



Centre des Etudes Doctorales : Sciences Economiques et Gestion
Laboratoire de Recherche : « Etudes et Recherche en Management des
Organisations et des Territoires »

Thèse pour l'obtention du Doctorat
en Sciences Economiques et Gestion

Sous le thème :

Capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances
et pilotage de la performance organisationnelle des systèmes de soins :
Cas du CHU Hassan II de Fès

Présentée et soutenue par :

Abdelouaret EL-WARDI

Sous la direction du professeur :

Mohamed HEMMI

Membres du Jury

Abdelhamid SKOURI	Professeur de l'Enseignement Supérieur, FSJES- Fès	Président
Mohamed HEMMI	Professeur de l'Enseignement Supérieur, FSJES- Fès	Directeur de thèse
Mohammed HASSAINATE	Professeur de l'Enseignement Supérieur, FSJES- Rabat- Agdal	Suffragant
Hamid SLIMANI	Professeur Habilité, FSJES- Fès	Suffragant
Lionel TOUCHAIS	Professeur de l'Enseignement Supérieur, IGR-IAE-Rennes1- France	Suffragant
Hamid JIBER	Professeur Habilité, FMP- Fès	Suffragant

Année universitaire : 2020/2021

A mes parents

A mon épouse

A mon frère et sœurs

A mon oncle Larbi

A tous ceux qui ont cru en moi

REMERCIEMENTS

Je voudrais exprimer tout d'abord ma profonde gratitude à mon directeur de thèse, M. Mohamed HEMMI, pour sa disponibilité, son soutien sans faille, ses riches conseils et ses exigences de rigueur. Il a toujours su trouver les mots justes pour me motiver et me donner l'envie d'avancer dans ma réflexion. J'aimerais lui dire que j'ai eu le grand plaisir de travailler sous sa direction. Ses compétences professionnelles incontestables ainsi que ses qualités humaines lui valent l'admiration et le respect de tous. Qu'il trouve dans ce modeste travail l'expression de ma reconnaissance éternelle.

Mes remerciements vont ensuite aux membres du jury. En premier lieu, je remercie vivement Messieurs les Professeurs Abdelhamid SKOURI, Hamid SLIMANI et Mohammed HASSAINATE, qui me font l'honneur d'accepter d'évaluer ce travail et pour l'investissement que la fonction de rapporteur représente. Je remercie également Messieurs Lionel TOUCHAIS, Professeur des universités à l'IGR-IAE de Rennes 1, et Hamid JIBER Professeur agrégé à la faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, qui ont accepté de siéger à mon jury.

Cette thèse doit aussi beaucoup aux professionnels du CHU Hassan II Fès, qui ont bien voulu me consacrer quelques moments de leur temps précieux pour valider ma recherche. Ce travail n'aurait pu voir le jour sans les entretiens et la disponibilité que m'ont accordé les acteurs hospitaliers (médecins, infirmiers, administrateurs...) pour m'aider à comprendre les réalités du terrain. Je les en remercie.

Je souhaite aussi remercier tous les membres de l'ancien Laboratoire EDETO. Ils ont toujours su être disponibles pour aider les doctorants et ils ont su faire partager leur savoir avec passion. Je remercie avec une grande affection M. Abdelhamid SKOURI à qui l'orientation de ma recherche doit beaucoup. Au cours de ses séminaires et ateliers de recherche, il a su, avec rigueur et malice, me faire découvrir de nombreux domaines de recherche.

Je remercie mes collègues de recherche qui, tous, à des degrés divers, m'ont aidé directement ou indirectement dans mon travail. Sans les discussions animées et stimulantes que nous avons eues si souvent et sur des sujets si divers, parfois fort éloignés de mon thème de recherche, cette thèse aurait été assurément bien différente.

Enfin, je n'oublie certainement pas ma famille, mes amis et mes collègues et surtout mon épouse pour son soutien indéfectible durant ces années.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	6
INTRODUCTION GENERALE.....	8
Chapitre I.....	19
LES FONDEMENTS THEORIQUES DE LA PERFORMANCE.....	19
Introduction	19
Section I. Performance : analyse de la littérature	20
Section II : La performance organisationnelle	35
Section III : Mesure et évaluation de la performance	40
Section IV : Pilotage de la performance organisationnelle	51
Section V. Les outils actuels de pilotage de la performance.....	59
Conclusion du 1 ^{er} chapitre.....	66
Chapitre II	67
LES FONDEMENTS THEORIQUES DE L'APPROCHE BASEE SUR LES RESSOURCES ET EMERGENCE DES CAPACITES ORGANISATIONNELLES	67
Introduction	67
Section I. Les sources de la performance	68
Section II. Le renouveau de l'ABR et émergence des capacités organisationnelles.....	80
Section III : Les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC.....	97
Section IV. Capacités organisationnelles spécifiques et performance organisationnelle des systèmes de soins	109
Conclusion du 2 ^{ème} chapitre	114
Chapitre III	116
L'HOPITAL PUBLIC MAROCAIN A L'EPREUVE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE.....	116
Introduction	116
Section I. L'avènement de l'hôpital public	117
Section II. La nouvelle gestion publique dans le contexte hospitalier marocain	127
Section III. La performance organisationnelle hospitalière	140
Conclusion du 3 ^{ème} chapitre	152
Chapitre IV	154

LE POSITIONNEMENT EPISTEMOLOGIQUE ET LES CHOIX METHODOLOGIQUES	154
Section I. Posture épistémologique et méthodologie	154
Section II. Le choix d'une méthodologie qualitative centrée sur une étude de cas	162
Section III. La sélection des cas	167
Conclusion du 4 ^{ème} chapitre	191
Chapitre V	192
LES COSGC : LEVIER DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE DES ORGANISATIONS HOSPITALIERES	192
RESULTATS DE L'ETUDE EMPIRIQUE	192
Section I. Le cadre d'évaluation de la performance organisationnelle des deux hôpitaux	192
Section II : Interaction COSGC - performance organisationnelle des systèmes de soins....	224
Section III. Le tableau de bord prospectif BSC : outil de développement des COSGC	253
Conclusion du 5 ^{ème} chapitre	260
CONCLUSION GENERALE	262
BIBLIOGRAPHIE	270
LISTE DES FIGURES	283
LISTE DES TABLEAUX	284
LISTE DES ANNEXES	285
TABLE DES MATIERES	296

INTRODUCTION GENERALE

Les modèles et les outils de pilotage des organisations ne cessent d'évoluer. A l'origine basé sur la planification et le contrôle d'objectifs financiers, le pilotage s'appuie désormais sur une approche plus globale, tentant d'intégrer et de maîtriser les composantes plus complexes, comme les capacités organisationnelles, les compétences des individus et l'exigence de progrès. Les capacités organisationnelles reflètent les interactions complexes qui se tissent entre les ressources de l'organisation et les compétences lors de leur mise en œuvre dans des processus.

La performance est davantage saisie comme la maîtrise du potentiel de réalisation de l'organisation. Il devient, par conséquent, nécessaire d'adapter les outils de pilotage pour qu'ils intègrent les problématiques du développement des capacités à même de stimuler le progrès continu, et de la maîtrise du savoir agir des différentes entités de l'organisation.

C'est dans cette approche assez large de pilotage de la performance organisationnelle que nous avons inscrit notre travail de recherche. Nous avons particulièrement cherché à mettre en relation les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances et la performance organisationnelle. L'objectif étant d'appréhender l'importance des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances en tant que facteur de la performance organisationnelle des systèmes de soins.

1. Mise en contexte de la recherche

La mission traditionnelle de l'hôpital ainsi que ses pratiques de gestion ont profondément évolué. Les ressources allouées à l'entité hospitalière deviennent cependant limitées. L'hôpital public est plus que jamais aujourd'hui appelé à être performant. Améliorer la performance nécessite, au préalable, de pouvoir la mesurer. La performance hospitalière est liée à la perception de la nature et de la fonction de l'hôpital : ses missions, les conditions de sa prospérité et ses relations avec les parties prenantes. De façon générale, l'analyse de la littérature spécialisée en la matière permet de constater qu'un consensus se dégage autour de quatre dimensions¹ dominantes utilisées le plus fréquemment pour circonscrire le concept de performance organisationnelle :

¹ Cameron et Whetten, 1983 ; D'Aunno, 1992 ; Morin, 1994 ; Quinn et Rorhbaugh, 1983 ; Sicotte et al, 1998) se sont inspirés des travaux du sociologue américain T. Parson, fondateur de la théorie de l'action, notamment ses recherches sur le système social et l'évolution de la théorie ancienne, New York, Free Press 1977.

- **L'atteinte des objectifs** : dans cette vision, l'attention est focalisée sur le degré selon lequel l'organisation arrive à produire des biens et des services.
- **Relations humaines** : pour ce courant, la performance est évaluée sur la base de quelques indicateurs tels que le climat social, le moral, l'absence de conflits, ou encore la cohésion des membres et des groupes au sein de l'institution.
- **Système ouvert sur l'environnement** : pour les tenants de ce courant, l'organisation est vue comme étant une entité liée à son environnement. La performance de l'entité est mesurée par sa capacité d'acquérir et de maintenir un niveau adéquat de ressources.
- **Orienté vers les processus internes** : selon cette vision, la performance de l'organisation dépend étroitement de ses processus internes : mécanismes de coordination et de prise de décision, flux d'information, gestion des relations, procédés de production, ... La performance n'est pas liée uniquement à la qualité et la quantité de services produits mais aussi à la manière dont on parvient à les produire.

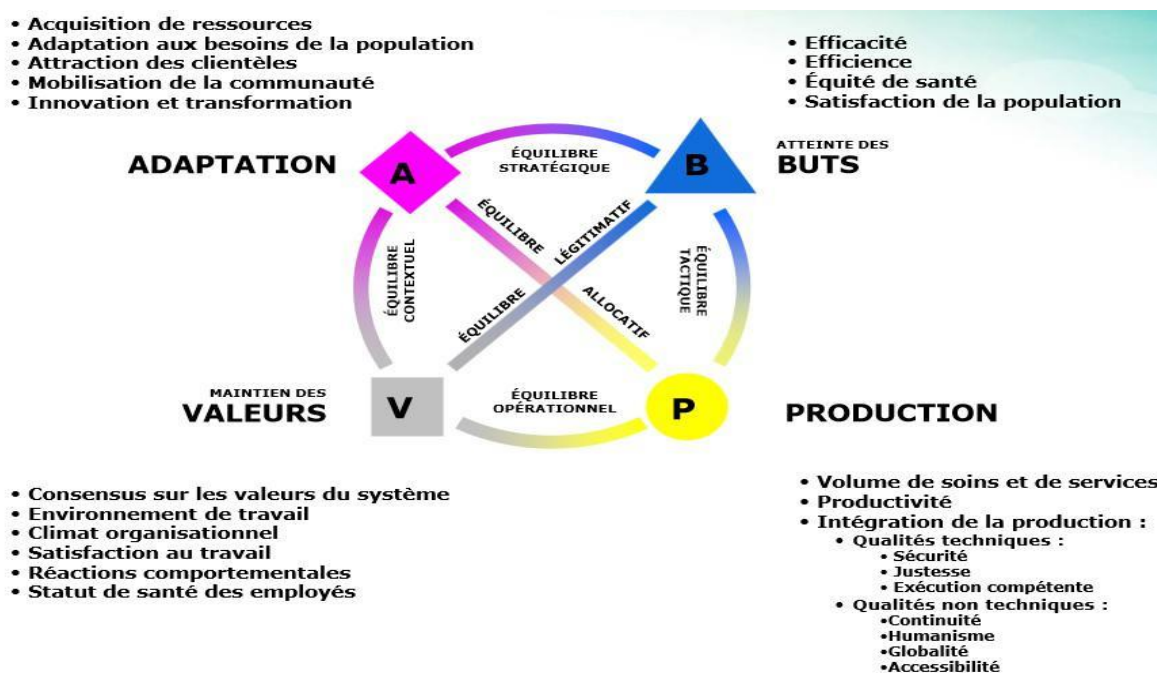
A l'issue de ce modèle¹, la performance d'une organisation peut se définir comme sa capacité à établir et maintenir une tension dynamique entre la réalisation de sa mission (dimension 1), l'acquisition et le contrôle des ressources (dimension 2), le développement des ressources humaines (dimension 3) et l'intégration et la prévisibilité de ses activités de production (dimension 4). Ce modèle inspiré de la théorie de l'action sociale² a été transposé et testé dans le domaine hospitalier par l'IRSPUM³ sous le nom de modèle de l'Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé ÉGIPSS, il vise à intégrer les fonctions essentielles d'une organisation. Il comprend quatre fonctions de la performance séparées en deux axes. L'axe vertical comprend la relation entre un système ouvert et son environnement (externe - interne). L'axe horizontal tient compte de l'équilibre entre les ressources entrantes, le processus d'utilisation, transformation et les résultats (moyens-buts). Les interactions entre ces quatre dimensions sont appelées «équilibres» et sont aussi un facteur fondamental à surveiller selon le modèle pour maintenir un système performant (**Figure 1**).

¹ Guisset Ann-Lise, Sicotte Claude, Leclercq Pol, D'Hoore William. Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. In : Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 65-104 ;

² Talcott Parsons est un sociologue américain. Il est considéré comme l'un des sociologues les plus influents depuis la fin de la seconde guerre mondiale jusqu'à dans les années 1960.

³ Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal.

Figure 1: Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS)



Les établissements de santé évoluent dans un contexte turbulent. Il leur est difficile d'établir un tel équilibre pour se positionner à la fois sur les quatre dimensions de la performance précédemment citées. Souvent, certaines dimensions sont privilégiées par rapport aux autres. Pour se trouver sur une ou plusieurs dimensions, les organisations de santé ont besoin de capturer, préserver, transformer, stocker et appliquer les connaissances sur les expériences et les leçons du passé afin de répondre à leurs besoins actuels et futurs¹. Le rôle accordé aux connaissances s'avère crucial dans ce type d'organisations, dans la mesure où, elles sont obligées de mettre des informations et des connaissances pertinentes à la disposition des consommateurs, des patients, des cliniciens, des dirigeants, des gestionnaires et des autres membres du personnel².

Nous avons mis la relation entre la gestion des connaissances et la performance organisationnelle au centre de notre problématique de recherche. Une telle relation a été abordée pour la première fois par la théorie de la firme basée sur les connaissances (*Knowledge-Based View of the Firm - KBV*). Cette théorie qui constitue une variante de l'approche basée

¹Rubenstein, A. H., & Geisler, E. 2005. « How to Start or Improve a KM System in Hospital or Healthcare Organization »,

²Beveren, J. (2003). « Does Health Care for Knowledge Management? », *Journal of Knowledge Management*, Vol. 7, No 1, pp. 90-95.

sur les ressources (Resource-Based View ou RBV)¹, considère que certaines ressources spécifiques – ressources précieuses, rares, difficiles à imiter et à substituer - sont stratégiques et permettent à l'entreprise d'atteindre un avantage compétitif durable et, in fine, d'améliorer sa performance². Pour la KBV, les ressources conférant un avantage compétitif durable à l'entreprise sont ses connaissances stratégiques. Ainsi, selon cette théorie, une entreprise est performante si elle obtient un avantage concurrentiel durable et l'atteinte de cet avantage nécessite une gestion optimale des connaissances dites stratégiques. Le lien supposé entre la gestion des connaissances et la performance organisationnelle est rendu plus visible par l'introduction des Technologies de l'Information (TI). La gestion des connaissances étant très souvent supportée par des TI, l'étude du lien entre la gestion des connaissances et performance de l'entreprise semble tout à fait envisageable selon cette voie³. En effet, la mise en place d'un bon système de gestion des connaissances n'est pas une tâche aisée⁴ et exige des efforts et des capacités organisationnelles spécifiques⁵. Dans le même ordre d'idée, certains auteurs⁶ postulent que ces capacités émergent de la synergie des ressources de l'organisation, qui progressent continûment grâce au partage et à l'acquisition de connaissances organisationnelles structurées. Ces capacités spécifiques sont dénommées désormais capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances «COSGC».

Pour qu'elles soient performantes, les organisations de santé doivent développer des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances. Dans le cadre de notre étude de cas, nous allons mener un diagnostic des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances dont l'établissement a besoin pour mieux exploiter ses connaissances organisationnelles.

