamique du marché ou les changements de politique.

Les modes de gouvernance - marché, hiérarchie et hybride - sont associés à différents mécanismes de contrôle (Ditillo *et al.*, 2015; Greenberg *et al.*, 2008; Langfield-Smith, 2008; Speklé, 2001; van der Meer-Kooistra et Vosselman, 2000). La gouvernance de marché, qui repose sur la concurrence et les mécanismes de prix, est adaptée aux situations où l'information est disponible et les produits homogènes. En revanche, la gouvernance hiérarchique repose sur l'autorité et les structures internes

pour gérer l'incertitude, plus applicable dans les environnements bureaucratiques. La gouvernance hybride combine des éléments des deux, utilisant des contrats à long terme et des garanties supplémentaires pour équilibrer les risques et les avantages.

Les structures de contrôle au sein de ces modes de gouvernance peuvent être formelles ou informelles (Heide, 1994; Chiapello, 1996; Das et Teng, 2001; Dekker, 2004; Langfield-Smith, 2008). Les contrôles formels impliquent la surveillance du comportement et des résultats à travers des règles et des régulations, tandis que les contrôles informels reposent sur des valeurs et des croyances partagées pour favoriser l'alignement et la motivation. Le choix entre ces structures dépend de la programmabilité de la tâche et de la mesurabilité des résultats - les tâches hautement programmables et mesurables favorisant les contrôles formels, tandis que les tâches moins prévisibles appellent des contrôles sociaux informels (figure 2).

Dans l'ensemble, la compréhension de ces fondements théoriques aide à concevoir des cadres de gouvernance efficaces pour des arrangements inter-organisationnels complexes, tels que le partenariat public-privé qui nous intéresse. Ces cadres aident à

atténuer les risques, à renforcer la confiance et à optimiser les résultats de performance en situation d'incertitude et dans des environnements dynamiques.

Méthodologie : une étude de cas

Une étude de cas unique approfondie a permis de mieux comprendre la combinaison de mécanismes de contrôle de NOD-Lb. Cette analyse a inclus toutes les personnes de cette organisation, et celles du MSP directement impliquées dans le processus de collaboration. Le ministre de la Santé (MS) n'a pas été interviewé, car il ne participait pas au processus de prise de décision, son rôle se réduisant à approuver officiellement les décisions de NOD-Lb. De plus, les changements fréquents de cabinet ministériel au Liban n'ont pas permis au MS de se familiariser avec le processus. Effectivement, sept ministères de la santé, avec des durées de mandat, des affiliations politiques, des professions et des spécialisations différents, ont présidé le NOD-Lb depuis sa création. Il convient de noter que le directeur général du ministère de la Santé est resté le même jusqu'en 2023. De plus vu la situation du pays le ministre de la Santé priorise la situation sanitaire. Toutefois, le ministère de la Santé a été bien représenté par le Directeur général qui a été impliqué dans toutes les

décisions ministérielles dans le pays pendant plus de 30 ans. C'est sur le conseil du Directeur général que le ministre valide les décisions.

Pour mieux comprendre le rôle régulateur de NOD-Lb et les problèmes liés à la mise en œuvre du processus de don et de transplantation d'organes au Liban, quatre membres clés de l'équipe de NOD-Lb ont été approchés. Les autres employés de NOD-Lb n'ont pas été inclus dans les personnes interviewées, car ils effectuent des tâches administratives non liées au partenariat. De même, le président de NOD-Lb (traditionnellement le MS) et les membres du conseil d'administration n'ont pas été inclus, car ils ne sont pas impliqués dans la régulation quotidienne du processus et sont moins susceptibles de connaître les défis sur le terrain.

Plusieurs sources de données ont été utilisées pour recueillir des informations sur les enjeux (figure 3). Un examen approfondi des documents techniques, des rapports de progrès, des articles publiés, des présentations de conférences et des décrets ministériels liés au don et à la transplantation d'organes au Liban a ainsi été réalisé. Les données primaires ont été collectées à travers des entretiens non structurés et semi-

structurés menés auprès de l'équipe de NOD-Lb et des représentants du MSP. Les entretiens non structurés étaient des conversations ouvertes, informelles et guidées, tenues dans divers contextes, tandis que les entretiens semi-structurés étaient plus courts et plus ciblés, menés en deux phases et comprenaient des entretiens individuels et de groupe. Tous les entretiens ont été menés par la première autrice en arabe, et enregistrés avec la permission de la personne interviewée. La collecte de données a été renforcée par l'observation non participante réalisée en visitant les bureaux de NOD-Lb, en assistant à des conférences et en étant présente lors de réunions informelles. La triangulation des données recueillies par entretien et par l'observation non participante a été obtenue par plusieurs documentations consultées qui n'ont par ailleurs fourni aucune donnée nouvelle.

Pour analyser les données, une approche abductive a été adoptée, où des codes initiaux ont été générés en fonction des réponses aux questions d'entretien, puis ajustés en fonction des éléments empiriques et des contenus obtenus en comparant les données aux cadres organisationnels existants. Les données ont ensuite été organisées en thèmes communs pour mieux comprendre la gouvernance du don et de la transplantation d'organes au

Liban. Un protocole d'étude de cas a été utilisé pour une analyse approfondie, et la triangulation à travers plusieurs sources et l'examen par des informateurs clés ont été utilisés pour assurer la validité et la rigueur des informations. Le cadre de Langfield-Smith a été appliqué pour comprendre les spécificités de la phase de démarrage du PPP, entre NOD-Lb et le MSP, et pour identifier les problèmes de contrôle inter-organisationnel.

Résultats

Les résultats de cette recherche seront présentés en fonction des composants du cadre de Langfield-Smith pour les arrangements inter-organisationnels.

La phase de démarrage de l'arrangement

La phase de démarrage du partenariat a été initiée en 2009 avec l'instauration du décret ministériel libanais n° 65 qui définissait le conseil d'administration de NOD-Lb et donnait naissance au système libanais de don et de transplantation d'organes. Cette étape semble avoir initié la plupart des mécanismes de contrôle, qui sont restés inchangés depuis lors. En fait, le modèle libanais apparaît comme un processus qui s'est rapidement figé, gardant les mêmes facteurs de contingence et mécanismes de contrôle. Compte tenu de l'importance de cette phase

de démarrage, un examen approfondi lui a été consacré à l'aune du modèle proposé par Langfield-Smith (2008).

Une perception initiale de confiance élevée

Dans le cas de NOD-Lb, les deux aspects de la confiance (compétence et bonne volonté) sont inhérents à la création de l'organisation, car elle a été établie pour regrouper les efforts de don et de transplantation d'organes en une seule organisation régie par la loi.

« ... il était difficile à l'époque de créer une agence publique responsable du don d'organes, alors le choix a été de créer un comité composé de personnes comme le directeur médical et le coordinateur national de NOD-Lb qui étaient personnellement engagés dans la question. Avec le temps, le comité est devenu une organisation avec un cadre et un budget afin de pouvoir fonctionner. » - Participant du MSP -

Alors que NOD-Lb apporte l'expertise nécessaire pour réguler une unité extrêmement spécialisée, le MSP offre la couverture législative nécessaire pour que NOD-Lb puisse fonctionner. Le décret ministériel (1/65) qui a conduit à la conception et a délimité le rôle et les responsabilités de NOD-Lb a fourni une distance institutionnelle, le régulateur ayant la responsabilité exclusive de superviser et de coordonner toutes les activités de don et de transplantation d'organes, tant pour les dons de personnes décédées que vivantes.

L'organisation s'est vu attribuer un budget distinct, alloué par le MSP, et a été chargée de servir d'interface pour le don et la transplantation d'organes, aussi bien au niveau local qu'international.

« NOD-Lb et les comités scientifiques et éthiques de l'ordre libanais des médecins doivent avoir tout le pouvoir. Ils [NOD-Lb] ont les responsabilités scientifiques et éthiques tandis que le MSP agit en tant qu'organe politique/administratif qui légitime leur travail. À ce jour, le MSP a réussi à protéger NOD-Lb et le processus de don d'organes contre les intérêts personnels/financiers et les influences politiques. Les normes éthiques et les recommandations sont strictement appliquées et observées. » - Participant du MSP -

Il est donc clair qu'à la phase de démarrage, il y avait une perception élevée de la confiance en la compétence, comme en témoigne l'expertise des membres de NOD-Lb et leur contribution aux règles concernant le don et la transplantation d'organes. En fait, depuis le tout début du PPP, NOD-Lb a bénéficié d'un haut niveau d'autonomie et s'est vu accorder une flexibilité considérable dans la prise de décision concernant les ressources humaines et financières ainsi que la gestion opérationnelle. Étant donné que NOD-Lb était considéré comme l'autorité de référence, il prenait des décisions éclairées et suggérait une législation. Depuis 2005, tous les décrets relatifs au don d'organes ont été suggérés par

NOD-Lb. Le directeur médical de NOD-Lb identifiait les problèmes et proposait des solutions après avoir consulté les coordinateurs nationaux et régionaux ainsi que les professionnels de santé sur le terrain. Les solutions proposées étaient ensuite présentées au conseil de NOD-Lb pour approbation avant d'être soumises au MSP pour légalisation. De plus, la confiance en la bonne volonté était également évidente, car le MSP avait déjà travaillé avec les membres de NOD-Lb, connaissait leur valeur, comprenait leur engagement et leur faisait confiance pour respecter leur engagement.

« Il [NOD-Lb] a l'autorité conférée par le MSP et une légitimité puisqu'il est financé par des fonds publics. NOD-Lb est reconnu officiellement et est capable de fonctionner de facto avec un statut connu sous une stratégie claire. » - Participant du MSP -

L'étendue du rôle réglementaire attribué à NOD-Lb soutient également un haut niveau à la fois de confiance en la compétence et de confiance en la bonne volonté. NOD-Lb est responsable d'élaborer des protocoles pour guider toutes les procédures de don et de transplantation et joue le rôle de superviseur au niveau administratif. Il supervise la mise en œuvre du système libanais de don et de transplantation d'organes, de tissus et de cellules dans les hôpitaux libanais et est la seule référence et celui qui se saisit des

problèmes chaque fois que ceux-ci surviennent. Ses tâches comprennent la coordination entre les centres de transplantation et les hôpitaux, la garantie de la collecte et de la distribution équitable des organes, la réalisation d'inspections hospitalières de routine, la tenue des dossiers des patients, le suivi des activités quotidiennes de transplantation et l'intervention chaque fois que nécessaire. NOD-Lb a également établi les règles d'inclusion dans la liste d'attente nationale et le registre national du don et de la transplantation, met à jour le registre des donneurs potentiels et délivre des cartes de don. De plus, l'organisation est responsable de la formation continue des professionnels de santé, de l'obtention de l'approbation du don et de la transplantation d'organes par les autorités religieuses, ainsi que de la sensibilisation du public par le biais de campagnes et de l'utilisation de différentes plateformes médiatiques. NOD-Lb est un participant actif dans toutes les activités de don d'organes et des débats de société qui s'y rattachent, tant au Liban qu'à l'étranger. En effet, le Code de déontologie médicale (n° 240 - art. 30, 2012) publié en 2012, a désigné NOD-Lb comme le seul organisme officiel responsable de la supervision et de la

coordination de toutes les activités de don, de greffe de tissus et de cellules au Liban.

Des actifs hautement spécifiques, une incertitude due à des résultats difficilement mesurables et des transactions peu fréquentes

En ce qui concerne les caractéristiques de la transaction, le partenariat public-privé (PPP) entre le MSP et NOD-Lb peut être caractérisé par une spécificité élevée des actifs. Plusieurs arguments peuvent être avancés en appui de ce point. D'abord, le fait que NOD-Lb ait été spécifiquement créé pour réguler le processus de don et de transplantation d'organes ; ensuite la forte probabilité que son redéploiement ou son remplacement entraînerait des coûts considérables et nécessiterait un décret ministériel.

De plus, les membres du conseil de NOD-Lb ont été choisis spécifiquement et nommés dans le décret ministériel (1/65) ayant conduit à la création et à la délimitation du rôle et des responsabilités de NOD-Lb. Le directeur médical et le coordinateur national font partie intégrante de l'organisation et du processus de don et de transplantation, et les parties prenantes s'inquiètent de l'avenir de l'organisation, une fois qu'ils auront pris leur retraite.