Les connaissances sont considérées comme un actif de première importance pour les entreprises. En effet, les connaissances sont indispensables pour mettre en action les ressources dans des processus opérationnels et déterminent la manière dont elles vont être déployées,

¹Penrose, E. T., 1959. « The Theory of the Growth of the Firm », Oxford university Press, Oxford. Wernerfelt, (1984). Wernerfelt, B. (1984). « A Resource Based View of the Firm », Strategic Management Journal, Vol. 5, pp. 171-180.

²Barney J. (1991), Firm resources and sustained competitive advantage, Journal of Management, Vol 17, No 1, 99-120.

³Aurélien Duzert, Agnès Lancini. Performance et Gestion des Connaissances: Contribution à la construction d'un cadre d'analyse, Actes des Journées des IAE, Congrès de la cinquantaine, Montpellier, France, Avril 2006.

⁴Spiegler, I. "Knowledge Management: A New Idea or a Recycled Concept?" Communications of the Association for Information Systems (3:14), 2000, pp. 1-23.

⁵Garud, Rughu & Kumaraswamy, Arun, 2005. «Vicious and Virtuous Circles in the Management of Knowledge», MIS Quarterly, Vol. 29, No.1, pp.-33, March.

⁶Gilles Saint Amant & Laurent Renard, (2004), « proposition d'un modèle de gestion de développement des capacités organisationnelles » XIIIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique.

combinées et coordonnées. Ces connaissances permettront d'extraire des ressources les services productifs. Elles correspondent au capital d'expertise que détiennent les employés dans les différents domaines qui constituent le cœur de métier de l'entreprise. Certaines autres connaissances sont disséminées à travers l'organisation dans des supports papiers et électroniques. Ces connaissances doivent être gérées afin d'améliorer l'efficacité globale et la compétitivité des entreprises¹. Si l'information se présente comme l'interprétation de données brutes, traitées par les ordinateurs ou par les humains², la connaissance correspond à une combinaison d'informations (ou d'observations), d'interprétations de ces dernières par les individus, qui puisent dans leur expérience personnelle ou collective, et de modèles, de théories ou de croyances qui donnent leur sens à ces informations (Prax, 2003)³. On comprend bien, que les informations, peuvent être codifiées, stockées et transférées sur des documents ou des bases de données sous forme explicite, par contre les connaissances⁴, sont des éléments plus humains, subjectifs, et souvent tacites.

La gestion des connaissances, telle qu'elle est abordée dans le présent travail, renvoie à la maîtrise des mécanismes permettant la perception, l'identification, l'analyse, l'organisation, la mémorisation et le partage des connaissances entre les acteurs d'une organisation, en particulier les savoirs créés par l'entreprise elle-même ou obtenus de l'extérieur. Autrement dit, la gestion des connaissances correspond à la collecte des savoirs des acteurs de l'entité par des entretiens, leur stockage dans des ouvrages de référence (ex: bréviaires de connaissance) ou des bases de données, et éventuellement leur mise en forme et diffusion au sein de l'entité.

Au cours des dernières années, la gestion des connaissances est apparue, dans le monde des affaires, comme une source stratégique qui augmente le potentiel des organisations à atteindre l'avantage compétitif. Les managers affirment que la valeur de leur entreprise devenait de plus en plus importante, grâce à la capacité de l'entreprise à gérer efficacement les connaissances. Notre recherche est construite autour de quatre principes suivants :

Principe 1 : la connaissance est une des ressources organisationnelles stratégiques susceptibles d'accorder l'avantage concurrentiel et d'aider à atteindre la performance souhaitée.

¹Wernerfelt, 194 & Barney 1991.

² Spiegler, 2000 Op. Cit.

³ Prax, Jean-yves, (2003). « Le manuel du knowledge management », Dunod, Paris.

⁴ Les connaissances sont généralement de deux types : tacites et explicites. Les connaissances tacites appartiennent au monde des objets mentaux, des représentations mentales. Elles regroupent les compétences innées ou acquises, le savoir-faire et l'expérience. Elles sont généralement difficiles à «formaliser». Les connaissances explicites sont articulées au niveau d'un document écrit ou d'un système informatique. Ces connaissances sont physiquement transférables, car elles apparaissent sous une forme tangible (Nonaka ; 1994).

Principe 2 : la gestion des connaissances organisationnelles est une tâche difficile qui requiert le développement des capacités organisationnelles spécifiques sans lesquelles atteindre l'avantage concurrentiel et la performance d'affaires est impossible¹.

Principe 3 : le développement des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances se définit autour de trois dimensions : infrastructures de la gestion des connaissances, processus de la gestion des connaissances et compétences en gestion des connaissances².

Principe 4 : Le développement des capacités organisationnelles s'explique par l'apprentissage organisationnel, les capacités organisationnelles étant acquises dans des processus sociaux et collectifs d'apprentissage³. Les CO ne sont pas figées mais procèdent d'un apprentissage expérimental au cours du temps, évoluant du fait même de leur mise en action.

1.1. Situation de la gestion des connaissances dans le contexte hospitalier

Au Maroc, les centres hospitaliers sont des établissements publics dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils sont soumis à la tutelle du ministère de la santé. Ces centres ont trois principales missions, les soins, l'enseignement et la recherche.

- Les soins : ils prodiguent des soins de niveau tertiaire. A cet égard, ils offrent des prestations médicales et chirurgicales courantes et spécialisées que ce soit en urgence ou en activités programmées ;

- L'enseignement : ils assument cette mission en partenariat avec la faculté de médecine et de pharmacie et les instituts supérieurs des professions infirmières et techniques de santé. A ce titre, ils concourent à l'enseignement clinique universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et participent à la formation pratique du personnel infirmier ;

- La recherche : ils assurent les travaux de recherche médicale et des soins infirmiers qui sont menés en collaboration avec la faculté de médecine et de pharmacie et les unités de formation et de recherche étrangères. Ils concourent aussi à la réalisation des objectifs fixés en matière de politique de santé prônée par l'Etat.

Dans le contexte hospitalier et plus particulièrement dans les centres hospitaliers universitaires, la gestion des connaissances s'avère cruciale en raison du flux massif de données,

¹ Peppard et Ward, 2004 ; St-Amant et Renard, 2004.

² Abou-zeid, El-Sayed, 2003. « Developing Business Aligned Knowledge Management Strategy », In E. Coakes (Ed), Knowledge Management: Current Issues and Challenges, IRM Press, pp.156-172.

³ Teece, D., Pisano, G. Pisano, et A. Shuen (1997). Dynamic capabilities and strategic management, Strategic Management Journal, 18:7, 509-533.

d'informations et de connaissances qui y circulent. L'importance de la gestion des connaissances est accentuée dans ce genre d'organisations, par le fait que ces dernières sont formées d'un ensemble de professionnels spécialistes qui contribuent à prodiguer les soins de santé aux patients¹. Ce type d'organisation a l'avantage de développer les capacités de créer, de diffuser ou de partager les connaissances à travers l'organisation afin d'améliorer les soins à prodiguer², car les établissements de santé qui gèrent et partagent leurs connaissances pourraient effectivement obtenir la réduction des temps de traitement, la réduction des coûts, le retour sur l'investissement, un niveau élevé de satisfaction et une bonne formation du personnel médical et paramédical.

Les établissements hospitaliers sont confrontés aux exigences de qualité et d'optimalité de soins. Ce constat justifie l'importance que doit avoir la gestion des connaissances dans ces organisations. Le corps médical, le corps de soin et le personnel administratif de ces établissements sont appelés à partager et à appliquer des connaissances communes et donc collectivement validées, en particulier les protocoles de soins qui s'élaborent dans de nombreuses disciplines sous la forme de guides de bonne pratique, pour la partie de la médecine la plus protocolisée. Les acteurs hospitaliers se trouvent en permanence dans l'obligation d'acquérir des connaissances et de les développer sous forme de savoirs et de savoir-faire pour répondre aux exigences du patient. De la même façon que les connaissances doivent être partagées, les responsabilités et les décisions sur les soins à prodiguer aux malades devraient être facilitées et partagées au sein d'une organisation de santé³. Pour assurer le pilotage de l'entité hospitalière, l'ensemble des acteurs hospitaliers sont tenus à développer les moyens de rassembler ces connaissances, les protocoles, les guides de bonne pratique et les références bibliographiques de la science médicale sur des supports faciles d'accès et faciliter leur transmission en temps réel à l'intérieur de l'établissement.

1.2. Problématique générale de la recherche

Le choix de notre sujet de thèse est principalement motivé par la volonté de comprendre la nature de la relation qui existe entre les capacités organisationnelles et la performance dans un contexte peu encore étudié, le secteur public. Nombre d'études ont examiné les effets d'interaction des ressources et des capacités sur la performance organisationnelle. Ces études ont montré que l'interaction des organisations et les capacités organisationnelles pourraient

¹ Beveren, 2003.

² Idem

³ Eisenberg, H. 2002. « Transforming Hospital into Knowledge Management Centers.

conduire à une meilleure performance organisationnelle. Cependant, la plupart de ces études se sont focalisées sur les entreprises privées. Les études conduites dans les organisations du secteur public reposaient principalement sur des études anecdotiques et de cas (des études menées dans certains établissements publics des pays asiatiques). A cela s'ajoute l'absence des études sur le rôle des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances dans la performance organisationnelle des systèmes de soin. Plus précisément, l'apport de la gestion des connaissances à la performance organisationnelle des entités hospitalières a été peu traité.

La gestion de connaissances a pris une importance considérable. La plupart des gestionnaires et des décideurs ont pris conscience du rôle crucial que pourrait jouer une bonne gestion des connaissances au sein des organisations, en raison de l'abondance croissante de l'information générée et utilisée¹ (informations sous forme de courriels, de messages vocaux, de télécopies, de rapports, de mémos, etc.).

Notre objectif est de procéder d'abord à l'évaluation de la performance organisationnelle de deux hôpitaux (hôpital de santé mentale de psychiatrie et hôpital des spécialités) relevant du CHU HII Fès. L'instrument principal de cette recherche est le guide d'entretien semi-directif qui a été construit à partir de quatre dimensions (adaptation, valeurs, buts, production) et plusieurs sous-dimensions du modèle ÉGIPSS. Ensuite, nous allons chercher à établir le lien entre la performance organisationnelle des systèmes de soin et les capacités organisationnelles générées par les pratiques de gestion des connaissances.

1.3. La question de recherche

La question qui guidera la présente recherche peut s'énoncer en ces termes: **dans quelle mesure les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC peuvent-elles devenir des supports à la performance organisationnelle des systèmes de soins ?** Nous cherchons donc à répondre à la question du comment les COSGC peuvent-elles servir d'appuis à la performance organisationnelle de l'hôpital ?

En vue d'apporter des éléments de réponse à cette question, et en nous basant sur les trois dimensions des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances

¹ Plusieurs études ont mis l'accent sur la problématique de la gestion de l'information au milieu hospitalier : Pauker, S. D., Gorry, G., Kassiner, J., & Schwartz, W. (1976). « Towards the Simulation of Clinical Cognition: Taking a present illness by computer », American Journal on Medicines. Smith, R. (1996). « What Clinical Information do Doctors Need? », British Medical Journal. Ces études ont montré que les médecins utilisent à peu près deux millions de pièces d'information pour gérer leurs cas médicaux. Aussi, un médecin consacre un tiers de son temps à l'enregistrement et à la combinaison d'informations. Enfin, un tiers des coûts des fournisseurs des services de santé est consacré aux communications personnelles et professionnelles.

(COSGC) proposées par la littérature (Abou-Zeid; Ahn & Chang)¹, la présente thèse tentera de circonscrire les principaux construits qui définissent globalement le concept de COSGC.

La question principale de cette recherche sera ainsi déclinée en trois sous questions :

- ♦ Quelles sont les connaissances que doit gérer l'hôpital public pour améliorer sa performance organisationnelle ?
- ♦ Quels sont les leviers d'action sur lesquels l'hôpital public peut s'appuyer pour favoriser le développement de ses capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances ?
- ♦ Quelle relation y a-t-il entre les capacités organisationnelles générées par les pratiques de gestion des connaissances et la performance organisationnelle hospitalière ?

Ces questions permettent de délimiter les contours de la problématique du pilotage de la performance organisationnelle par les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances dans le contexte objet d'étude.

Notre démarche de recherche s'inscrit ainsi dans une perspective exploratoire. Elle vise à apporter des éléments de compréhension susceptibles d'enrichir les travaux récents sur les capacités organisationnelles et la performance, et de fournir certains éclairages récents sur les pratiques des acteurs hospitaliers. Pour initier cette production de connaissances, nous adopterons un mode de raisonnement basé sur l'abduction. Celui-ci consiste à interpréter les faits observés en les confrontant à la littérature existante en vue d'élaborer des conclusions plausibles qu'il conviendra de tester ultérieurement pour tendre vers le statut de règles².

L'étude de la littérature spécialisée a un double intérêt pour cette recherche. D'une part, elle nous permettra de mieux cerner les concepts de capacités organisationnelles et de performance organisationnelle, elle nous offre surtout la possibilité de justifier l'intérêt d'étudier la relation entre ces deux concepts, et de montrer le rôle majeur de la gestion des connaissances dans cette relation. D'autre part, elle nous guidera dans l'analyse des données empiriques et nous aidera à comprendre, sur le plan conceptuel, le phénomène étudié. Nous nous focalisons davantage sur les travaux traitant de la gestion des connaissances et la performance organisationnelle des systèmes de soin.

1.4. Structure de la thèse

Cette thèse est structurée en cinq chapitres.

¹ Abou-Zeid, 2003 ; Ahn & Chang, 2005.

² Peirce C.S. (1933-1967), *Collected Papers*, Cambridge, Harvard University Press.

Le premier chapitre propose une synthèse de la littérature développée autour de la performance et ses mécanismes de pilotage.

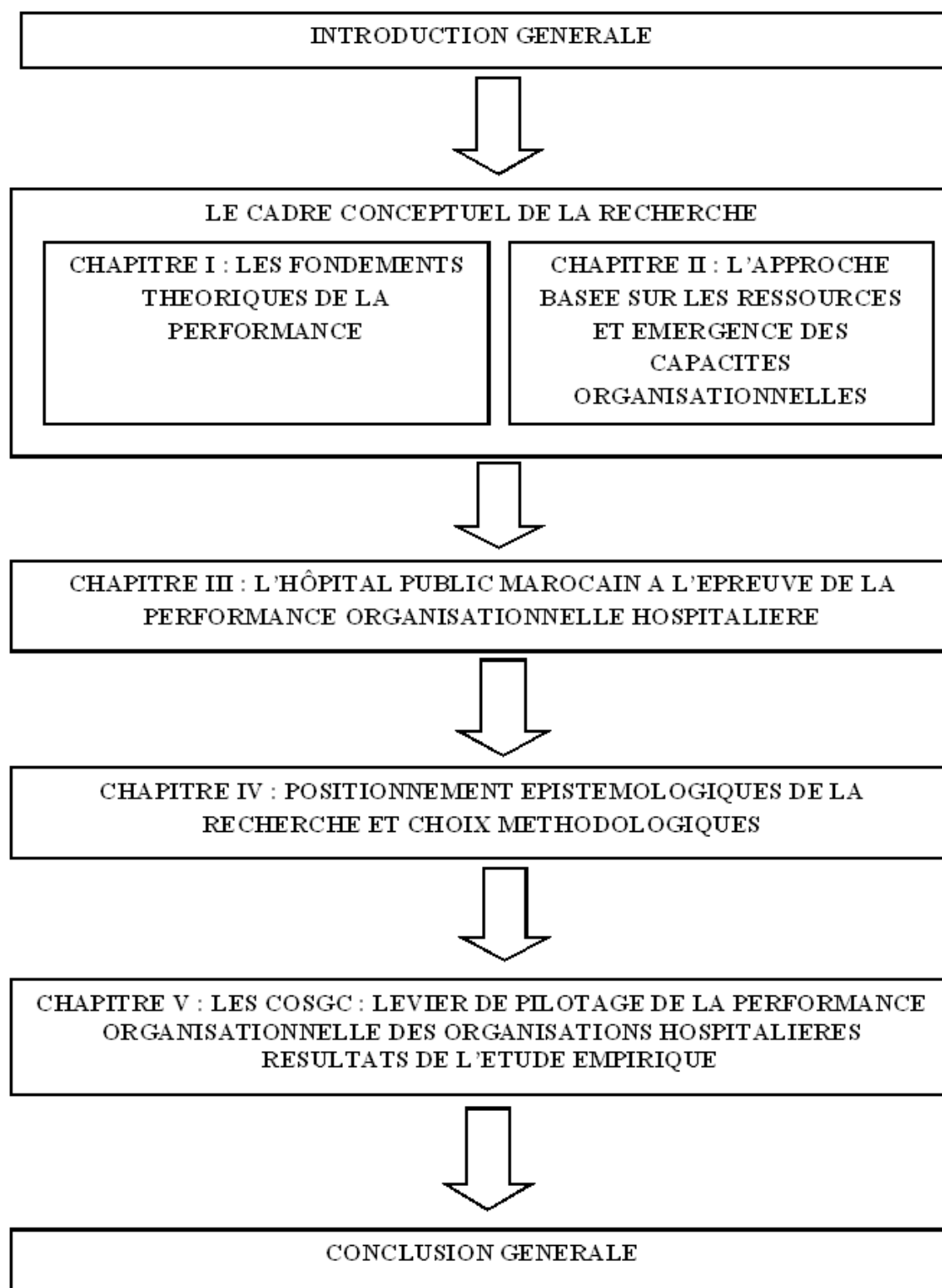
Le deuxième chapitre fournit une synthèse des fondements de l'approche basée sur les ressources et l'émergence des capacités organisationnelles, il restitue une synthèse des travaux récents spécifiquement dédiés aux capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances.