« ... Si le directeur médical et le coordinateur national partent, je ne sais pas ce qui arrivera

au programme ; cela dépendra de ceux qui les remplaceront. » - Participant du MSP -

Ensuite une grande incertitude comportementale et environnementale caractérise le don et la transplantation d'organes. Ainsi, la transplantation est sujette à l'accord parental du donneur potentiel décédé, et dépend de la disponibilité des ressources financières et humaines au moment requis. Par ailleurs, la transplantation se caractérise par une faible fréquence des transactions : le nombre exact de transplantations par an est incertain, mais il n'intervient pas quotidiennement. Les chiffres varient d'une année à l'autre en fonction du contexte du pays. Par exemple, le nombre total de transplantations était de 82 en 2010, il est passé à 123 en 2012, pour redescendre à 81 en 2015 et remonter à 123 en 2018 (NOD-Lb, [s.d.]).

En termes de prévisibilité des transactions, bien que les membres de NOD-Lb soient hautement qualifiés et familiers avec les tâches requises, celles-ci sont très complexes, car le processus de don, de prélèvement et de transplantation implique de multiples étapes et une multitude d'intervenants, incluant le personnel médical, les administrateurs hospitaliers, les infirmières, les coordinateurs de transplantation, les donneurs, les receveurs et leurs familles. En effet, le don

d'organes, le prélèvement et la transplantation, a fortiori lorsqu'ils sont issus de donneurs décédés, ne se déroulent pas selon un calendrier précis et dépendent de nombreux facteurs, rendant difficiles la planification précise de la procédure et la prédiction des résultats. De plus, les résultats de la transaction sont hautement imprévisibles et ne peuvent être prévus à l'avance.

Un niveau de risque élevé

Le niveau de risque pour le PPP entre NOD-Lb et le MSP au stade de l'initiation du partenariat paraît élevé, tant pour les risques relationnels que pour les risques de performance. Le risque relationnel est une fonction de la présence d'agendas cachés, de bénéfices privés et du manque d'engagement envers les objectifs communs de la collaboration, ce qui pourrait engendrer un comportement opportuniste. Le risque de performance, quant à lui, est basé sur des facteurs contextuels tels que la concurrence, les fluctuations du marché ou un changement de politique gouvernementale.

Ainsi, la perception d'un risque relationnel élevé est une fonction d'une forte incertitude comportementale, tandis que celle d'un risque de performance élevé est basée sur une forte incertitude environnementale. Le stade

initial du démarrage du partenariat se caractérise par deux parties qui semblent désireuses d'établir une relation durable et ont confirmé que ses bases étaient prometteuses avec des preuves d'une forte interdépendance assumée des deux partenaires et une pleine conscience des bénéfices que l'arrangement inter-organisationnel peut faire gagner aux deux parties. Cependant, les agendas cachés des partis politiques, les affiliations politiques du MS et le manque d'engagement envers les objectifs partagés qui en découle de la part du MSP nous conduisent à retenir une forte probabilité d'incertitude relationnelle élevée.

« Ça dépend de chaque ministre de la Santé qui arrive et de sa vision. » - Participant de NOD-Lb-

Les différents MS ont des priorités différentes en fonction de leur propre vision, des exigences de la situation politique et de leurs propres affiliations politiques. Tous les MS ne sont pas convaincus de l'importance du projet et de la nécessité de continuité du service. Les MS diffèrent dans leurs agendas personnels et dans le degré de flexibilité qu'ils manifestent dans la mise en œuvre et l'application des règles et des réglementations. La conséquence en est un manque certain de prévisibilité des

changements de nomination et de position, ainsi qu'au niveau final de la prise de décision. De plus, bien que le site Web du MSP soit très informatif sur les activités du MSP, le don d'organes est rarement, voire jamais, mentionné. Le manque d'engagement est également apparent dans le fait que les enveloppes financières ne sont pas versées de manière régulière et cohérente, alors même qu'elles sont intégrées dans le décret ministériel.

« Si [MSP] lui [NOD-Lb] fournit des ressources humaines et matérielles, le programme [de don et de transplantation d'organes] a un avenir important, car il y a beaucoup de patients dont la vie dépend de l'application de ce programme, il faudra aider beaucoup de personnes avec ce programme. Il doit être priorisé. » - Participant du MSP -

En outre, les facteurs contextuels allant de pair avec un environnement politique instable sont défavorables. Ainsi, les politiques de santé publiques sont largement sous-développées, le secteur privé à but lucratif domine le système de santé, l'inflation et la dévaluation de la monnaie locale sont des illustrations du niveau élevé de risque de performance. Quant à la gestion du processus, dans lequel les décisions finales doivent être approuvées par le ministre, il est très difficile d'obtenir de ce dernier son implication lorsqu'il change plusieurs fois par an. De plus, chaque fois que le ministre

change, le processus de don d'organes s'arrête, car l'équipe de NOD-Lb doit se réorganiser et s'adapter aux exigences du nouveau MS. Par ailleurs, les longues périodes sans gouvernement, signifient un arrêt d'activité législative et d'émission de décrets ministériels, reportant l'attribution du budget ou de la validation de décisions. Ceci entrave le processus étant donné que la procédure est continuellement interrompu ; ce qui ne facilite pas la prestation. En effet, les participants de NOD-Lb se plaignent que « Notre service est continuellement interrompu. » - Participant de NOD-Lb – et indiquent que « C'est une longue procédure, c'est pourquoi elle doit être continue et nous ne pouvons pas fournir un service continu. » - Participant de NOD-Lb. Il trouve difficile de se trouver toujours en attente des lois « Le ministère a changé et la loi n'a pas été votée, en attente du nouveau ministère. » - Participant de NOD-Lb –

Une structure de gouvernance hiérarchique

Dans le cas du partenariat entre le MSP et NOD-Lb, il est difficile de déterminer s'il y a eu un effort conscient pour définir une structure de gouvernance exacte à la phase de démarrage du partenariat, étant donné qu'elle était principalement régie par un décret

ministériel. Par essence, on pourrait la décrire comme une hiérarchie avec une approche descendante où NOD-Lb exerce son rôle de régulation et propose des changements à la législation, mais la décision finale reste entre les mains du MS.

« Les dossiers commencent à NOD-Lb, puis passent par le Directeur général [du MSP], pour arriver au MS avec une approbation suggérée, en attente de ratification. » - Participant de NOD-Lb -

Par conséquent, bien que le processus soit censé être basé sur une structure de gouvernance collaborative, l'équilibre des pouvoirs n'est pas égal, car le pouvoir de NOD-Lb réside dans son expertise, tandis que le MSP, bien que moins informé, détient le pouvoir du soutien financier et légal. Cela donne lieu à un processus de gouvernance très fragile compte tenu de l'instabilité politique du pays, des changements fréquents de cabinet et du manque de continuité. De plus, la nature privée du système de santé limite considérablement l'autorité du MSP sur les hôpitaux privés majoritaires, ce qui entrave encore davantage le processus et le succès du don et de la transplantation d'organes dans le pays.