Le troisième chapitre est consacré au système de santé marocain et à la problématique de la performance organisationnelle de l'hôpital public.

Le quatrième chapitre présentera les choix méthodologiques et la démarche générale de la recherche. A l'occasion, nous préciserons les grandes options épistémologiques et méthodologiques retenues pour mener cette recherche ainsi que la manière dont elle a été conduite : la sélection des cas et l'instrumentation utilisée pour collecter, mettre en forme et analyser les données.

Le dernier chapitre présentera les résultats de l'étude empirique. Dans la conclusion générale, nous présenterons une synthèse des apports de notre recherche, ses limites et nous ouvrirons des voies pour des recherches futures.

Figure 2 : Présentation générale de la structure de la thèse



Chapitre I

LES FONDEMENTS THEORIQUES DE LA PERFORMANCE

Introduction

L'étude de la performance occupe une place centrale en sciences de gestion et plus particulièrement dans l'analyse organisationnelle. Certains auteurs¹ soulignent que la finalité ultime des théories des organisations, que ce soit au niveau analytique ou prescriptif, est précisément de développer des connaissances qui contribuent au meilleur fonctionnement des organisations et donc à leur performance. L'étude des fondements de la performance constitue ainsi le point de départ de notre travail. L'objectif est d'offrir des visions synthétiques de la performance, ses dimensions et ses outils de mesure, afin que nous puissions intégrer une approche d'ensemble des différents niveaux de la performance, qui seront approfondis par la suite. La notion de la performance est un terme souvent utilisé dans le langage courant qui, du fait de son caractère commun, ne fait généralement pas l'objet d'un essai de définition. Or, ce terme a investi tous les secteurs de la vie économique et sociale et l'absence de définition constitue une des causes des difficultés d'obtention d'une vision partagée de la performance². Cette absence de définition claire engendre des représentations éclatées du contexte de la performance, mais aussi de ses objectifs, de ses fondements et référentiels, et de ses modalités d'évaluation. Ce concept de la performance demeure largement utilisé dans le domaine du management, où l'on parle beaucoup de « management de la performance ». C'est même un concept de plus en plus utilisé dans les organisations publiques, transposant la logique du secteur privé dans une recherche d'efficacité. Afin de mieux cerner la notion de performance, il convient d'en définir le cadre et d'en chercher la définition. Dans le présent chapitre, nous ferons également appel à des travaux traitant la question de la performance organisationnelle et ses outils de pilotage et qui nous semblent plus pertinents pour aborder notre question de recherche.

¹ Quinn, Robert E., and John Rohrbaugh. "A Competing Values Approach to Organizational Effectiveness." Public Productivity Review, vol. 5.

² Alice teil, Défi de la performance et vision partagée des acteurs Application à la gestion hospitalière, thèse de doctorat, es sciences de gestion, Université Jean Moulin – Lyon 3, Le 4 janvier 2002.

Section I. Performance : analyse de la littérature

Dans cette première section nous présenterons un panorama des différentes approches du concept de performance. Nous nous efforcerons de montrer le contexte dans lequel ces différentes approches ont été développées et ont abouti à des révisions relatives aux critères de performance et aux principes de pilotage de l'organisation.

I.1. Le cadre conceptuel de la performance

Etymologiquement, performance vient de l'ancien français *parformer* qui signifiait « accomplir, exécuter¹ », au XIII^{ème} siècle. Le verbe anglais *to perform* apparaît au XV^{ème} siècle avec une signification plus large. C'est à la fois l'accomplissement d'un processus, d'une tâche, mais aussi les résultats obtenus ainsi que le succès dont on peut se prévaloir. Le dictionnaire Larousse adopte une définition qui renvoie à la physique « ensemble des qualités qui caractérisent les prestations dont un véhicule automobile, un aéronef, sont capables ». Dans un autre dictionnaire de la langue française, la performance est définie comme un constat officiel enregistrant un résultat accompli à un instant *t*, toujours en référence à un contexte, un objectif et un résultat attendu, et ce quel que soit le domaine². La notion de performance est aussi au cœur de toutes les démarches d'évaluation des organisations. Dans la pratique, on constate que la performance est un mot valise, un concept flou et multidimensionnel qui, en définitive, ne prend de sens que dans le contexte dans lequel il est employé³.

I.1.1. L'approche financière de la performance

De nombreux chercheurs se sont attachés à définir la notion de performance⁴. Leurs définitions recouvrent souvent des aspects très divers. Ainsi, pour P. Lorino⁵, la performance de l'entreprise est fondée sur le couple « coût-valeur », c'est-à-dire sur l'amélioration de la création nette de valeur (la performance dans l'entreprise est tout ce qui contribue à améliorer le couple coût-valeur). A contrario, n'est pas forcément performance ce qui contribue séparément à diminuer le coût ou à augmenter la valeur.

¹Issor, Z. (2017). « La performance de l'entreprise : un concept complexe aux multiples dimensions ». *Projectics / Proyética / Projectique*, 17(2), 93-103. doi:10.3917/proj.017.0093..

² Notat (2007). "Une question centrale", Acteurs de l'Économie, dossier spécial performance, octobre 2007.

³ Melchior Salgado, IUT LYON 1, La performance : une dimension fondamentale pour l'évaluation des entreprises et des organisations. CNRIUT 2013.

⁴ Bouquin, 2004 ; Lorino, 2006 ; Bourguignon, 1995, 1997 et 2000.

⁵ Idem

I.1.1.1. Le socle de la performance : Efficacité, Efficience et Economie

Pour Bouquin¹, la performance se décompose en efficience, efficacité et économie. L'auteur note également que la performance d'une activité, d'un centre de responsabilité, d'une personne, d'un processus ou d'une prestation (produit ou service) se mesure par « l'impact qu'ils ont sur la performance globale de l'entreprise ». Le concept de l'efficience fait référence à la minimisation des coûts par unité produite ou à la délivrance d'un niveau de production ou de service donné en réduisant l'utilisation des ressources. L'efficience se réfère au ratio output/input. Input représente les ressources utilisées. Quant à l'efficacité, elle est définie comme la capacité à atteindre des objectifs fixés par les membres de l'organisation. L'efficacité met l'accent surtout sur les résultats réalisés par l'organisation et leur adéquation par rapport aux objectifs fixés plus que sur les moyens qui sont mis en œuvre pour les atteindre. Selon certains auteurs², l'efficience a pour signification : faire les choses correctement. L'efficacité, pour sa part, a pour signification faire les bonnes choses.

En s'intéressant au réseau d'affaires des entreprises, notamment le cas de la grande distribution avec les producteurs, Mouzas³ note que le défi auquel les gestionnaires font face aujourd'hui est de trouver des opportunités d'affaires qui leur permettraient d'augmenter la valeur de marché de l'entreprise. Ainsi, les entreprises doivent chercher et saisir toutes les opportunités qui peuvent générer des taux de rentabilité internes qui dépassent le coût du capital nécessaire pour financer ce projet. L'auteur considère que le succès de l'entreprise à relever ce défi est caractérisé par le terme efficience plutôt que par le terme efficacité. L'efficience n'est pas une mesure de succès sur les marchés, mais c'est une mesure de l'excellence opérationnelle ou de la productivité. L'efficience est donc reliée à la minimisation des coûts et à l'amélioration des marges d'exploitation. Ainsi, l'efficience est considérée comme une condition nécessaire à toute entreprise. Elle peut être exprimée et mesurée par un ratio de type ($E_1 = P/R$), où (P) représente le profit et (R) les ventes. Les méthodes contemporaines de la comptabilité analytique telle que la méthode des coûts cibles et la méthode ABC ou les méthodes d'analyse financière comme l'analyse par les ratios sont des outils utilisés pour améliorer l'efficience. Selon Mouzas⁴, l'efficience est liée à la stratégie propre de l'entreprise qui permet de générer une croissance

¹ Bouquin RH, (2004). « Le contrôle de gestion », Presses Universitaires de France, Collection Gestion, 6ème édition, Paris.

² Naoum S., (2001), People and Organizational Management in Construction, 1e Ed. London : Thomas Telford.

³ Mouzas S., (2006), « Efficiency versus effectiveness in business networks ». Journal of Business Research, vol. 59, N° 10 – 11.

⁴ Idem

durable dans son réseau d'affaires. L'efficacité n'est pas une caractéristique des produits de l'entreprise, mais un processus continu reliant l'entreprise à ses partenaires, en plus l'efficacité est négociée plutôt que produite. L'efficacité est exprimable en utilisant la valeur actualisée de tous les gains futurs. Une organisation efficace est celle qui est capable de créer des accords pour elle-même et pour ses activités que les partenaires concernés jugent acceptables. Mouzas, donne l'exemple de la grande distribution, où les détaillants financent leur croissance en utilisant les producteurs comme des créanciers qui leur fournissent le fonds de roulement nécessaire pour leurs magasins.

L'efficacité relie l'input ou l'output aux objectifs finaux à réaliser. (C'est-à-dire le résultat). Les résultats sont souvent liés au bien-être ou aux objectifs de croissance et peuvent être influencés par de multiples facteurs (comme les outputs et les facteurs exogènes de l'environnement). Ces facteurs peuvent être ou ne pas être sous le contrôle des décideurs. La distinction entre l'output et le résultat est souvent floue et les deux termes sont utilisés de façons interchangeables, par exemple dans un système éducatif, alors que les outputs sont souvent mesurés en termes de niveau de rendement ou de niveau des élèves d'un certain âge, le résultat final pourrait être le niveau d'instruction de la population en âge de travailler. L'efficacité montre le succès des ressources utilisées dans la réalisation des objectifs fixés.

I.1.1.2. Performance et objectifs organisationnels

Néanmoins, la définition proposée par Bourguignon¹, semble assez complète et pertinente. Selon l'auteur, la performance peut se définir comme « la réalisation des objectifs organisationnels, quelles que soient la nature et la variété de ces objectifs. Cette réalisation peut se comprendre au sens strict (résultat, aboutissement) ou au sens large du processus qui mène au résultat (action) ».

Dans un célèbre article Bourguignon² cherche à identifier les différentes fonctions du mot performance, elle a commencé par regrouper la signification du mot performance, dans le champ de la gestion, autour de trois sens primaires, à savoir :

i) La performance-succès : ici performance est synonyme de succès. Ce sens contient un jugement de valeur au regard d'un référentiel, qui représente la réussite du point de vue de l'observateur.

¹ Bourguignon -A. (2000), « Performance et contrôle de gestion », Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et audit, Ed. Economica

² Bourguignon A., (1997), « Sous les pavés la plage... ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable : l'exemple de la performance ». *Comptabilité-Contrôle-Audit*, tome 5, vol.1, pp. 89-101.

ii) La performance-résultat, ici la performance fait référence au résultat d'une action ; elle renvoie à l'évaluation ex post des résultats obtenus sans jugement de valeur.

iii) La performance-action : la performance peut signifier une action ou un processus (la mise en acte d'une compétence qui n'est qu'une potentialité). Ainsi, on parle de performance dès qu'on constate un passage d'une potentialité à une réalisation. On rencontre ce sens plus souvent en anglais qu'en français.

L'auteur note que dans l'utilisation du mot performance en gestion, on trouve souvent simultanément deux de ces sens primaires. Ainsi, l'association la plus rencontrée est celle du résultat positif de l'action. Lors d'un résultat décevant, on parle de contre-performance. On trouve aussi l'association de l'action et du succès, lorsque la performance désigne l'action ou le processus qui mène au succès.

Par ailleurs, Bourguignon considère que, en plus d'être subjective et dépendante des référents choisis (buts, cibles), la performance est aussi multidimensionnelle, à l'image des objectifs organisationnels qui sont de nature variée. L'auteur définit la performance comme la réalisation de ces objectifs organisationnels. La performance tient compte du sens strict de cette réalisation (résultat, aboutissement) comme du sens large (processus qui mène au résultat).

Enfin, l'auteur considère la performance comme un concept qui est à la fois polysémique et métaphorique et qui est très employé mais rarement bien défini. La performance est couverte d'un flou sémantique qui remplit diverses fonctions sociales et idéologiques. En plus de la considérer comme l'expression de la multi-dimensionnalité du phénomène managérial, l'auteur identifie quatre autres fonctions de la performance à savoir :

i) La fonction d'embellissement : c'est la mise en valeur des méthodes de gestion et de leurs promoteurs dans les discours managériaux, afin de capter ou de maintenir l'attention de l'auditeur.

ii) La fonction idéologique : la diffusion des valeurs organisationnelles comme la rationalité, le progrès, l'effort et l'équité. C'est l'absence de définition du mot performance qui permet que le récepteur associe de manière plus ou moins consciente l'objet étudié à l'image qui en est proposée.

iii) La fonction de rassemblement : le développement du sentiment d'appartenance à une communauté de travail. L'usage non précisé du mot performance laisse la place à la métaphore. Ceci permet de laisser à l'individu de grande identification des valeurs organisationnelles perçues et les propres valeurs de l'individu.

iv) La fonction de légitimation : la légitimation des pratiques de gestion en les rendant socialement acceptables, notamment auprès des salariés. Ainsi, le discours sur la performance est un discours de légitimation qui cherche à séduire et convaincre, en proposant des images positives (le succès, la puissance) et en invitant explicitement à l'action.

Dans un autre article, Bessire¹ conclut qu'en dépit de la confusion ou le flou qui entourent la définition de la performance, les différentes définitions convergent en quatre points au moins :

i) Le terme performance est souvent utilisé dans un contexte d'évaluation, ainsi on trouve des termes comme : évaluation de la performance, pilotage de la performance, management de la performance. La performance est donc étroitement liée à la valeur. Cette dernière est celle qui prévaut dans la définition de la performance résultat.

ii) La performance a plusieurs dimensions ; le nombre est variable selon les auteurs.

iii) La performance est souvent mise en relation avec la cohérence et la pertinence. Le terme cohérence, qui ne soulève pas de difficultés dans la définition, fait référence à des décisions qui sont logiques entre elles et par rapport à une échelle de préférence. Le terme pertinence, contrairement au terme cohérence n'a pas de définition précise. Alors que la pertinence se définit habituellement en relation avec un utilisateur et une intention, dans certains cas, elle est confondue avec la cohérence et dans d'autres cas, elle est assimilée à la précision ou l'exactitude. L'articulation de ces différents termes fait apparaître la performance comme le résultat d'une simple sommation de pertinence et de cohérence ou comme le produit d'une boucle itérative entre ces deux mêmes termes. La performance, la cohérence la pertinence sont respectivement la dimension objective, la dimension rationnelle et la dimension subjective de toute évaluation valide.

iv) La performance n'est pas un concept qui se définit de manière absolue ou subjective, elle est considérée par les auteurs comme étant un concept subjectif.