« La médecine au Liban, c'est privé, ... Ils [les médecins] perdent 3 ou 4 heures de recettes cliniques donc ils ne viennent pas. » - Participant de NOD-Lb -

Mécanismes de contrôle informels

En ce qui concerne les mécanismes de contrôle, aucune surveillance externe ou routine d'évaluation n'a été développée pendant la phase de démarrage et aucun incitatif ou contrôle sous forme de récompenses ou de sanctions envers NOD-Lb n'a été proposé de la part du MSP. Étant donné que NOD-Lb a été créé en raison du besoin de fournir un service que le MSP n'était pas capable de proposer en raison du manque de ressources et d'expertise, il n'est pas surprenant que le mécanisme de contrôle pendant la phase de démarrage repose sur des modèles de confiance, où le MSP a cherché à établir une entité composée d'individus ayant l'expertise requise et avec qui il avait précédemment collaboré avec succès.

« Le gouvernement a confié ce projet à NOD-Lb. » - Participant de NOD-Lb -

Dans ce cas, les fondements de la collaboration étaient principalement basés sur la réputation des représentants du secteur privé et la confiance du MSP en ceux-ci, qui découlaient de collaborations antérieures (campagnes de sensibilisation, conférences, organisations existant avant NOD-Lb) et d'amitiés interpersonnelles (réseaux sociaux et professionnels).

Les modèles de contrôle basés sur la confiance, tels que les accords verbaux conditionnés par des relations personnelles, la valeur de la réputation, la quête d'une couverture médiatique positive, étaient donc dominants aux stades du démarrage du partenariat et de son exécution. Le décret ministériel qui sert de contrat pour la relation d'externalisation suppose une confiance contractuelle et établit des liens lâches entre les paiements et les résultats, puisque les paiements se présentent sous forme d'un budget prédéfini et les résultats ne sont pas spécifiés à l'avance. La seule forme de contrôle basé sur la bureaucratie semble être la nécessité de fournir des justificatifs de dépenses pour recevoir les paiements, mais il s'agit davantage du respect d'une norme classique de financement public que d'un mécanisme de contrôle spécifique.

Par conséquent, tous les contrôles qui étaient en vigueur à cette étape étaient principalement d'ordre social et essentiellement basés sur une structure d'incitation interne, sans contrat ni concurrence.

Discussion

Le modèle proposé par Langfield-Smith (2008) peine à expliquer le cas libanais en situation de crises, lors de la phase de

démarrage du partenariat. Les résultats exposés précédemment soulignent la prédominance de la composante de la confiance dans le *package* de contrôle proposé. Ainsi, bien que la spécificité des actifs et l'incertitude soient élevées, le niveau élevé de confiance perçue l'emporte et semble expliquer que les risques n'aient pas été pris en compte, ni même mesurés. Cela est renforcé par l'importance du réseau personnel dans la société libanaise, élément central de la culture nationale, exploité dans toutes les situations personnelles et professionnelles, des plus banales aux plus complexes (Asmar, 2011). Le réseau personnel est toujours le premier recours, le moyen le plus facile et le plus efficace pour faire avancer les choses dans le pays. Cela reflète en quelque sorte la création du PPP pour la gouvernance des dons et des transplantations d'organes au Liban et explique l'importance qu'y revêtent la confiance et les relations personnelles. Connaître les bonnes personnes permet souvent d'éliminer une partie des tracasseries bureaucratiques et d'accélérer les processus (Asmar, 2011). Cela explique également la prévalence d'une culture d'accords oraux basés sur la confiance et le peu d'attention portée aux règles formelles. Cela pourrait également expliquer le peu de considération

accordée aux risques au profit de la mise en place du processus.

Des facteurs complémentaires définissant la relation au sein du partenariat doivent donc être intégrés lors de l'exploration des mécanismes de gouvernance et de contrôle dans le don et la transplantation d'organes au Liban. Ditillo et ses coauteurs ont émis l'hypothèse en 2015 que, en plus des variables de service essentiellement dérivées de l'économie des coûts de transaction, telles que la spécificité des actifs, l'incertitude des tâches, l'interdépendance des tâches et la mesurabilité des résultats, le choix du mécanisme de contrôle pourrait également être expliqué par des variables relationnelles incluant la connaissance du partenaire, la visibilité politique, le mode de délivrance du service (faisant appel à un tiers) la congruence des objectifs entre les partenaires (Ditillo *et al.*, 2015).

L'analyse présentée dans cet article permet de formuler plusieurs recommandations relatives au ministère de la Santé publique et à NOD-Lb.

Établir un cadre de gouvernance évolutif pour le don et la transplantation d'organes

L'importance de la confiance dans le choix des mécanismes de gouvernance au Liban

suggère la nécessité d'une analyse plus approfondie des questions de confiance qui va au-delà de la confiance entre parties prenantes et comprend une analyse des déterminants des systèmes et des institutions de confiance (Greenberg *et al.*, 2008). Il serait donc nécessaire de concevoir des mécanismes de contrôle inter-organisationnels flexibles, basés sur une gouvernance intégrant une évaluation des risques perçus, et des processus visant à renforcer la confiance et réduire les risques. Cela nécessitera une étude approfondie des sources de confiance, non seulement entre les partenaires, mais également au niveau des institutions et des systèmes, en tenant compte des particularités culturelles et des contextes de crise (instabilités politiques, économiques ou de corruption élevée).

Renforcer les mécanismes de contrôle et d'audit dans un cadre de gouvernance adapté aux environnements instables

Afin de garantir la pérennité et la transparence du programme de don et de transplantation d'organes, nous recommandons de mettre en place des mécanismes de contrôle de gestion adaptés aux défis posés par l'instabilité politique, économique ou la corruption. Ces mécanismes devraient inclure un contrôle

hiérarchique renforcé, des audits externes indépendants et des systèmes de suivis en temps réel pour permettre une réaction rapide face aux dysfonctionnements. L'intégration d'un contrôle contractuel rigoureux avec des indicateurs de performance, des clauses de pénalités et un système de rotation des responsabilités contribuerait également à limiter les risques de collusion et d'abus. En parallèle, encourager le signalement anonyme des mauvaises pratiques (*whistleblowing*) et impliquer les parties prenantes externes dans les comités de suivi renforcerait la transparence et la confiance dans le programme. Ces mesures de contrôle doivent être conçues pour s'adapter aux variations contextuelles et culturelles, permettant ainsi une gouvernance résiliente et durable. Une combinaison de ces mécanismes permettrait de développer un cadre de contrôle de gestion résilient et adapté aux conditions politiques et économiques instables, qui protège l'intégrité des projets et services fournis.