I.1.1.3. Performance-action et performance-résultat

Lebas et Euske² font référence à la performance à la fois comme orientée vers l'action (obtenir une performance) et comme un événement (un résultat). Les auteurs mettaient en exergue deux questions, à savoir c'est quoi la performance ? Et, comment peut-on la créer ? Les auteurs

¹ Bessire D., (1999), « Définir la performance ». *Comptabilité-Contrôle-Audit*, tome 5, vol. 2, pp. 128-148.

² Lebas et Euske, A conceptual and operational delineation of performance», *Business Performance Measurement*, Cambridge University Press 2007.

reconnaissent que la performance renvoie simultanément à l'action, au résultat de l'action et au succès du résultat comparé à certains benchmark.

Ainsi, ils définissent la performance comme la somme de tous les processus qui vont amener les gestionnaires à prendre des mesures appropriées dans le présent afin d'arriver à une organisation performante dans l'avenir (celle qui est efficace et efficiente). La performance est donc définie comme le fait d'entreprendre aujourd'hui ce qui mènera à un résultat en termes de valeur mesurable demain.

Quant à la deuxième question, les auteurs notent que les performances passées (résultats antérieurs) seules ne sont pas nécessairement de bons prédicateurs de la performance future. Ils jugent donc qu'il est nécessaire d'avoir un modèle causal afin que le processus par lequel la performance (où les résultats à venir) doit être créée puisse être identifié et géré. Le modèle proposé par les auteurs est donc un modèle causal qui lie les actions actuelles au résultat dans le futur.

Lebas et Euske concluent que la performance n'est pas simplement quelque chose que l'on observe et que l'on mesure, elle est le résultat d'une construction délibérée. La performance est une notion relative, définie en termes de certaines références employant un ensemble complexe d'indicateurs basés sur le temps et sur la causalité portant sur les réalisations futures. La performance n'a de signification que lorsqu'elle est utilisée par un décideur. Elle est spécifique aux besoins et à l'interprétation de l'individu.

La logique financière de la performance étant remise en cause, le débat sur la performance invite les entreprises à compléter les critères de gestion exclusivement financiers et économiques par des mesures décrivant d'autres aspects de leur fonctionnement. C'est dans ce contexte, que le débat sur la performance s'est enrichi, notamment, avec l'apparition des notions telles que la responsabilité sociétale, les parties prenantes etc.

I.1.2. L'approche globale de la performance

Ce n'est qu'à partir des années 90, qu'on a cherché à mieux mesurer la performance, en étendant son champ d'analyse bien au-delà des simples limites financières et en développant son champ temporel pour éviter de simples analyses à court terme. Certains auteurs proposent d'élargir le champ des informations publiées aux actionnaires pour y inclure de nouveaux critères Eccles¹. D'autres montrent les limites d'une analyse financière à court terme². L'approche

¹ Robert G. Eccles, the performance management manifesto, Harvard Business Review 1991.

² Hayes, 1980 et Bouquin, 1997.

multidimensionnelle va donner naissance à de nombreuses méthodes qui se proposent de mesurer et analyser la performance, mais dont il faut surtout chercher à comprendre les fondements. Elles prennent appui sur un constat : celui de l'inefficacité des outils classiques du contrôle de gestion. Certains auteurs ont largement insisté sur cet aspect¹. Plus que mesurer, il s'agit de savoir comment piloter la performance, dans un contexte incertain. On a donc assisté à une redéfinition de la performance et de ses caractéristiques.

Martinet et Reynaud² proposent une définition tridimensionnelle de la performance globale de l'entreprise : la performance sociale (égalité de traitement, respect des droits de l'homme, bonnes conditions de travail, etc.), la performance économique (part de marché, profitabilité, rentabilité, etc.) et la performance environnementale (diminution de la pollution, sécurité des installations, sécurité des produits, utilisation de ressources renouvelables, etc.). Chacune de ces dimensions est évaluée par des indicateurs sociaux, économiques et environnementaux. Quand Kaplan et Norton³, proposent au début des années 2000 le modèle SBSC⁴, en ajoutant au modèle précédent BSC une dimension sociétale, celui-ci fit depuis l'objet de nombreux débats de la part de différents auteurs⁵ qui affirment que l'intégration des indicateurs sociaux et environnementaux dans les quatre axes préexistants de la BSC, ne change rien au modèle générique de Kaplan et Norton, mais l'approfondit par l'intégration de nouveaux facteurs et en élargit la chaîne de causalité. La performance finale mesurée est toujours économique, même si une cinquième perspective est rajoutée (axe social ou sociétal et environnemental).

Les travaux précurseurs dans le domaine de la performance globale remontent, en 1997, au groupe de travail du Commissariat Général du Plan, dans lesquels Marcel Lepetit⁶ définit la performance globale « comme une visée (ou un but) multidimensionnelle, économique, sociale et sociétale, financière et environnementale, concerne aussi bien les entreprises que les sociétés humaines, autant les salariés que les citoyens ». Cette performance est définie par des indicateurs multicritères et multi-acteur et non plus par une mesure en quelque sorte unique. Désormais, les rapports que les entreprises entretiennent, non seulement avec leur

¹ Lorino, 1989 et Kaplan, 1984.

² Martinet et Reynaud, le développement durable en action : approche par l'éco innovation 2004.

³ Kaplan.R-S, et NORTON D-P, (2001). « Comment utiliser le tableau de bord prospectif pour créer une organisation orientée ? » Editions d'organisation, 2001.

⁴ Sustainability Balanced Scorecard

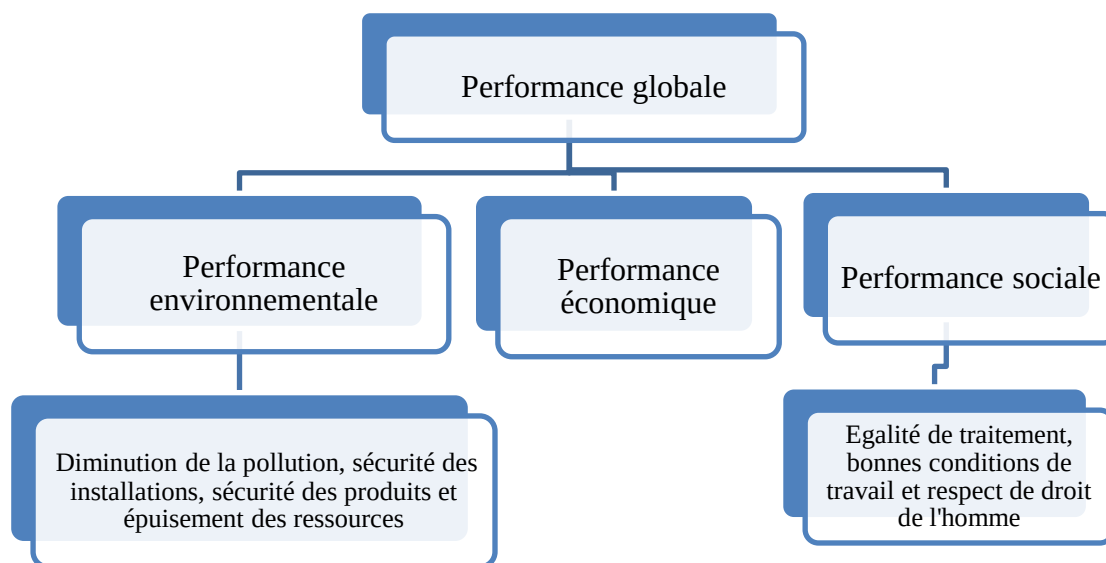
⁵ Bieker 2002, Figge et al 2002, Hockerts 2001, Zingales et al 2004. Capron et Quairel-Lavoizelee 2006.

⁶ Marcel Le petit, consultant, a contribué au groupe de travail du Commissariat Général du Plan (CGP) en 1997 sur la performance globale. (cité par Nicolas Berland et Angèle Dohou : mesure de la performance globale des entreprises).

environnement naturel mais aussi avec leur environnement sociétal, doivent être pris en compte et évalués.

Capron et Quairel¹ établissent le lien entre la performance globale et le développement durable. La performance globale est mobilisée pour évaluer la mise en œuvre par les entreprises du concept de développement durable. Germain et Trébuq² proposent une définition plus élargie de la performance globale, «la réunion de la performance financière, de la performance sociale et de la performance sociétale ».

Figure 3 : La performance globale



(Source Reynold, 2003)

La performance globale des entreprises renvoie à « une conception holistique cherchant à désigner une intégration des performances dans une approche synthétique... Cette intégration peut sous-entendre une cohérence entre les trois dimensions avec les modèles de causalité reliant différents facteurs issus des dimensions différentes³ ».

I.1.2.1. La performance globale, RSE et développement durable

Les concepts de développement durable et de RSE sont nés dans des sphères séparées et ont connu des trajectoires parallèles jusqu'au début des années 1990 où le rapprochement des deux

¹ Capron M., Quairel F. (2006), "Evaluer les stratégies de développement durable des entreprises : l'utopie mobilisatrice de la performance globale", Revue des Organisations responsables N° janvier 2006.

² Christophe Germain, Stéphane Trebucq. La performance globale de l'entreprise et son pilotage : quelques réflexions. Semaine sociale Lamy, Editions Lamy/Wolkers Kluwer France, 2004, pp.35-41.

³ Idem

concepts sera opéré sous l'impulsion de consultants, d'acteurs publics et d'institutions internationales.

La RSE est une traduction du terme anglo-saxon « Corporate Social responsibility » (CSR). Selon la définition de la commission européenne dans son livre vert de 2001, la RSE fait référence à « l'intégration volontaire des préoccupations sociales et écologiques des entreprises à leurs activités commerciales à leurs relations avec les différentes parties prenantes (stakeholders) ». Alors que le débat sur la RSE, en tant que modèle discursif et pratique, peut sembler relativement nouveau, la littérature économique gestionnaire nord-américaine témoigne de l'existence et de la vigueur de longue date d'un tel débat aux États-Unis, où cette question a historiquement émergé autour de l'éthique religieuse des dirigeants¹. Cela est particulièrement vrai si l'on considère la RSE explicite et non implicite. Car on ne peut admettre que les relations entre entreprises et sociétés, en tant qu'objet de questionnement et de crise ne se soient développés que dans le contexte des États-Unis. Par exemple En France, le rapport Sudreau (1975) qui est à l'origine de la loi sur le bilan social², a donné lieu à un vaste débat national sur la nécessité d'une réforme de l'entreprise, d'une rupture par rapport à l'ordre productif du XIXe siècle, et sur les modalités d'appréciation des performances sociales de l'entreprise.

Par ailleurs, l'expression « développement durable » est introduite dans le cercle onusien par l'union internationale pour la conservation de la nature en 1980 et sera popularisée à partir de 1988 par le rapport de la commission mondiale sur l'environnement et le développement, généralement désigné par nom de sa présidente Mme Gro Harlem Brundtland, Premier ministre de son pays, la Norvège. Hybridation entre développement durable et RSE s'est opérée dans les années 1990 à travers la « main visible » de consultants britanniques qui ont contribué à l'invention et à la diffusion d'un nouveau référentiel universel. Dans cette perspective, « *l'entreprise est non seulement responsable à l'égard des communautés locales, les parties concernées actuelles mais également à l'égard des parties concernées incapables de se manifester comme les générations futures*³ ».

La notion de performance globale naît de cette hybridation entre développement durable et RSE. Elle repose sur le modèle du « business cas » qui tend à présenter le développement

¹ Aggeri et Godard, Entreprises et histoire, entreprises et développement durables, 2006/4 (n° 45), Editions ESKA.

² Anas Hattabou, le pilotage de la performance globale entre logique de conformation et logique d'innovation ; une approche par les systèmes agro-antagonistes, thèse, université Montesquieu Bordeaux IV 2011.

³ Aggeri et Godard Op.Cit

durable comme une stratégie gagnante et donc le produit d'un calcul rationnel des intérêts bien compris¹. Ainsi les promoteurs de ce modèle économique du développement durable postulent la convergence des performances économiques sociales et environnementales et qu'il peut être rentable d'être une entreprise durable essentiellement responsable.

I.1.2.2. La performance sociétale de l'entreprise

L'idée des travaux portant sur la RSE, n'était pas la transposition de la performance au champ de la responsabilité sociale de l'entreprise, ou à la définition de nouveaux critères de performance intégrant les dimensions sociales et environnementales. L'esprit de ces travaux² est plutôt d'articuler et de réconcilier l'approche éthique de la RSE et l'approche stratégique portant sur la notion de «corporate social responsiveness».

Pour Gond³, le concept de la performance sociétale se pose tout à la fois comme une synthèse des travaux antérieurs et comme un prolongement de cette réflexion en mettant au cœur des préoccupations la question de la mesure des actions concrètement mises en place par les entreprises. Cette synthèse se fonderait sur les interrogations suivantes : quels sont les principes ou valeurs éthiques de l'entreprise ? Comment l'entreprise met-elle concrètement en application ses principes ? Quels sont les résultats concrets d'une telle approche ? Selon Acquier, la notion de Corporate social performance renvoie à l'ensemble du champ de la responsabilité sociale de l'entreprise⁴ (tableau 1 ci-dessous), et témoigne de l'absence de consensus autour de la notion de RSE.

Malgré les efforts de construction théorique, ces différentes tentatives ne permettent pas de lever l'ensemble des ambiguïtés conceptuelles du champ de la RSE. L'auteur⁵ a mis en exergue deux types de lacune qui entravent l'opérationnalisation de la PSE. La première lacune est liée à la construction théorique de ces modèles. En effet ils permettent rarement de dégager des hypothèses théoriques fécondes et se limitent généralement à proposer des listes ordonnées d'éléments composant la PSE sans préciser la logique d'interaction entre ces éléments, ce qui

¹ Aggeri et Godard Op.Cit.

² Aurélien Acquier, Jean pascal Gond, aux sources de la responsabilité sociale de l'entreprise : au (re)découvert d'un ouvrage fondateur, Social Responsabilites of the Businessman d'Howard Bowen, 2007.

³ Gond J-P.. (2004), « Les fondements théoriques de la responsabilité sociétale de l'entreprise », Revue de Sciences de Gestion, n°205. Acte du 15^{ème} Congrès annuel de l'Association Francophone de GRH (AGRH), Montréal.

⁴ Deux modèles de référence sont à distinguer en matière de la littérature consacrée à la notion de PSE, le modèle de Carroll 1979 qui définit la PSE comme le croisement des trois dimensions : les principes de responsabilité sociale (économiques, légaux, éthiques et discrétionnaire). Le modèle de Wood 1991 qui définit la PSE comme : une configuration organisationnelle de principe de responsabilité sociale, le processus de sensibilité sociale et de programmes de politique et de résultats observables qui sont liés aux résultats sociétales entreprises.

⁵ Jean-Pascal Gond, et Acquier, Aurélien. « Les enjeux théoriques de la marchandisation de la responsabilité sociale de l'entreprise », Gestion, vol. vol. 31, no. 2, 2006, pp. 83-91.

réduit leur portée conceptuelle. Soulignant l'absence d'articulation des éléments qui composent la PSE, Gond interroge doublement ces travaux : « comment formuler des hypothèses intégrant la performance sociétale dans une logique temporelle si l'on ne saisit pas la dynamique intrinsèque du construit pour une entreprise donnée ? Comment comprendre les liens entre principes, processus et impacts sociétaux distingués par Wood¹ si les efforts théoriques se subdivisent au sein de ces catégories sans théoriser leurs interactions ? »

La seconde lacune apparaît dans l'analyse du lien entre la PSE et d'autres construits. En reprenant Gond, les fondements conceptuels du concept PSE rejaillit de manière particulièrement claire sur les travaux s'intéressant aux déterminants et aux impacts de la performance sociétale. L'articulation des dimensions et la dynamique interne de la PSE insuffisamment développées, les hypothèses reliant ce construit à d'autres dimensions de la gestion apparaissent nécessairement trop générales, voire frustrées au regard de l'ensemble des facteurs contingents à l'interaction². Ainsi l'absence de théorie de fonctionnement « interne » de la PSE conduit à appréhender les relations entre cette variable et la performance économique de manière très globale : on postule un sens et un signe de la relation entre deux concepts sans pouvoir réellement justifier ni comprendre la logique des interactions reliant la PSE aux dimensions de la performance économique³.