Aligner stratégiquement les objectifs entre partenaires

Il s'agit d'assurer une cohérence des objectifs et des priorités entre le ministère de la Santé et ses partenaires privés, comme le NOD-Lb, afin de garantir la création de valeur et la

pérennité des services. Cet alignement stratégique doit être accompagné de mécanismes de suivi et d'évaluation réguliers pour mesurer l'atteinte des objectifs communs. De plus, il est essentiel que les ressources, l'infrastructure et le soutien opérationnel soient continuellement adaptés aux besoins du programme, afin de le stabiliser et de l'ancrer durablement, indépendamment des fluctuations financières et politiques. Le ministère doit s'engager à un financement et un soutien pluriannuel, garantissant ainsi que les initiatives ne soient pas affectées par les changements de priorités politiques ou budgétaires.

Intégrer le programme de don et transplantations d'organes dans la stratégie nationale de santé publique

Nous recommandons d'intégrer le programme de don et de transplantation d'organes dans le plan national de santé. Cela impliquera le développement des capacités et compétences nécessaires au sein du ministère pour superviser efficacement ce programme tout en déléguant la mise en œuvre à une entité privée dans un modèle de partenariat public-privé. Le partenaire privé doit bénéficier de l'appui complet du ministère pour assurer l'exécution des tâches opérationnelles.

Créer un département spécialisé au sein du ministère de la Santé

Il s'agit de créer une division dédiée au don d'organes au sein du ministère de la Santé, constituée de professionnels qualifiés capables de fournir des avis informés et de prendre des décisions fondées sur des connaissances spécifiques du domaine. Ce département serait responsable de la supervision et du développement stratégique du programme de don et de transplantation d'organes au Liban.

Renforcer et institutionnaliser le partenariat avec le NOD-Lb

En lien direct avec le nouveau département spécialisé, notre recommandation consiste à formaliser le partenariat public-privé avec le National Organ Donation-Lebanon (NOD-Lb) afin de renforcer l'effort national pour le don et la transplantation d'organes. Le ministère devrait fournir un soutien financier et institutionnel stable au NOD-Lb, incluant la formation continue du personnel et l'allocation de ressources spécifiques, permettant ainsi au NOD-Lb de jouer un rôle de premier plan dans la mise en œuvre du programme.

Conclusion

La situation libanaise suggère que les modèles visant à influencer les mécanismes de contrôle inter-organisationnels sont spécifiques au contexte du pays et même plus particulièrement au contexte de crises et ne peuvent pas être généralisés (Steenkamp et Geyskens, 2012). Ainsi, pour mieux comprendre et expliquer les mécanismes de gouvernance et de contrôle en vigueur au Liban, où la confiance, la parole donnée et les compétences jouent un rôle clé, on peut penser dans ce contexte instable et non contraignant, à offrir un cadre de gouvernance plus flexible pour l'initiation de ce type de PPP. Dans le cas de NOD-Lb, le modèle de Langfield-Smith ne s'applique pas entièrement. En l'occurrence, bien que le risque potentiel soit élevé, il ne correspond pas à la combinaison de mécanismes de contrôle retenue. En situation de faiblesse des autres paramètres du modèle en raison de la crise multiforme que rencontre le Liban, la perception initiale de la confiance, accompagnée d'une contribution des caractéristiques transactionnelles deviennent prédominantes. Plus importante encore est la valeur ajoutée des variables relationnelles externes au modèle. Ces variables servent à décrire la relation entre les deux parties et incluent des facteurs explicatifs, tels que la

congruence des objectifs, la visibilité politique et la connaissance des partenaires. Cela impliquerait d'ajouter à la fois des facteurs de contingence du service et relationnels au modèle proposé par Langfield-Smith (2008), ainsi que d'étudier l'influence potentielle d'autres indicateurs sociétaux tels que la distance au pouvoir, la liberté d'expression de soi et les valeurs rationnelles séculières (Steenkamp et Geyskens, 2012). Le facteur de cohésion sociale pourrait également être l'objet de recherches futures.

Nous avons proposé une version affinée du modèle de Langfield-Smith qui prend en compte les conclusions de cet article et semble être plus applicable à des contextes de crise. Ceci est cohérent avec la littérature qui montre que la capacité des modèles de coûts de transaction à expliquer les choix de contrôle inter-organisationnel varie selon la culture nationale, et le contexte culturel dans lequel ils sont appliqués (Steenkamp et Geyskens, 2012). Ce point rejoint le discours sur la santé publique soulignant l'importance des déterminants sociaux de la santé (Lombrail, 2013). Nous pensons que ce modèle affiné pourrait être applicable dans d'autres contextes de crise caractérisés par un système de santé extrêmement fragmenté et fragile, souvent marqué par une instabilité

politique, tels que d'autres pays du Moyen-Orient et éventuellement certains pays à revenu intermédiaire inférieur en Afrique ou en Amérique du Sud.

Sur ces bases, de futures études pourraient creuser l'impact de la confiance et des variables relationnelles, du modèle. Il est également à noter que le modèle libanais est resté statique depuis l'initiation du partenariat et il serait intéressant d'étudier des cas ayant dépassé cette phase de démarrage.

Notices biographiques

Joumana Stephan Yeretzian est biostatisticienne et chercheuse en santé publique, titulaire d'un doctorat en sciences de gestion, ainsi que d'une maîtrise et licence en biostatistique. Professeure associée à l'Université Saint-Joseph de Beyrouth, elle coordonne la filière épidémiologie et biostatistique et dirige le Centre pour les initiatives de recherche collaborative en santé publique. Elle est également partenaire de Hera, un groupe international spécialisé en santé et développement. Avec plus de 25 ans d'expérience dans le secteur de la santé, ses recherches portent sur les études épidémiologiques, les partenariats public-privé et les systèmes d'information en santé.

Actuellement professeure à l'Université de Sherbrooke (Québec), **Nathalie Angelé-Halgand** est diplômée d'un doctorat (Ph. D.) en sciences de gestion et d'une habilitation à diriger des recherches de l'Université de Montpellier, et a réalisé un post-doctorat à l'Université d'Édimbourg (Écosse). Son domaine d'expertise est le management de la performance du bien commun, et notamment, des organisations du secteur santé-social. Ses intérêts de recherche actuels incluent l'EDI (Équité-Diversité-Inclusion) comme composante clé de la performance et de son management, ainsi que les modèles de management soutenables à l'ère de l'anthropocène.

Michèle Kosremelli Asmar est Professeure, Fondatrice et Directrice de l'Institut Supérieur de Santé Publique (USJ Beyrouth) depuis 2016. Experte en santé publique, elle détient un doctorat de l'Université Paris Dauphine et une solide expérience de plus de 30 ans dans des contextes fragiles. Fondatrice de l'ONG Include, elle milite pour l'inclusion des personnes handicapées au Liban. Elle collabore avec diverses institutions locales et internationales et est également membre active de réseaux académiques et scientifiques internationaux. Michèle Kosremelli Asmar est partenaire de Hera, un groupe international spécialisé en santé et

développement. Avec plus de 25 ans d'expérience dans le secteur de la santé, ses recherches portent sur la santé publique, la collaboration et la coordination interprofessionnelles, le handicap et l'inclusion, les politiques, la gestion et la gouvernance des systèmes de santé, la qualité et à l'accréditation, les ressources humaines, les partenariats public-privé et les données de santé.

Bibliographie

AMMAR, W. *et al.* (2016). « Health system resilience: Lebanon and the Syrian refugee crisis », *Journal of Global Health*, vol. 6, n° 2, p. 020704. Disponible sur : <https://doi.org/10.7189/jogh.06.020704>

ANDREWS, R. (2014). *Performance Management and Public Service Improvement*. UK: Public Policy Institute for Wales, PPIW Report n° 3, 14 p.

ANGELÉ-HALGAND, N. et GARROT, T. (2014). « Les biens communs à l'hôpital : De la "T2A" à la tarification au cycle de soins », *Comptabilité, Contrôle, Audit*, Tome 20, n°3, p. 15-41. Disponible sur :

<http://www.proquest.com/docview/2296581599/abstract/98B5C6443DF348F2PQ/1>

ANGELÉ-HALGAND, N. et GARROT, T. (2015). « Discipliner par le chiffre: L'hôpital financiarisé au risque de la réification ? / Disciplining by number: Hospitals under a regime of financialization and facing the risk of reification », *Entreprises et Histoire*, septembre 2015, vol. 79, n°2, p. 41-58.

ASMAR, M. (2011). *La collaboration interprofessionnelle : Cas d'un service de pédiatrie d'un hôpital universitaire au Liban*. Thèse de doctorat. Université Paris Dauphine.

« Banque du Liban ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : <https://www.bdl.gov.lb/> (page consultée le 19-05-2024).

BAO, G. *et al.* (2013). « Beyond New Public Governance: A Value-Based Global Framework for Performance Management, Governance, and Leadership ». *Administration & Society*, vol. 45, n°4, p. 443-467. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0095399712464952>

BESANÇON, S. *et al.* (2022). « The role of non-governmental organizations in strengthening healthcare systems in low- and middle-income countries: Lessons from Santé Diabète in Mali ». *Global Health Action*, vol. 15, n°1, 2061239. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2061239>

BILGEL, F. (2011). *The Law and Economics of Organ Procurement* [En ligne]. Doctoral Thesis. [s.l.] : Alma Mater Studiorum - Università di Bologna.

BRYSON, J.M., CROSBY, B.C. et BLOOMBERG, L. (2014). « Public Value Governance: Moving Beyond Traditional Public Administration and the New Public Management ». *Public Administration Review*, vol. 74, n°4, p. 445-456. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/puar.12238>

CHAN, H.Y. (2020). « Remapping the organ donation ethical climate: a care ethics consideration », *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 23, n°2, p. 295-308.

Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09934-2>

CHIAPELLO E. (1996), « Les typologies des modes de contrôle et leurs facteurs de contingence : un essai d'organisation de la littérature », *Comptabilité, Contrôle, Audit*, tome 2, vol. 2, p. 51-74.

DAS, T.K. et TENG, B.-S. (2001). « A risk perception model of alliance structuring », *Journal of International Management*, vol. 7, n°1, p. 1-29. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1075-4253\(00\)00037-5](https://doi.org/10.1016/S1075-4253(00)00037-5)

DEJONG, J. (2020). « The Challenges of a Public Health Approach to COVID-19 Amid Crises in Lebanon », *MERIP*. <https://merip.org/2020/05/the-challenges-of-a-public-health-approach-to-covid-19-amid-crisis-in-lebanon/>

DEKKER, H.C. (2004). « Control of inter-organizational relationships: evidence on appropriation concerns and coordination requirements », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 29, n°1, p. 27-49. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(02\)00056-9](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(02)00056-9)

DITILLO, A. *et al.* (2015). « Control Patterns in Contracting-Out Relationships: It Matters What You Do, Not Who You Are », *Public Administration Review*, vol. 93, n°1, p. 212-229. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/padm.1216>

ERTAŞ, H. (2014). « Performance Management in Public Sector as Motivaton and Success Factor: A Theoretical Analysis ». *Kamu kesiminde motivasyon ve başarı faktörü olarak performans yönetimi kuramsal bir Anal.*, vol. 4, n°2, p. 178-189.

Disponible sur : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bsu&AN=99003030&site=ehost-live&scope=site>

FERRY, L. et SCARPARO, S. (2015). « An era of governance through performance management. New Labour's National Health Service from 1997 to 2010 », *Accounting History Review*, vol. 25, n°3, p. 219-238. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/21552851.2015.1091673>

Global Observatory on Donation and Transplantation (GODT). (2023). *Organ Donation and Transplantation Activities 2023 Report*. Disponible sur : <https://www.transplant-observatory.org/wp-content/uploads/2024/12/2023-data-global-report-17122024.pdf>

GREENBERG, P.S., GREENBERG, R.H. et ANTONUCCI, Y.L. (2008). « The role of trust in the governance of business process outsourcing relationships: A transaction cost economics approach », *Business Process Management Journal.*, vol. 14, n°5, p. 593-608. Disponible sur : <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/14637150810903011>

HABIB, R.R. (2019). « Ethical, methodological, and contextual challenges in research in conflict settings: the case of Syrian refugee children in Lebanon », *Conflict and Health*, vol. 13, n°1, p. 29. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0215-z>

HECHT, R.M. et TANZI, V.L. (1993). « The Role of Non-Governmental Organizations in the Delivery of Health Services in Developing Countries », *The World*

Development Report 1993, New York: Oxford University Press.