¹ Wood, Donna J. "Corporate Social Performance Revisited." *The Academy of Management Review*, vol. 16, no. 4, 1991, pp. 691–718. JSTOR, www.jstor.org/stable/258977.

² Gond J-P.. (2003), « Les fondements théoriques de la responsabilité sociétale de l'entreprise », *Revue de Sciences de Gestion*, n°205. Acte du 15^{ème} Congrès annuel de l'Association Francophone de GRH (AGRH), Montréal.

³ Idem

Tableau 1: Les deux modèles de Performance Sociétale de l'entreprise

Auteur	Définition de la PSE	Dimensions de la PSE
Carroll (1979)	L'articulation et l'interaction entre : (a) différentes catégories de responsabilités sociétales, (b) des problèmes spécifiques liés à ces responsabilités (c) des philosophies des réponses à ces problèmes.	(a) responsabilités sociétales intégrant les niveaux : économique, légal, éthique, discrétionnaire. (b) Philosophie de réponse : réactive, défensive, d'accommodation, proactive. (c) Domaines sociétaux : consumérisme, environnement, discrimination, sécurité des produits, sécurité du travail, l'actionnariat.
Wood (1991)	« Une configuration organisationnelle de principes de responsabilité sociétale, de processus de sensibilité sociétale et de programmes, de politiques et de résultats observables qui sont liés aux relations sociétales de l'entreprise »	(a) principes de responsabilité sociétale : institutionnel et individuel (b) Processus de sensibilité sociétale : évaluation et analyse de l'environnement, la gestion des parties prenantes et gestion de problèmes sociaux (c) Résultat du comportement sociétal de l'entreprise : les impacts sociétaux, les programmes sociétaux et les politiques sociétales.

Source : Gond (2003)

La multitude de définitions existantes dans le domaine de management témoigne de l'importance de la notion de performance pour les organisations. La performance est un terme assez compliqué à définir, il semble que la définition de ce concept change constamment en fonction des facteurs qui touchent l'environnement de ces organisations. Nous cherchons à travers ce deuxième paragraphe à identifier les différents types de la performance.

I.2. Typologie de la performance

Trois principales typologies de performance d'une organisation peuvent être distinguées : une typologie mettant en regard une performance monocritère et une performance multicritère. Une autre typologie différenciant une performance positionnée par rapport à l'environnement d'une performance centrée sur les ressources internes. Une troisième typologie opposant une performance locale à une performance globale¹. Dans ce qui suit, nous allons présenter brièvement les trois typologies.

I.2.1. Performance monocritère et performance multicritère

La performance d'une organisation ne se décline plus uniquement en fonction du profit et du coût comme à l'époque taylorienne où elle était exprimée uniquement en termes de rentabilité

¹ Shindler-A, (2009). « Vers la multi-performance des organisations : conception et pilotage par les valeurs » du centre de recherche intégré MIRCEN du CEA » 2009.

(performance financière), mais également en fonctions d'autres critères comme la qualité, le délai et l'innovation.

Selon Lorino¹, la représentation purement financière de la performance est de plus en plus contestée. La performance est devenue multicritère ; elle peut être sociétale, éthique ou économique. L'évolution de la notion de performance s'inscrit dans l'évolution du contexte des marchés, en particulier l'inversion du rapport de l'offre et de la demande classiquement décrite en trois phases :

Les trente années glorieuses (de 1945 à 1975) : la demande dépasse largement l'offre des entreprises, la performance est monocritère et centrée uniquement sur les coûts; cette période a été caractérisée par :

- un contexte de fortes pénuries,
- une forte croissance et de localisation des marchés.

Ce n'est qu'à partir des années 60 que les gains de productivité ont rendu la pénurie moins forte. L'intégration et introduction de la technologie et l'intégration de l'indicateur technique permettent l'automatisation pour réduire la main d'œuvre directe et l'amélioration progressive de la productivité. Le client pouvait alors changer de fournisseur par rapport à sa propre satisfaction.

Une deuxième période (1975 - 1990) : la performance devient multicritère², centrée sur le triptyque **qualité-coût-délai** : un certain équilibre est établi entre l'offre et la demande. Pour être performante l'entreprise devait toutefois garantir que le produit vendu correspondait aux critères du produit demandé, la satisfaction du client faisait donc ses premiers pas comme partie intégrante des nouveaux objectifs de l'entreprise.

À partir de 1990 jusqu'à aujourd'hui, l'offre a largement dépassé la demande, les marchés sont devenus saturés. Le marketing, la communication, l'innovation, la personnalisation et le service après-vente ont pris une importance considérable au sein de l'entreprise. Les critères de performance ont intégré donc d'autres aspects, ils sont devenus multicritères. A ces critères, s'ajoutent ces dernières années, d'autres aspects tels que « Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) ou Corporate Social Responsibility (CSR), d'autres auteurs³ ajoutent encore un autre type de performance : la performance sociétale, sociale, éthique et environnementale. La performance est passée d'une logique de mesure monocritère, où elle est basée sur le profit,

¹ Lorino-P, (1997). «Méthodes et pratiques de la performance », éditions d'organisation.

² Roy -B (1985). Méthodologie multicritère d'aide à la décision. Paris, Economica.

³ Op. cit. Gond et Dejean

à une logique de mesure multicritère, où elle est fondée sur les critères tels que, le coût, le délai, la qualité et le sociétal, l'environnemental...

A côté de cette typologie performance monocritère/performance multicritère, une autre typologie est possible, celle qui distingue entre la performance interne et la performance externe.

1.2.2. Performance interne et performance externe

En management stratégique, deux types d'approches peuvent être citées en matière d'explication de la source d'avantage concurrentiel d'une organisation : l'approche qui considère que l'avantage concurrentiel d'une entreprise vient de son positionnement par rapport à l'environnement¹ dans lequel elle évolue, et la seconde qui considère l'avantage concurrentiel par rapport aux atouts et ses ressources internes ABR².

1.2.2.1. La performance positionnée par rapport à l'environnement

La performance de l'entreprise s'explique d'abord par la structure de marché, notamment le nombre de concurrents et l'intensité de cette concurrence. Pour les tenants de cette approche³, « une entreprise performante est celle qui arrive à réaliser un bon positionnement sur des marchés de produits et qui s'y maintient par différentes barrières à l'entrée⁴. Par conséquent, même si les entreprises peuvent être différentes, les facteurs sectoriels ou du marché dans lequel elles évoluent, peuvent affecter le niveau moyen de leur rentabilité ». Les travaux de Porter visent à ajuster l'entreprise à son environnement⁵, permettant l'analyse et l'étude de l'avantage concurrentiel d'une entreprise en la situant à l'environnement dans lequel elle évolue (les forces de la concurrence).

¹ Le paradigme SCP est originaire du champ de l'économie industrielle. Initialement développé par Mason (1939) et affiné par Bain (1968), il a depuis lors été largement utilisé pour analyser des industries et des stratégies concurrentielles. Dans sa forme la plus simple, ce paradigme soutient qu'il y a un rapport causal unidirectionnel reliant la structure du marché au comportement des firmes en présence et ensuite à la performance. En d'autres termes, la structure du marché affecte le comportement des firmes dans une industrie et cela affecte à son tour la performance.

² L'Approche Basée sur les Ressources ABR [Wernerfelt, 1984 ; Barney, 1986] énonce que l'origine de l'avantage concurrentiel d'une entreprise s'explique par le fait qu'elle possède et qu'elle exploite des ressources qui ont des propriétés particulières. Elles sont hétérogènes, spécifiques, soumises à des ruptures de marché et donc difficilement imitables [Peteraf, 1993].

³ SCP. Op.cit.

⁴ Caves, Porter 1977

⁵ Teece & al 1997

I.2.2.2. La performance basée sur les ressources internes

Pour le courant¹ de l'approche ABR, les organisations sont constituées d'un ensemble de ressources et de capacités organisationnelles. Lorsque ces différentes ressources et capacités organisationnelles sont hétérogènes, rares et difficiles à être imitées ou acquises, elles sont considérées comme des actifs stratégiques. La présence ou l'absence de ces actifs stratégiques explique les écarts de performance entre les organisations qui entrent en compétition à un moment donné sur un marché.

La théorie des ressources est aujourd'hui l'une des théories les plus mobilisées dans l'étude de la performance, elle a ainsi permis le développement de plusieurs approches qui visent essentiellement à explorer les concepts fondamentaux. De la RBV découle une seconde approche qui est la (KBV) Knowledge Based View (ou la théorie des compétences), l'approche par les capacités dynamiques² (Teece & al 1997). A ce stade l'entreprise doit tirer profit au mieux des compétences, de la technologie et des connaissances qu'elle regroupe, ces trois éléments qui deviennent alors stratégiques et dont la maîtrise serait primordiale. (Martinet & Reynaud³) considèrent que le vrai avantage concurrentiel d'une firme serait de concilier les deux approches citées : exploiter les atouts propres à l'entreprise en les mettant en exergue tout en se positionnant à l'environnement dans lequel elle évolue.

I.2.2.3. La performance locale versus performance globale

Pour apprécier la performance en entreprise, on distingue trois niveaux : la performance financière, la performance opérationnelle et la performance concurrentielle. Pour mesurer la performance il suffit d'agréger les différents critères selon le niveau considéré. La notion de performance globale comme matérialisation et agrégation de la performance organisationnelle est discutable⁴. Dans une autre vision, la littérature s'est divisée ; certains auteurs comme (Globerson 1985) ont proposé des systèmes prenant uniquement en compte l'aspect multidimensionnel de la performance, en relevant deux principaux types qui peuvent ainsi être distingués parmi les courants de recherche traitant le pilotage de la performance des organisations ; ceux qui se placent au niveau local et ceux qui se placent au niveau global d'une activité , la distinction traite le volet mesure à part entière⁵.

¹ Amit et Shoemaker, 1993; Arrègle, 1996 ; Barney, 1991 ; Einsichardt et Martin, 2000 ; Grant, 1991; Hamel et Prahalad, 1995 ; Peteraff, 1993 ; Teece et al., 1997 ; Wernfelt, 1984).

² Teece & al Op.Cit

³ Martinet et Reynaud, Stratégie d'Entreprise et Ecologie, Economica, août 2004.

⁴ Pesqueux-Y, (2004). «La notion de performance globale » 5eme forum international ETHICS Décembre 2004.

⁵ Schindler 2008.

Par rapport aux caractéristiques du contexte mis en exergue dans cette typologie, à savoir : la diversité des critères de la performance , du niveau d'analyse à la fois global et local et l'incertitude et la mouvance de l'environnement, on peut préciser le besoin en mode de pilotage en considérant une performance multicritère, conciliant positionnement par rapport à l'environnement dans lequel évolue l'entreprise et le centrage sur les ressources internes de cette dernière au niveau local et global

La notion de performance a gagné une attention croissante au cours des dernières décennies. Étant omniprésent au cœur de toutes les organisations, le concept a suscité des débats sans cesse entre académiciens et praticiens, ce qui a généré une multitude de réflexions sur sa définition et son contenu. La diversité des définitions existantes dans la littérature crée une ambiguïté plutôt qu'une clarté dans la notion de la performance. Ces définitions sont soit trop générales, soit trop spécifiques. Nous allons chercher à travers cette deuxième section à mettre l'accent sur un type particulier à savoir la performance organisationnelle.

Section II : La performance organisationnelle

Le concept de performance organisationnelle est entouré de beaucoup de confusion, sa définition n'est pas moins difficile. Pour définir ce concept, Carton et Hofer¹ partent de l'idée qu'une organisation est l'association volontaire d'actifs productifs, tels que les ressources humaines, les ressources matérielles et le capital, dans le but d'atteindre un objectif commun. Comme ces actifs peuvent être utilisés dans différentes organisations, alors leurs propriétaires n'accepteront de les garder dans une organisation donnée qu'à condition qu'ils soient satisfaits de la valeur qu'ils reçoivent en contrepartie de ces actifs par rapport à d'autres utilisations.

Le concept de performance organisationnelle est entouré de beaucoup de confusion. Sa définition n'est pas moins difficile.

II.1. Les problèmes de définition de la performance organisationnelle

Selon Carton et Hofer, l'essentiel même de la performance est la création de valeur. Les actifs productifs continueront à être mis à la disposition de l'organisation, la valeur créée par leur utilisation est égale ou supérieure à la valeur attendue par ceux qui les apportent. Par conséquent, la création de valeur, telle qu'elle est définie par les fournisseurs des ressources constitue un critère essentiel de performance pour toute organisation. La définition de la

¹ Carton R. B. et Hofer C. W., (2006), *Measuring Organizational Performance: Metrics for Entrepreneurship and Strategic Management Research*, Cheltenham, GB : Edward Elgar Publishing Limited.

performance organisationnelle comme création de valeur se heurte à quatre types de difficultés¹:

II.1.1. L'impact du contexte

La création de valeur dépend des situations. La valeur peut être tangible ou intangible, comme elle peut être opérationnelle ou financière. Les entreprises cotées en bourse considèrent la création de valeur pour les actionnaires comme leur principal objectif. Pour les autres entreprises privées, la création de valeur peut être une combinaison d'objectifs financiers et non financiers à la fois. A titre d'exemple, les dirigeants qui sont aussi propriétaires de leur entreprise peuvent tirer de son exploitation des bénéfices financiers et des bénéfices non financiers comme le style de vie ou de prestige lié au poste occupé dans l'entreprise, à la nature de l'activité, aux interactions sociales, etc.

II.1.2. Le critère multidimensionnel de la performance organisationnelle

La performance a un caractère multidimensionnel, car une organisation peut réaliser des performances sur plusieurs dimensions. Il se peut que la réalisation d'une performance positive sur une dimension puisse engendrer une performance négative sur une autre dimension. Par exemple, supposons que la performance d'une entreprise peut être mesurée par l'accumulation des ressources et par la rentabilité. Alors, l'augmentation des ressources sous forme de capitaux propres peut entraîner une baisse du ratio de la rentabilité financière. Ainsi, l'entreprise a réalisé une performance positive sur une dimension, celle de l'accumulation des ressources et une performance négative sur l'autre dimension, celle de la rentabilité.

II.1.3. L'influence des parties prenantes

La performance est interprétée différemment et selon la perception de l'observateur. Chaque partie prenante² d'une organisation, en fonction de ses objectifs, a une vision différente de ce qui est la performance organisationnelle. Par exemple, les créanciers peuvent percevoir la création de valeur comme étant la capacité de l'organisation à gérer des cash-flows positifs et à préserver la valeur des actifs. Inversement, les actionnaires peuvent percevoir la création de la valeur comme la capacité de l'entreprise à créer des opportunités futures, même si les cash-flows et la valeur des actifs baissent à court terme.

¹ Carton et Hofer. Op.Cit

² Mercier, Samuel. « La théorie des parties prenantes : une synthèse de la littérature », Décider avec les parties prenantes. La Découverte, 2006.

II.1.4. Le paramètre du temps

Le temps joue un rôle dans la création de la valeur. En effet, les opportunités à la disposition d'une entreprise aujourd'hui, et qui seront réalisées dans le futur, sont incorporées dans la valeur présente sur la base des hypothèses individuelles concernant le futur. Ces hypothèses varient selon la perception de l'observateur. Ainsi, la perception de la valeur actuelle est influencée par les hypothèses sur la performance future. La mesure de la performance devrait donc capturer non seulement la création de valeur réalisée, mais également la valeur des opportunités créées durant la période considérée.

II.2. La vision traditionnelle de la performance organisationnelle

Traditionnellement, la performance de l'entreprise provient d'une part, des perspectives de profitabilité propres au secteur d'activité et d'autre part, de la position de la firme au sein de ce secteur¹. Dans une optique de positionnement, plus une organisation est située dans un secteur attractif, plus, par hypothèse, a des chances d'être rentable. Les forces du champ concurrentiel déterminent l'intensité de la concurrence, les perspectives de profitabilité du secteur et ont une incidence sur les stratégies des entreprises et leurs politiques d'allocation de ressources. La clé de la performance réside fréquemment dans la restructuration d'entreprises, dans la reconfiguration de leur portefeuille d'activités en réponse aux évolutions de l'environnement et consécutivement dans les procédures d'allocation de ressources et le contrôle. L'organisation recherche la création d'un surplus de richesse par rapport aux ressources consommées. Ainsi, la répartition de ce surplus devrait-elle permettre d'assurer la pérennité de cette organisation. Il y a fondamentalement une recherche d'efficience qui s'adosse à une modélisation *ex ante* des conditions de la mise en œuvre de la performance, à des « algorithmes d'activités prédéfinis », qui donne lieu à la présentation de procédures préétablies qu'il suffit de respecter².