HEIDE, J.B. (1994), « Interorganizational Governance in Marketing Channels », *Journal of Marketing*, vol. 58, n°1 p. 71-85.

IRVING, M.J. *et al.* (2012). « Factors that influence the decision to be an organ donor: A systematic review of the qualitative literature », *Nephrology Dialysis Transplantation*, vol. 27, n°6, p. 2526-2533. doi: 10.1093/ndt/gfr683.

KHALIFE, J. *et al.* (2017). « Hospital Contracting Reforms: The Lebanese Ministry of Public Health Experience ». *Health Systems & Reform*, vol. 3, n°1, p. 34-41. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1272979>

KHOURY, P., AZAR, E. et HITTI, E. (2020). « COVID-19 Response in Lebanon: Current Experience and Challenges in a Low-Resource Setting », *JAMA*, vol. 324 n°6, p. 548–549. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12695>

KRONFOL, N.M. et BASHSHUR, R. (1989). « Lebanon's Health Care Policy: A Case Study in the Evolution of a Health System under Stress ». *Journal of Public Health Policy*, vol. 10, n°3, p. 377. Disponible sur : <https://doi.org/10.2307/3342798>

LANGFIELD-SMITH, K. (2008). « The relations between transactional characteristics, trust and risk in the start-up phase of a collaborative alliance », *Manag. Account. Res.*, [En ligne]. Décembre 2008, vol. 19, n°4, p. 344-364. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.mar.2008.09.001>

LAPSLEY, I. (2009). « New Public Management: The Cruellest Invention of the Human Spirit?1 », *Abacus*, vol. 45, n°1, p. 1-21. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1467-6281.2009.00275.x>

LERBERGHE, W.V., MECHBAL, A. et KRONFOL, N. (2018). *The Collaborative Governance of Lebanon's Health Sector: Twenty Years of Efforts to Transform Health System Performance*. Ministry of Public Health ; Policy Support Observatory ; World Health Organization. Disponible sur : <http://www.moph.gov.lb>

LOMBRAIL, P. (2013). « Pour une stratégie nationale de santé qui ne se limite pas à l'optimisation des parcours de soins individuels », *Santé Publique (Bucur.)*, vol. 25, n°4, p. 385-388. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezsecureaccess.balamand.edu.lb/revue-sante-publique-2013-4-page-385.htm>

MANZANO, A. et PAWSON, R. (2014). « Evaluating deceased organ donation: a programme theory approach », *J. Health Organ. Manag.*, vol. 28, n°3, p. 366-385. Disponible sur : <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2012-0131>

MCMULLIN, C. (2021) « Challenging the necessity of New Public Governance: Co-production by third sector organizations under different models of public management », *Public Administration Review*, vol. 99, n°1, p. 5-22. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/padm.12672>

MERCADO-MARTÍNEZ, F.J., DÍAZ-MEDINA, B.A. et HERNÁNDEZ-IBARRA, E.

(2013). « Achievements and barriers in the organ donation process: a critical analysis of donation coordinators' discourse », *Progress in Transplantation. Aliso Viejo*, vol. 23, n°3, p. 258-264. Disponible sur :

<http://search.proquest.com/docview/1561057341/abstract/ED01AAFD2EA34391PQ/1>

MODRA, L. et HILTON, A. (2015). « Ethical issues in organ transplantation », *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, vol. 16, n°7, p. 321-323.

MoPH (2019). « National Health Accounts », Lebanese Ministry of Public Health. Disponible sur : <https://www.moph.gov.lb/userfiles/images/Statistics/NHA%20Key%20Indicators%2C%202019-2020-2021.pdf> (page consultée le 15-09-2024).

« NOD-LB ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : <https://www.nodlb.org/> (page consultée le 19-05-2024).

O'FLYNN, J. (2007). « From New Public Management to Public Value: Paradigmatic Change and Managerial Implications ». *Australian Journal of Public Administration*, vol. 66, n°3, p. 353-366. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1467-8500.2007.00545.x>

OHEMENG, F.L.K. et GRANT, J.K. (2014). « Neither public nor private: The efficacy of mixed model public service delivery in two Canadian municipalities ». *Canadian Public Administration*, vol. 57, n°4, p. 548-572. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/capa.12090>

OSBORNE, S.P. (2006). « The New Public Governance? ». *Public Management Review*, vol. 8, n°3, p. 377-387. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/14719030600853022>

PIOTROWICZ, M. et CIANCIARA, M. (2013). « The Role of Non-Governmental Organizations in the Social and the Health System ». *Przegl Epidemiol* vol. 67, p. 69-74.

RAZDAN, M. *et al.* (2015). « Breakdown in the Organ Donation Process and Its Effect on Organ Availability ». *Journal of Transplantation*, vol. 2015, p. 831501. Disponible sur :

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1155/2015/831501>

RUDGE, C. *et al.* (2012). « International practices of organ donation ». *British Journal of Anaesthesia*, vol. 108, Suppl. 1, p. i48-i55. Disponible sur :

<https://doi.org/10.1093/bja/aer399>

RUTTY, J.E. (2016). « Religious Attitudes to Death ». *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*, Elsevier, vol. 4, p. 88-108.

SALAMON, L.M. (2001). « The New Governance and the Tools of Public Action: An Introduction ». *Fordham Urban Law Journal*, vol. 28, n°5, p. 65. Disponible sur : <https://ir.lawnet.fordham.edu/ulj/vol28/iss5/4>

SIMINOFF, L.A. et TRAINO, H.M. (2009) « Improving donation outcomes: hospital development and the Rapid Assessment of Hospital Procurement Barriers in Donation », *Progress in Transplantation. Aliso Viejo*, vol. 19, n°2, p. 180-187. Disponible sur : <http://search.proquest.com/docview/227959415/abstract/BD9647DD54F4C6FPQ/1>

SIMONET, D. (2008). « The New Public Management theory and European health-care reforms ». *Canadian Public Administration*, vol. 51, n°4, p. 617-635.