Pour Charreaux³, l'influence de l'organisation sur le processus de création d'une valeur économique se limite à l'action disciplinaire, l'auteur considère que la source de l'efficience est

¹ Les firmes sont ici considérées comme homogènes, cette homogénéité qui concerne les ressources stratégiques susceptibles d'être mise en œuvre et l'éventail des choix stratégiques compte tenu de la structure du secteur auquel elles appartiennent.

² Evelynne Rouby et Guy Solle, repenser les méthodes de gestion : proposition de points d'ancrage conceptuels : l'exemple du contrôle de gestion, Revue internationale sur le travail et la société, Volume 4, Numéro 1. Pages, 18-44, 2006.

³ Charreaux, G. (2002), Quelle théorie pour la gouvernance ? De la gouvernance actionnariale à la gouvernance cognitive, Working Paper. FARGO, Université de Bourgogne n° 010401, février, consultable sur <http://www.u-bourgogne.fr/LATEC/WP/010401.pdf>

principalement disciplinaire, en particulier celles des supérieurs hiérarchiques sur les décideurs des niveaux intermédiaires puis opérationnels. La relation d'interdépendance entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel est synthétisée et pilotée par le mécanisme d'allocation des ressources, dotation et utilisations des ressources constituant alors le fondement du contrôle budgétaire et des pratiques usuelles de reporting, sous-ensembles du contrôle de gestion. Les outils mis en œuvre, et notamment l'instrument comptable de gestion sous-jacente, postule le cloisonnement des activités, l'additivité des performances locales, la stabilité des prévisions, un temps discret. On postule ici une logique de responsabilité individuelle et de conformité aux objectifs prescrits, une modélisation de la performance qui correspond à une addition de performances locales¹.

II.3. Vers une nouvelle vision de la performance organisationnelle

Les nouvelles recherches en management stratégique, présentent l'organisation comme un système articulé de compétences individuelles, collectives et organisationnelles et pour lequel la perception de la performance mérite d'être revisitée. D'une manière générale, l'approche renouvelée de la stratégie conduit à une analyse de la performance en termes de rente organisationnelle. Ces rentes organisationnelles dépendent de la combinaison des ressources et compétences spécifiques à l'entreprise, accumulées dans le temps et dans l'espace et valorisées sur un ou plusieurs marchés. La dimension structurante de la performance n'est plus seulement la position concurrentielle mais principalement la gestion cohérente dans le temps des ressources et des compétences accumulées, dans une perspective de coordination et d'intégration des ressources entre elles. Les sources de l'avantage concurrentiel proviennent pour une large part de la dotation de l'entreprise en ressources et compétences, et des propriétés inhérentes à ce patrimoine mais également et surtout, de l'usage que l'entreprise veut et sait en faire, soit en s'adaptant, soit en anticipant les transformations de son environnement (approche proactive). Il s'agira selon la conjoncture, de garantir le maintien des compétences fondamentales et/ou leur évolution ce qui renvoie au dilemme de J.G March² l'exploitation des compétences existantes et l'exploration de nouvelles compétences. Dans cette perspective, ce sont en priorité les choix organisationnels en matière de gestion des compétences individuelles et collectives qui conditionnent la performance de l'entreprise. En définitive, l'accent est

¹ Thomas, C. (2003), Organisation matricielle et coordination transversale : le budget demeure l'outil privilégié, *Revue Comptabilité Contrôle Audit*, N° spécial – *Les innovations managériales*, mai, pp. 167 – 187.

² March J., "Exploration and Exploitation in Organizational Learning", *Organization Science*, 2, 1991,

prioritairement mis sur le caractère endogène de la performance et sur sa dimension fondamentale collective (perspective de création de ressources). La performance se construit alors dans le temps et dans l'action collective, c'est-à-dire dans l'agencement continu des compétences individuelles et des compétences collectives et non plus dans le seul respect des procédures qui découlent de la planification. Pour comprendre dans quelle mesure le paradigme de la performance est appelé à évoluer, un retour sur la définition des compétences organisationnelles et des principes génériques qui les caractérisent, semble constituer un point de passage utile.

De l'ensemble des définitions proposées dans le cadre du Mouvement Ressource Compétences, une définition générique peut être retenue : la compétence organisationnelle est définie comme une action collective, finalisée et intentionnelle qui combine des ressources et compétences de niveaux plus élémentaires pour créer de la valeur. À partir de cette définition, plusieurs caractéristiques formelles des compétences organisationnelles peuvent être identifiées¹. Le tableau ci-après définit ces différentes dimensions qui bien que présentées ici dans leur singularité, sont largement complémentaires.

Tableau 2 : Les caractéristiques des compétences organisationnelles

Caractéristiques des compétences organisationnelles	Éléments clés du management stratégique des compétences	Points clés de la performance
Principe d'action principe systémique	Dynamique d'échange et de combinaisons de compétences individuelles et/ou collectives	Pilotage des interfaces
Principe de finalité Principe de lisibilité et de reconnaissance Principe dynamique	Identification des compétences aux capacités clés Matérialisation des compétences aux capacités dans des produit et/ou services valorisants sur les marchés Anticipation de la valeur créée par des combinaisons de compétences et capacités	Pilotage d'une dynamique décisionnelle décentralisée, collective et interactive Pilotage d'un processus de décision inter rythmes et inter niveaux
Principe cumulatif	Dynamique collective de l'apprentissage	Construction d'une mémoire collective

Source (Evelyne Rouby et Guy Solle)

Les évolutions constantes de l'environnement et de la concurrence ont engendré des changements dans les approches en termes de performance organisationnelle. Ces évolutions

¹ Rouby, Thomas 2004.

ont fait émerger la nécessité pour les organisations de pérenniser, développer, transférer ou acquérir des compétences stratégiques, pour leur permettre de mettre en œuvre efficacement les processus établis et de les faire évoluer de manière réactive et continue. Le pilotage nécessite une mesure préalable de la performance, c'est la raison pour laquelle, la troisième section est dédiée à la mesure de la performance.

Section III : Mesure et évaluation de la performance

La performance est souvent confondue avec des notions proches mais restrictives, comme l'efficacité ou l'efficience, ou encore la marge. Certains auteurs proposent une définition beaucoup plus fine de la performance en la représentant par le couple valeur/coût.¹ On cherchera à savoir quelle valeur est créée et pour quel coût, donc savoir quel besoin de la clientèle est satisfait. En allant plus loin, on peut aussi postuler que la performance est la contribution à l'amélioration du couple valeur/coût². Ainsi, la performance produit-elle de la valeur utile pour ses clients à un coût minimum ? Un exemple célèbre peut être utilisé, c'est le cas de la Twingo, répondant à un besoin nouveau, pour un coût minimum (presque tous les composants étaient repris sur d'autres modèles). Le cas plus récent de la Dacia va dans le même sens. On revient alors au principe de Porter qui présente la valeur comme « la somme que les clients sont prêts à payer pour ce qu'offre la firme³ » En termes de caractéristiques, la performance est mesurable, relative et elle se construit globalement. La première caractéristique est essentielle, « la performance n'existe que si on peut la mesurer » (Lebas, 1995). Sans la réduire aux mesures adoptées pour la décrire, il faut quand même mettre en place un ensemble d'indicateurs fiables, dans des domaines élargis (et pas seulement financiers).

III.1. Les indicateurs de la performance

Par indicateur (du latin « indico ») on entend, selon le Robert 2011 : indication, révélation d'une chose. Dans le domaine des sciences, les indicateurs signifient des outils fournissant diverses indications physiques : vitesse, niveau, pression. Dans le domaine de l'électronique, une analogie peut être faite entre indicateurs et capteur. Sur les systèmes linéaires bouclés (exemple : une chaudière avec un système d'asservissement pour l'obtention d'une température précise), un capteur qui a pour but de mesurer le ou les résultats obtenus en fin du processus de fonctionnement.

¹ Ernult, 2005.

² LORINO-P, (1997). « Méthodes et pratiques de la performance », éditions d'organisation.

³ Porter, 1985.

En économie, selon (Larousse 2012), les indicateurs sont des statistiques construites dans le but de mesurer certaines dimensions de l'activité et l'analyse des évolutions des statistiques étudiées. Ils peuvent regrouper plusieurs catégories d'indicateurs : indicateurs de production indicateurs financiers, indicateurs de population. Généralement, l'indicateur signifie : un élément, une information qui fournit des indications, des renseignements sur la valeur d'une grandeur mesurée. L'information quant à elle, est une donnée ou un ensemble de données articulées de manière à construire un message ayant un sens bien précis. Il faut préciser aussi, qu'un indicateur est souvent lié à la notion de mesure. L'action de mesurer peut être le fait « d'attribuer une quantité quelconque à un phénomène ou à un objet à partir d'une règle d'attribution déterminée a priori ». Les indicateurs sont donc considérés comme des outils qui associent une mesure aux critères d'évaluation, afin d'évaluer la qualité d'un jeu de données.

Dans le domaine de la gestion, le concept d'indicateur¹ est très utilisé car il est porteur d'informations pertinentes pour les gestionnaires lors d'un processus de décision. Et pour les besoins de mesure² de la performance, les indicateurs susceptibles de maîtriser le suivi et le contrôle de la performance, peuvent être qualifiés d'indicateurs de performance « clés ». Cette catégorie d'indicateurs nécessite le plus d'attention de la part des gestionnaires.

Les indicateurs de performance de nature généralement financière sont souvent utilisés depuis longtemps par les entreprises. Le bénéfice net, le bénéfice par action et le rendement sur capital investi figurent parmi les indicateurs traditionnels connus et utilisés dans le monde des affaires. Pour Kaplan et Norton³ les indicateurs financiers ne suffisent plus à traiter les différentes facettes de la performance des entreprises, puisqu'elles reconnaissent au final que le système devrait être adapté au changement. À partir de ce point-là, la conception de mesure de la performance devrait donc suivre certains principes pour en assurer l'efficacité, en particulier la stratégie et les objectifs attendus de l'entreprise qui devraient être pris en compte au moment de la conception. De manière générale, les indicateurs de performance peuvent être considérés

¹ Plusieurs auteurs se sont penchés à définir le terme d'indicateur. Selon Marakas (1999), « l'indicateur est composé de données qui sont, à la base, des faits, des mesures ou des observations sans contexte, ces données ne prennent la forme d'information qu'une fois organisées de manière à être utile et approprié aux décideurs pour la réalisation d'un objectif ». Fernandez (2005) s'étend sur une autre optique « l'indicateur est une information ou un regroupement d'informations qui contribuent à l'appréciation d'une situation par le décideur ». L'auteur en 2007 a élargi la définition « indicateur n'est jamais muet. Il est construit à la manière d'un schéma stimulus/réponse, traduisant une prise de décision de la part du décideur ».

² La mesure permet d'évaluer les écarts par rapport à la consigne et ainsi, obtenir le niveau d'erreur du système. Les organes de traitement de l'information du système ont pour but de minimiser cette erreur, en effectuant toutes les corrections nécessaires. Ils agissent sur les actionneurs afin de minimiser cette (ou ces) erreur (s) et ainsi tendent vers l'objectif défini par la consigne initiale.

³ Kaplan, R. S., Norton, D. P. The Balanced Scorecard - Measures That Drives Performance. Harvard Business Review, 1996.

comme une donnée chiffrée, financière ou non, quantitative ou qualitative, permettant de mesurer et de suivre les résultats et/ou des objectifs attendus. Autrement dit, l'indicateur peut être envisagé comme une information, qui devrait aider un acteur, individuel ou plus généralement collectif, à conduire le cours d'une action vers l'atteinte d'un objectif ou devant lui permettre d'en évaluer les résultats attendus¹.

Un indicateur de performance est tout élément d'information significative, un indice ou une statistique représentative dans le but de mesurer un état ou un phénomène lié au fonctionnement de l'organisation. Les indicateurs de performance sont avant tout des outils de contrôle et le pilotage². Leur rôle est d'influencer le comportement des agents pour maintenir, améliorer, corriger ou anticiper la performance Aslanoff³.

Pesqueux⁴ rejette l'idée que l'indicateur de performance est forcément une évaluation ou une mesure purement « objective ». Selon l'auteur, l'indicateur de performance ne traduit pas uniquement le phénomène mesuré comme un fait indépendant, mais construit une relation avec le type d'action qui conduit aux objectifs à atteindre. L'indicateur doit alors avoir une pertinence opérationnelle, étroitement liée à un processus d'action bien précis. Il doit être pertinent de point de vue stratégique, son obtention devrait correspondre à un objectif et mesurer si cet objectif est atteint (indicateur de résultat) ou qui informe sur le bon déroulement d'une action visant à atteindre cet objectif (indicateur de pilotage). L'indicateur doit enfin avoir une efficacité cognitive. Il est destiné à l'utilisation par des agents précis, généralement collectifs (équipes, y compris équipe de direction), dont il doit aider à orienter l'action et à en comprendre les facteurs de réussite. Cette condition, d'efficacité cognitive ou ergonomique des indicateurs, signifie que celui-ci doit pouvoir être lu, compris et interprété aisément par l'agent auquel il est destiné⁵.

III.1.1. Les caractéristiques des indicateurs de la performance

Lorino, identifie trois caractéristiques que devrait remplir un indicateur de performance :

- L'indicateur devrait être constamment associé à un objectif stratégique à atteindre. Il informe du bon déroulement ou non d'une action qui participe à atteindre les objectifs attendus. Un

¹ P. Lorino 1997. Op. Cit.

² Voyer, P., « Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance », 2^{ème} édition Presses Universitaires du Québec. Janvier 1999.

³ Aslanoff, A., « La perception de la performance des fusions et acquisitions dans le secteur bancaire » thèse IAE Nice-Sophia-Antipolis 2013.

⁴ Pesqueux, Y. « Management de la connaissance : un modèle organisationnel ? » CNAM, 2005.

⁵ Idem

indicateur inadapté à l'objectif visé pourrait être contre-productif et peut engendrer des dérives fatales.

- La qualité d'un indicateur est étroitement liée à sa capacité cognitive. Il doit permettre d'orienter d'une façon extrêmement simple l'acteur, généralement le groupe, à agir et comprendre les facteurs de réussite ou de l'échec. À son analyse, le ou les décideurs devraient être en capacité de pouvoir et d'inciter à agir.

- La pertinence opérationnelle : cette caractéristique essentielle consiste à vérifier que les données utilisées sont dignes de confiance. La pertinence opérationnelle d'un indicateur concerne la variabilité des résultats. La relation entre l'indicateur et l'action se doit être unidirectionnelle : de l'action vers l'indicateur. L'indicateur est déduit à partir du choix de l'action (l'indicateur n'a d'utilité que pour piloter l'action et son résultat) et non l'inverse.

Les indicateurs de performance interagissent donc avec trois composantes : les objectifs issus de la stratégie, les acteurs qui sont les destinataires des informations, et les actions mises en place par les acteurs pour l'atteinte des objectifs.

III.1.2. Prédominance de la mesure financière

La mesure et le pilotage de la performance financière est à l'origine même de la discipline du contrôle de gestion. Les premiers outils du contrôle développés dans les entreprises reposent sur l'idée qu'une modélisation comptable et financière de l'organisation est possible et que les responsabilités peuvent être déléguées aux différents acteurs en interne, dont on contrôlera ensuite la performance financière. Mais la mesure et le pilotage de la performance financière est désormais bien loin de s'arrêter là. Le pouvoir grandissant des actionnaires à travers le développement des marchés financiers et des fonds de pension nord-américains a concouru dans les années 2000 à renouveler les pratiques et à mettre au jour des indicateurs mesurant la rentabilité économique qui prend en compte les capitaux investis, plutôt que la seule profitabilité qui mesure les marges de profits réalisés¹.

III.1.3. Performance et création de la valeur

Les principaux facteurs de détermination de la performance, en matière d'audit², sont la profitabilité, la rentabilité, la productivité, le rendement des actifs et efficacité. La notion de performance est donc liée au concept de création de valeur ; cette notion qui a eu, et a toujours, un grand succès dans les entreprises. Les fondements de ce courant remontent aux travaux

¹ Hélène Lônia, Véronique M, Jérôme M et Yvon P, « Contrôle de gestion » des outils de gestion aux pratiques organisationnelles », 4^{ème} édition, Dunod, 2013, p.65.

² J. Richard : “ Audit des Performances de l'entreprise ”, La Villeguérin - 1989

d'Irving Fisher sur l'intérêt et la valeur. Les travaux sur la valeur ont été développés par Modigliani et Merton en 1958 puis par des auteurs s'appuyant sur la notion de gouvernement d'entreprise. Dans les années 1980 les recherches de Porter¹ ont permis d'élaborer une « chaîne de valeur ». Chaque activité liée avec les autres contribue à la création de valeur générée par l'entreprise. L'entreprise cherche la croissance de « la valeur » de son produit. Chaque fonction doit donc améliorer la valeur apportée par son activité.

L'intérêt du thème de la création de valeur pour définir la performance réside dans son caractère inter temporel². Son évaluation fait appel à des éléments de la finance (coût du capital, maîtrise des risques...) et à des éléments de comptabilité fondés sur le contenu informationnel des décisions stratégiques (évaluation des décisions des dirigeants via la création de richesse).

Dans l'optique de la théorie de l'agence, certains auteurs ont positionné la mesure de la performance sur le critère de création de valeur actionnariale. La sanction externe du marché boursier est particulièrement prise en compte. Simon Pariente³ fait le lien entre la comptabilité financière et la comptabilité de gestion. Il propose une lecture du « patrimoine bilanciel performant » et un calcul sur le coût du capital employé. L'idée est donc de rechercher une mesure de la performance qui permette d'obtenir la richesse revenant à l'actionnaire.

L'augmentation de la pression des investisseurs privés a obligé les entreprises à développer une stratégie de gestion de la valeur. L'optimisation de cette création de valeur s'obtiendra en améliorant la rentabilité de l'actif qui est utilisée et en effectuant une analyse comparative avec le coût du capital. Ce coût est le minimum de revenus réclamés par les actionnaires.

La création de valeur a le mérite d'être mesurable. L'actionnaire mesure aisément l'accroissement de sa richesse qui est lié à celui de la valeur des actions qu'il détient. Pour certains c'est une appréciation réductrice de la performance et/ou de la création de valeur de l'entreprise qui doit porter également sur des éléments moins tangibles voire immatériels.

III.1.4. Les problèmes de mesure de la performance

Certains auteurs⁴ signalent que dans l'univers de l'entreprise, la performance peut être définie comme le résultat d'une action (Bouquin 2004), le succès de l'action (Bourguignon 1995), ou bien à partir des modes d'obtention du résultat (Baird, 1986). Le choix d'un de ces trois sens de la performance (résultat, bilan d'une action ou action) n'est pas sans influencer l'approche

¹ M. Porter : " L'avantage concurrentiel ", Interedition - 1986

² S. Pariente : " La création de valeur par l'entreprise ", Analyse financière - 1997

³ Simon Pariente. Op.cit.

⁴ Marion et al. 2012

retenue pour évaluer la performance et/ou celle des acteurs qui contribuent à sa réalisation. Ainsi en fonction du contexte, l'évaluation sur un aspect de la performance (par exemple la performance financière), pourra être suffisante, alors que dans d'autres cas il sera préférable de travailler sur une notion de performance multicritères qui inclut la performance économique, la performance financière, la performance des processus, etc.

Saulquin & Schier¹ indiquent que la performance a autant de facettes qu'il existe d'observateurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation. La valeur n'est donc prise en compte que par rapport à ce que l'utilisateur de l'information va en faire, elle reste alors une affaire de perception avant tout entre les individus ce qui risque d'engendrer des conflits dans des périodes de crise en raison de la divergence de cette perception en elle-même, autant de signification qu'il existait d'individus ou de groupes qui l'utilisent. En effet, pour un dirigeant, la performance pourrait être la rentabilité ou la compétitivité de l'entreprise ; pour un employé, elle pourrait être le climat de travail dans lequel il évolue ; et pour un client, la qualité des services rendus. La multiplicité des approches possibles en fait un concept surdéterminé, et curieusement, il demeure indéterminé en raison de la diversité des groupes qui composent l'organisation en elle-même.

III.1.5. Les limites des mesures traditionnelles et performance dynamique

Plusieurs auteurs rejettent les définitions de la performance identifiant celle-ci à l'optimisation de la rentabilité². Le courant interactionniste déplace le débat en remarquant que l'abondance d'informations quantitatives de gestion écarte les débats politiques et stratégiques qui traduisent les valeurs d'une société et qui sont propres à certaines organisations. La simple mesure d'un cash-flow, la détermination d'un « Return on investment » ou le calcul d'un résultat comptable seraient des indicateurs réducteurs du concept de performance. Ces indicateurs fournissent une information passée, ils ne donnent pas une représentation du processus de création de valeur qui permet d'apprécier la performance de l'entreprise³ : productivité, innovation des produits, qualité, prise de parts de marché...

¹ Saulquin, Jean-Yves & Schier, Guillaume. (2007). Responsabilité sociale des entreprises et performance : complémentarité ou substituabilité ?.

² V. Fernandez : « Adapter la comptabilité de gestion à des environnements industriels changeant : le cas des îlots de production », Economies et sociétés, série Science de Gestion, n°21 – 1995.

³ E. Cohen : “ Gestion financière ”, Economica - 1997

Il faut bien reconnaître que les éléments immatériels, aussi pertinent soient-ils, sont difficiles à évaluer de manière fiable. Tatikonda et Tatikonda¹ ont proposé de rechercher une performance dynamique. Les auteurs soulignent que la mesure de la performance doit refléter la culture et la philosophie organisationnelle de l'entreprise. Elle doit décrire le savoir-faire inhérent à chaque firme. Les mesures traditionnelles de la performance fondée sur les résultats financiers, la rentabilité et le profit sont qualifiées d'évaluations à court terme biaisant la réalité de la performance générée par l'entreprise. Les auteurs poursuivent leurs réflexions en proposant d'évaluer la performance en fonction du type d'entreprise (respect de ses objectifs) en fonction du niveau de management. Les besoins, en termes d'information sur la performance, de la direction générale seront naturellement différents de ceux de la direction commerciale et de ceux des directions locales.

L'étude menée par les deux auteurs² a conclu que la performance est déterminée par quatre facteurs, il s'agit de :

- ♦ la satisfaction des clients ;
- ♦ la flexibilité (organisation du travail, variété des produits...) ;
- ♦ la qualité (contrôle des produits défectueux...) ;
- ♦ le temps (temps de production, d'innovation...).

Ces facteurs clés de succès amènent les auteurs à rechercher « une mesure du non-mesurable ». Les frais engagés pour la recherche et développement tel que le développement de nouveaux systèmes d'information au sein d'une entreprise contribuent à la performance de l'entreprise. Comment alors valoriser cette contribution ? Comment évaluer un changement d'organisation ou d'une formation dispensée aux personnes ? Autant de questions que suscite la volonté de prendre en considération l'impact des facteurs déterminants de la performance dans la formation et la mesure de celle-ci.

Dans cette conception dite dynamique, on mesure des potentialités de performance plus que des réalisations. Les réalisations passées n'ont pas toujours un caractère prédictif des réalisations à venir. A contrario, la mesure de la capacité à créer de la valeur pourrait risquer d'être contredite dans l'avenir par les réalisations elles-mêmes. Les auteurs proposent de construire une mesure de la performance qui soit un bilan dynamique entre les données financières et les données non financières.

¹ L. U. Tatikonda, Certified Management Accounting, R. J. Tatikonda: “ We need dynamic performance measures ”, Management Accounting – 1998.

² Idem

L'amélioration de la performance est au centre de réflexion dans toutes les organisations. Le processus de l'amélioration est vu comme étant un compromis entre l'adaptation aux évolutions externes et le maintien d'une cohérence organisationnelle. Le contrôle de gestion se présente comme un ensemble d'outils et de procédures permettant de modéliser et de mesurer les coûts des processus en vue de déterminer les marges et les leviers d'accroissement possibles de valeur ajoutée.

III.2. Mesure de la performance et nouvelles tendances du contrôle de gestion

Le renouveau du contrôle de gestion est passé par une réflexion stratégique pour mieux prendre en compte les souhaits des clients, les processus internes, l'innovation et l'apprentissage organisationnel. Cela entraîne une remise en cause de l'organisation et des systèmes de pilotage. De ce fait, les systèmes de mesure de la performance ont introduit des indicateurs physiques ou opérationnels à côté des indicateurs financiers ou comptables. Pour atteindre ces objectifs, les contrôleurs de gestion devraient davantage maîtriser les nouveaux outils informatiques d'aide à la décision, et intégrer l'incertitude de l'environnement dans le système de mesure de la performance.

III.2.1. Le rôle de l'informatiques dans le système de mesure de la performance

Au cours de l'ère industrielle, les entreprises ont constaté que leur besoin de mesure de la performance ne cesse d'augmenter, particulièrement pour évaluer les niveaux de production de masse. Mais c'est suite à l'avènement de l'ère de l'informatique et des nouvelles technologies dans les années 1980, que la mesure de la performance a connu un véritable essor dans les entreprises¹. La mesure de la performance fait dorénavant partie des activités de l'entreprise : production, maintenance, finance, vente et achat, relations avec la clientèle, qualité, environnement, ressources humaines, etc.

En effet, l'utilisation des outils informatiques (ERP, outils de business intelligence, décisionnel opportuniste, outils de planification budgétaire, outils de consolidation, outils de bureautique) entraîne des changements dans les processus de gestion amenant à la prise de décision. L'informatisation des activités de l'entreprise augmente en fonction notamment d'un nombre plus élevé de données collectées, de possibilités de traitement de l'information plus étendue et plus rapide, ainsi que d'une communication plus facile entre les individus. La participation au processus de décision concerne dorénavant davantage d'acteurs dotés de compétences diverses.

¹ O'Brien D.P. (2000), Business Measurement for Safety Performance. Lewis publishers, Washington.

La mémoire organisationnelle s'accroît également à travers les systèmes de gestion de base de données et permet un recours plus fréquent aux connaissances stockées grâce à la simplification des procédures de consultation. La rapidité et la qualité de prise de décision sont ainsi constatées, dans la proposition où elles reposent sur des informations pertinentes.

Dans la même veine, alors que l'informatique des années 1960-1970 aidait à une efficacité locale selon les besoins spécifiques des utilisateurs, le mouvement d'optimisation des outils informatiques des années 1990 sert une efficacité globale. Cette efficacité permet une intégration croissante des systèmes d'information. Dans ce sens, les systèmes clients- serveurs constituent une amélioration remarquable. En termes d'application (Software), pour le contrôle de gestion¹, les systèmes de gestion de base de données (SGBD) multidimensionnelle marquent un progrès technologique très important. Selon Tort², d'un point de vue fonctionnel, l'intégration des systèmes comptables « *visent à organiser de manière optimale les liens entre les différents sous-systèmes dédiés aux multiples besoins d'information* ».

Par ailleurs, le développement des systèmes de gestion intégrée a facilité la conception, la mise en œuvre et l'exploitation des systèmes d'information de gestion. L'utilisation des technologies de l'information a accompagné celle de toutes les fonctions qui s'appuient sur un système d'information sophistiqué. De ce point de vue, le système d'information du contrôle de gestion est un système par nature « intégré », centralisant les informations issues des différents systèmes de gestion (du système de comptabilité financière, mais aussi des systèmes de gestion de production, de gestion des stocks, etc.). Les évolutions technologiques contribuent donc à l'amélioration de la performance d'un système de contrôle de gestion. De ce fait, avec les ERP par exemple, l'entreprise abandonne la vision verticale et le cloisonnement par métier puisque l'objectif de l'ERP est de raisonner par des processus transversaux suivant des référentiels communs. Ce changement est accompagné par la création des bases de données uniques et partagées et qui permet aux responsables financiers, notamment au contrôleur de gestion, d'assurer une cohérence de l'information. Cependant en cas d'erreur dans les données, l'ERP permet de trouver la source à l'aide de la traçabilité des informations qu'il présente et propose ainsi au contrôleur de gestion la possibilité de corriger les erreurs éventuelles³.

¹ Pour un point de synthèse plus exhaustif sur l'ensemble des outils informatiques au service de la fonction contrôle de gestion, voir Ducrocq C. 2000.

² Tort E, Intégration de la comptabilité de gestion au système comptable dans une structure décentralisée, revue française de gestion, n°301. 1998.

³ Turki. Olfa. Les pratiques du contrôle de gestion face au changement. " comptabilité, contrôle, audit et institution(s) ", May 2006.

En revanche, les implications des outils informatiques en matière de pilotage de la performance se situent à différents niveaux. Pour Daft¹, les outils informatiques permettent à la fois une certaine efficience opérationnelle, une efficience au niveau des processus de gestion et contribuent également à l'efficacité stratégique de la fonction de contrôle de gestion. Concernant leurs implications opérationnelles, les outils informatiques contribuent à rendre certaines tâches et activités plus automatiques, notamment les tâches de saisie multiples et répétitives ont disparu. De surcoût, il facilite la standardisation des données et par conséquent la consolidation et la remontée des informations.

A l'aide des outils informatiques de plus en plus développés, le contrôleur de gestion consacre moins de temps à la collecte des données, accède facilement à des informations externes afin de gagner de temps pour les analyses approfondies et les interprétations. Il s'occupe dorénavant plus de traitement et de l'analyse des informations, tandis que les logiciels lui fournissent des résultats financiers. Il tend également à optimiser le rendement des effectifs associés à la gestion des routines comptables. Il pourrait par exemple proposer à la direction de réduire les effectifs ou de diminuer les délais de livraison de l'information. Le contrôleur de gestion doit aussi se porter garant de la fiabilité des informations et du respect des échéances. C'est dans ce contexte que Siegel et Sorensen² remarquent que 74 % des contrôleurs de gestion reconnaissent le changement de leur rôle de technicien vers celui de conseiller, en particulier aux technologies de l'information.

Certaines rigidités liées à l'usage du système d'information peuvent néanmoins limiter la possibilité de faire émerger de nouveaux indicateurs de performance. Interrogé par Boitier (2002), un contrôleur de gestion a exprimé ce constat en ces termes : *« le système d'information est tellement structuré que l'on a peu de marges de liberté pour faire ressortir un nouvel indicateur. On doit suivre et commenter les choses qui sont déjà définies. »*

Enfin, la contribution des outils informatiques dans le système de mesure de la performance doit être comprise dans une perspective de complémentarité des différentes activités de la fonction de contrôle de gestion. D'une part, le contrôle de gestion participe à un contrôle programmé et les outils informatiques contribuent à l'efficacité d'un tel système de contrôle. C'est ainsi que dans les dernières années, les ERP par exemple ont permis de concevoir des tableaux de bord dont la remontée d'information est rapide, fiable et partagée. D'autre part, en

¹ Daft R.L., Organization Theory and Design, West Publishing Company, 1992.

² Siegel, G., Sorensen, J.E. (1999), Counting More, Counting Less Transformations in the Management Accounting Profession, the 1999 Practice Analysis of Management Accounting, The Institute of Management Accountants, Montvale, NJ

libérant du temps consacré auparavant au traitement et à la consolidation des données, les outils informatiques rendent le contrôleur plus disponible pour des analyses et des interactions en dehors de la gestion du système d'information standard. L'influence des outils informatiques, comme support d'une plus grande efficacité du contrôleur de gestion, correspond à l'idéal type présenté par les concepteurs. Mais l'influence réelle sur le travail du contrôleur semble en partie différente.

III.2.2. L'influence de l'incertitude de l'environnement sur le système de mesure de la performance

Khandwalla¹ s'est lancé dans des recherches visant à établir le lien entre l'environnement de l'entreprise et le système de contrôle de gestion. L'environnement externe a été toujours un des premiers paramètres contextuels à être évoqué par les recherches sur la contingence des systèmes de contrôle².