Disponible sur :

<https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.2008.00044.x>

SOQIA J. *et al.* (2023). « Attitudes and factors influencing organ donation decision-making in Damascus, Syria: a cross-sectional study », *Science Reports*, vol. 13, n°1, p. 18150. doi: 10.1038/s41598-023-45388-6. PMID: 37875722; PMCID: PMC10598269

SOYAMA A. et EGUCHI S. (2016). « The current status and future perspectives of organ donation in Japan: learning from the systems in other countries », *Surgery Today*, vol. 46, n°4, p. 387-392. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00595-015-1211-6>

SPEKLÉ, R.F. (2001) « Explaining management control structure variety: a transaction cost economics perspective », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 26, n°4-5, p. 419-441. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(00\)00041-6](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(00)00041-6)

SPRUSANSKY, D. (2020). « Tackling Lebanon's Environmental Crises », *The Washington Report on Middle East Affairs*, vol. 39, n°7, p. 53-54.

STEENKAMP, J.-B. E. M. et GEYSKENS, I. (2012) « Transaction cost economics and the roles of national culture: a test of hypotheses based on Inglehart and Hofstede », *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 40, n 2, p. 252-270. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11747-011-0266-1>

STEPHAN J. (2022). *Public Private Partnership-based performance management in fragmented healthcare systems: the case of organ donation and transplantation in Lebanon* [En ligne]. Thèse de doctorat en sciences de gestion (PhD).

Nantes Université, 2022. Disponible sur : <https://doi.org/10/document>

VAN DER MEER-KOOISTRA, J. et VOSSELMAN, E.G.J. (2000). « Management control of interfirm transactional relationships: the case of industrial renovation and maintenance », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 25, n°1, p. 51-77. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0361-3682\(99\)00021-5](https://doi.org/10.1016/S0361-3682(99)00021-5)

VAROUTSA, E. et SCAPENS, R.W. (2018) « Trust and control in evolving inter-organisational relationships: Evidence from the aerospace industry ». *Accounting Auditing & Accountability Journal*, vol. 31, n°3, p. 112-140. Disponible sur : <https://doi.org/10.1108/AAAJ-02-2013-1218>

WHO, Transplantation Society (TTS), Organización Nacional de Transplantes (ONT). (2010). « Third WHO Global Consultation on Organ Donation and Transplantation: striving to achieve self-sufficiency, March 23-25, 2010, Madrid, Spain », *Transplantation*, vol. 91 Suppl. 11, p. S27-28. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/TP.0b013e3182190b29>

WILLIAMSON, O.E. (2010). « Transaction Cost Economics: The Origins », *Journal of Retailing*, septembre 2010. vol. 86, n°3, p. 227-231.

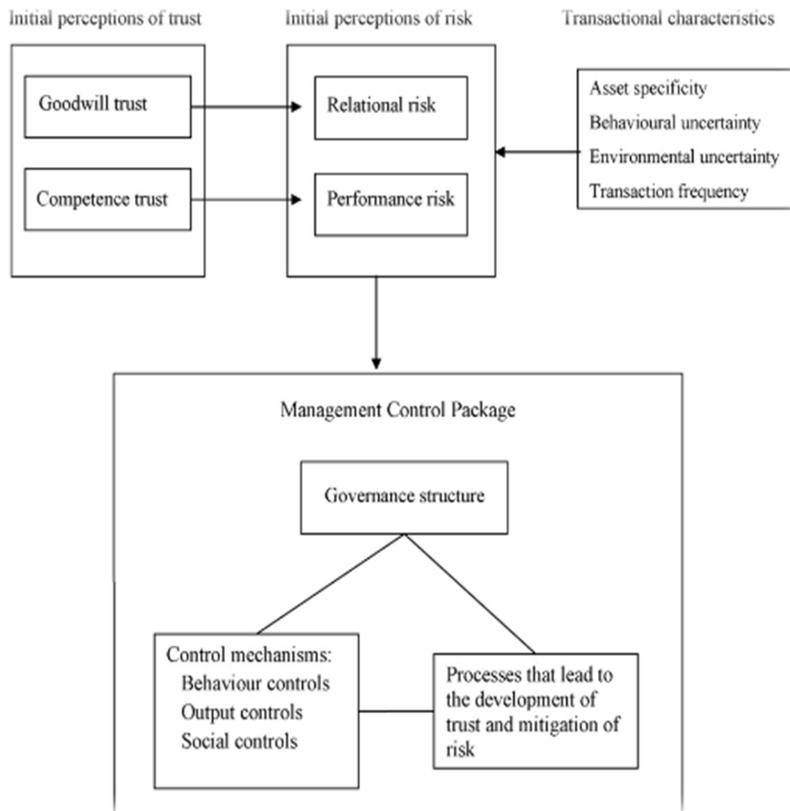
« World Bank ». [s.l.] : [s.n.], [s.db.]. Disponible sur : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GE.ZS?locations=LB> (page consultée le 15-09-2024)

WORLD BANK GROUP. (2022). « Lebanon's crisis: Great denial in the deliberate depression. », January 2022 World Bank.
<https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/01/24/lebanon-s-crisis-great-denial-in-the-deliberate-depression>

XIONG W. *et al.* (2019). « Governing public-private partnerships: A systematic review of case study literature », *Australian Journal of Public Administration*, vol. 78, n°1, p. 95-112. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/1467-8500.12343>

Annexes

Figure 1 : Influences sur la combinaison de mécanismes de contrôle inter-organisationnel



Source : Langfield-Smith, 2008

Figure 1: Control modes and incidence relational risk and performance risk

		Knowledge of the Transformation Process (i.e. Task Programmability)	
		high	low
Outcome Measurability	high	Behaviour control and output control	Output control <i>(Performance Risk)</i>
	low	Behaviour control <i>(Relational Risk)</i>	Social control <i>(Relational Risk and Performance Risk)</i>

Source: Das and Teng, 2001

Figure 3 : Collecte de Données

Revue Documentaire	Entretiens non structurés	Entretiens semi structurés	Observation
<ul style="list-style-type: none"> • Articles publiés • Littérature grise • Manuels • Présentations de conférences • Coupures de presse • Sites web • Rapports administratifs • Lois 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversations ouvertes, informelles et guidées • Sondages et détails • Entretiens individuels en tête-à-tête ou en groupe • 4 personnes interrogées 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux phases • Guides d'étude • 10 entretiens • 6 personnes interrogées 	<ul style="list-style-type: none"> • Visite au bureau • Présence passive lors de réunions informelles • Participation à des conférences

Source : Stephan (2022)