Les entreprises opèrent aujourd'hui dans des environnements complexes ; il est donc vital qu'elles connaissent parfaitement leurs objectifs et la manière de les atteindre. En réponse à la libéralisation des économies, les entreprises deviennent ouvertes sur leur environnement extérieur et deviennent obligées de tenir compte des éléments externes (Turki), en particulier, les informations liées à l'économie, à la technologie, aux comportements des clients et concurrents. Bien gérer ces informations aide les entreprises à piloter leur performance et permet aux managers de prendre des décisions adéquates aux changements de l'environnement. Cela n'est possible qu'à travers un meilleur fonctionnement interne des activités de l'entreprise, des objectifs, programmes et actions à mettre en œuvre. Ces informations devraient respecter au moins certains critères tels que la précision, l'exhaustivité, la fiabilité et la pertinence. En outre, les prises de décision sont amplement influencées par les systèmes d'information, notamment par celui qui est animé par le contrôle de gestion.

Certaines études ont conclu que le besoin d'une information détaillée et pertinente (68%) est considéré comme l'une des principales raisons ayant entraîné le changement des pratiques de mesures de la performance³. En effet, le système d'information doit s'adapter aux changements et à l'incertitude de l'environnement. Il doit être capable d'intégrer, de comprendre et de prendre

¹ Khandwalla P.N. (1972), "The Effect of Different Types of Competition on the Use of Management Controls", *Journal of Accounting Research*, Vol. 10, N° 2, Autumn, pp. 275-285.

² Chenhall R.H. (2003), "Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 28, N° 2/3, pp. 127-168.

³ Haldma et Laas (cité par Bouamama, thèse de doctorat, université de Bordeaux, décembre 2015).

en considération les nouveaux besoins de l'organisation pour permettre à tous les acteurs de mieux appréhender les imprévus et la complexité environnementale¹.

De ce fait, le dynamisme et la complexité de l'environnement dans lequel évoluent les entreprises ont entraîné l'émergence d'une fonction de contrôle de gestion de plus en plus intégrée. Elle dispose d'outils spécifiques permettant à la fois le contrôle opérationnel et le pilotage stratégique, dans une approche de gestion permanente et réelle des risques internes et externes². En conséquence, l'efficacité des outils traditionnels de gestion diminue et la recherche d'autres outils, tels que le tableau de bord, devient une vraie alternative complémentaire pour la mesure de la performance entreprise³.

Après avoir défini et présenté les différentes approches de la performance, nous allons essayer de mettre l'accent dans la section suivante, sur les systèmes de pilotage de la performance.

Section IV : Pilotage de la performance organisationnelle

En domaine de gestion, la notion de pilotage reste un concept flou, il n'existe pas de consensus sur une définition claire de cette notion. Le dictionnaire petit Larousse, présente le pilotage comme une action, un art de piloter où piloter est pris au sens de diriger. Cette définition met l'accent sur la dimension dynamique (action) du principe. D'ailleurs, les anglo-saxons n'utilisent qu'une seule expression pour le système de contrôle et de pilotage : a Management control system. Selon Pendaries⁴, un système de pilotage peut se définir comme : un système agrégé décision/action, basé sur la responsabilité, la représentation et l'interprétation des acteurs de l'organisation, intégrant les objectifs stratégiques de l'organisation, et doté de deux objectifs propres : agir sur les performances et contribuer à améliorer la cohésion et la cohérence au sein de l'organisation. Par cette définition, l'auteur cherche à élargir les finalités du contrôle de gestion, afin de marquer le passage d'une finalité comptable et économique à une finalité organisationnelle et stratégique avec le maintien de la convergence des buts au sein de l'organisation. Nous allons examiner dans ce qui suit, les différentes approches de pilotage de la performance.

¹ Turki. 2006. Op.Cit.

² Gervais M, Contrôle de gestion, Économica, 7e édition, Paris, 2000.

³ Turki. 2006. Op.Cit.

⁴ Pendaries M. Thèse, le pilotage par la valeur de la performance des organisations : cas des entreprises industrielles gérées par affaire, Université de la méditerranée – Aix – Marseille II, 2011. Page 36.

IV.1. L'apport de l'approche socio-économique

Pour Savall et Zardet¹, le pilotage a un rôle fondamental, en ce que la « qualité du pilotage des hommes et des activités est la source essentielle de performance socio-économique, plus que les choix formels, stratégiques ou organisationnels ». L'approche socio-économique s'appuie également sur le concept d'équilibration de Piaget², pour faire du pilotage une fonction vitale consistant à ajuster et à mettre en compatibilité les acteurs et les activités pour réaliser les objectifs de l'organisation.

Sur ces bases, on peut considérer que les approches de Lorino et de la théorie socio-économique sont convergentes³, aux niveaux descriptif et explicatif tout du moins. Elles définissent le pilotage comme une activité d'équilibration destinée à rapprocher le résultat obtenu de celui escompté et expliquent sa nécessité par la tendance spontanée des organisations à la dispersion, Lorino parlant de désintégration, Savall et Zardet de désynchronisation.

Le pilotage est avant tout une dépense d'énergie des acteurs, contenue dans les décisions et les actes de mise en œuvre de celles-ci. Cette énergie sert de base à la modification des environnements : « (...) *les agents-acteurs ont des potentiels d'énergie différenciés ; les plus dotés en énergie de changement (unités actives au sens de Perroux) ont une forte capacité de modification de leur environnement. Il y a ainsi dans l'entreprise (et hors d'elle) des individus et groupes qui sont réellement ou potentiellement des agents de changement. Ils ont des comportements visant délibérément à faire évoluer les structures* ⁴ ».

Le potentiel énergétique du pilotage dépend des ressources dont disposent et que mettent à disposition les acteurs, comme les compétences ou, surtout, les zones d'incertitudes (Savall, 1979). La mise en œuvre des décisions fait appel au principe de coopération en ce sens qu'elle nécessite le partage du contenu des décisions. Enfin, le pilotage repose sur une instrumentation, une construction et une appropriation par les acteurs d'outils de gestion facilitant la prise de décision, la prévision et le contrôle⁵. Énergie, coopération et instrumentation définissent les trois inputs complémentaires et nécessaires de la fonction de pilotage.

¹ Savall H. et Zardet V., Tétra normalisation. Défis et Dynamiques. Économica, 2005, p. 176.

² Savall H., Savall H., Reconstruire l'entreprise, Dunod, 1979, p. 208.

³ Bonnet D., Le pilotage de la transformation en environnement de coopération inter-organisationnelle.

⁴ Savall, 1979. Op. Cit.

⁵ Moisdon J.-C. (Ed.), Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation, Éditions Seli Arslan, Paris, 1997.

Ces trois inputs, tout aussi complémentaires, sont constitués d'actes de pilotage qui concourent à la stimulation de l'action, à sa coordination et à l'adaptation continue de l'organisation. La stimulation de l'action renvoie ici à un système d'information à même de provoquer, du moins favoriser, des actes décisifs, c'est-à-dire des « actes qui apportent directement ou indirectement un résultat économique à l'entreprise¹ ». Ces actes sont impulsés par des informations comprises et analysées par les récepteurs en se référant aux objectifs de l'organisation. Ce système d'information est qualifié d'opérationnel et fonctionnel humainement intégré et stimulant (SIOFHIS). La synchronisation est une coordination la plus rapide possible, idéalement en temps réels, qui vise à mettre en compatibilité les acteurs individuels et collectifs en vue de réaliser les objectifs et finalités de l'organisation. La synchronisation des acteurs constitue, dans la théorie socio-économique, l'indicateur principal d'intégration. Elle est préconisée pour lutter contre la sous-efficacité engendrée par l'excès de différenciation, en d'autres termes pour construire l'artéfact contre-nature que représente l'intégration². Le «toilettage», enfin, désigne « la maintenance ou remise en état du fonctionnement des objets matériels ou immatériels de l'organisation³ », comme les objectifs, les structures, les compétences, etc.

En somme, le pilotage est une fonction de finalisation qui vise à atteindre les objectifs de l'organisation, en construisant l'intégration des acteurs par la synchronisation de leurs actions, en émettant des informations stimulant des actes de mise en œuvre, ce qui implique des informations relativement transparentes sur le fonctionnement effectif de l'organisation, et en adaptant continûment l'organisation pour la mettre en capacité d'atteindre ses objectifs.

IV.2. L'apport de Philippe Lorino

Pour Lorino, le pilotage consiste à « orienter un système d'activités (structuré par la division du travail) vers la réalisation de certains objectifs », en postulant l'existence d'au moins un objectif, la création nette satisfaisante de valeur (Lorino⁴, 1995). Le pilotage au sens de Lorino est présenté comme un mode opératoire visant la construction d'équilibres, en réalisant deux fonctions : l'équilibration et la coordination. La fonction d'équilibration, inspirée explicitement de Piaget, permet d'« assurer un équilibre acceptable entre continuité et changement cognitif » (Lorino, 1997). Elle est redéfinie par l'auteur comme la « transformation continue d'un équilibre cognitif existant, sous l'effet de faits générateurs de changement » (Lorino, 1997).

¹ Zardet, 1985.

² Idem.

³ Savall et Zardet 1979. Op. Cit

⁴ Lorino P. « Les deux fonctions du pilotage de l'entreprise », in : Guilhon B. et Al., Économie de la connaissance et organisations, L'Harmattan, 1997, p. 111.

Celle de la coordination permet d'« assurer un équilibre acceptable entre initiatives individuelles et règles collectives » et ainsi de lutter contre les tendances spontanées qui orientent l'organisation dans le sens de la désintégration¹. La première fonction concilie le changement et la stabilité, deux éléments fondamentaux pour le développement de l'organisation. La seconde fait émerger une action organisationnelle à partir d'une multitude d'actions locales. Les théories de l'action que les acteurs utilisent et infléchissent dans le cadre de leurs activités correspondent aux schèmes d'action de Piaget. Elles s'adaptent sans cesse via l'expérience.

Le pilotage consiste, d'une part, à adapter cognitivement l'organisation à son environnement, de sorte à ce qu'elle puisse réaliser des actions pertinentes et, d'autre part, à adapter les interactions des acteurs qui la composent pour construire une action collective, sous-entendue relativement cohérente. Le pilotage vise à réaliser les finalités de l'organisation et suppose par conséquent la référence à des objectifs. Il s'apprécie à travers son efficacité et son efficience dans la réalisation de ceux-ci. Il nécessite par conséquent un dispositif de mesure/évaluation pour connaître la position et l'état des activités à piloter par rapport aux objectifs poursuivis, un contrôle de gestion, au sens large.

IV.3. Du contrôle au pilotage

Bouquin² définit un système de contrôle comme « un système d'assurance qualité des décisions doté de deux objectifs : une évaluation de la performance (en termes d'efficience et d'efficacité) et un repérage et une réduction des dysfonctionnements ». Cette définition met en avant deux dimensions du contrôle : la décision et la mesure.

Lorino³ affirme que face à la montée de la complexité et de la turbulence de l'environnement des entreprises, un contrôle essentiellement axé sur la mesure des performances est dépassé. Certains auteurs préfèrent substituer le terme de « pilotage » à celui de contrôle. L'apparition de ce terme est liée à la montée en puissance du courant constructiviste qui a mis en évidence le rôle des acteurs de l'organisation dans les interprétations et les représentations qu'ils font des indicateurs de mesure.

Lorino souligne que « le passage du contrôle au pilotage se traduit par un basculement connexe et simultané : du paradigme de la mesure, corollaire du contrôle, au paradigme de

¹ Idem.

² Bouquin H. (1995, 2005), Les fondements du contrôle de gestion, PUF, Collection Que sais-je ? Paris.

³ Lorino P. (1991, 1996), Le contrôle de gestion stratégique : la gestion par les activités, Dunod.

l'interprétation, corollaire du pilotage ». Halgand¹ postule que le pilotage des représentations soulève un double problème de mise en œuvre. « Si l'on maîtrise mieux, par la connaissance, les mécanismes orientant les comportements des acteurs, la question du partage reste entière. Son traitement passe, comme le soulignait Lorino, par la reconnaissance de la nature plurielle de la pertinence. Partant de là, il s'agit d'identifier les représentations dominantes dans l'organisation, pour ensuite pouvoir agir sur elles, et là réside le deuxième aspect du problème. Ces délicates questions constituent autant de défis passionnants pour le contrôleur, qui voit sa fonction se métamorphoser, et pour le chercheur, à qui revient la tâche de proposer des outils d'une ingénierie des représentations, ce qui appelle un travail préalable relatif aux structures des représentations et à leur transformation ».

Meyssonier² est d'un avis différent sur le partage. « L'amélioration de la gestion s'effectue par la référence à un ensemble structurant de compétences professionnelles qui constituent le métier et fondent largement l'identité de l'acteur. Il est possible de piloter sans avoir forcément une représentation réellement partagée par tous ». Pour lui, « il suffit d'avoir un ensemble d'éléments communs sur lesquels les approches différentes des acteurs de l'organisation vont se recouper. Cette zone d'intersection permettra un minimum de consensus et justifiera l'utilisation d'outils et la construction de systèmes d'information sur lesquels les acteurs accepteront de rendre des comptes ».

IV.4. Le schéma du pilotage

Le schéma de pilotage, est présenté par Lorino comme étant la constitution, la loi organique du pilotage de l'entreprise. C'est ce schéma qui ancre le système de pilotage dans l'organisation, le positionne dans les structures de pouvoir et de responsabilité, répartit les rôles entre les acteurs. L'auteur a proposé la définition suivante : *Le schéma de pilotage définit la manière dont l'entreprise entend se piloter, en termes de culture et de logique globales de pilotage (part faite à la responsabilisation individuelle des managers et à l'apprentissage collectif, aux structures permanentes et aux structures temporaires), de structure de pilotage (niveaux de pilotage hiérarchiques, axes d'analyse et de pilotage, articulation des formes de pilotage transversales avec le pilotage vertical hiérarchique), de politiques d'entreprise (domaines régulés, rôles des équipes fonctionnelles par rapport aux équipes opérationnelles), d'animation*

¹ Halgand N. (1999), « Au cœur du contrôle : les représentations », in Faire de la recherche en contrôle de gestion, Y. Dupuy, Economica

² F. Meyssonier, « Au cœur du contrôle de gestion : la mesure », in « Faire de la recherche en Contrôle de gestion » coordonné par Y. Dupuis, Fnege, Vuibert, 1999.

de gestion (formats et périodicités de réunions, distribution des rôles, méthodes d'animation), de définition et d'articulation des fonctions spécialisées en matière de pilotage (contrôle de gestion, qualité, planification...).

Le schéma de pilotage est souvent implicite dans les entreprises, il est rarement analysé de manière explicite, alors même qu'il devrait constituer la pierre angulaire de toute démarche dans le domaine du pilotage¹. Les dirigeants ont tellement l'habitude de considérer le « contrôle de gestion » et le pilotage comme des affaires techniques, des questions d'outils, de méthodes et de logiciels, qu'ils s'attardent rarement sur ces questions. Pourtant, Lorino assimile le schéma de pilotage à la « mise en scène » du système de pilotage : selon l'auteur, le système de pilotage définit une partition et un livret, le schéma de pilotage distribue des rôles, dirige les acteurs, agence leur action dans une scénographie, traduit les intentions de l'auteur dans une organisation et des pratiques collectives. Lorino insiste sur le fait que les responsables devront avoir l'assurance que le schéma de pilotage est cohérent avec la stratégie de l'entreprise. Un schéma de pilotage inadapté, ambigu ou incomplet peut se traduire par des conflits de compétence, des lacunes dans la vigilance, le refus d'engagement des acteurs parce que les règles du jeu ne paraissent pas claires, leur incompréhension du contexte et des enjeux.

Tableau 3 : les contours du schéma de pilotage

Répond aux questions suivantes :	En définissant :
- Comment insérer le pilotage dans notre organisation et notre culture ?	- Les cultures et logiques globales de pilotage
- Qui pilote quoi ?	- La structure de pilotage (niveaux et axes)
- Quelles sont les règles et les normes qui s'imposent à tous ?	- Les politiques d'entreprise (délégations) et le rôle des services fonctionnels
- Quel mode de suivi et d'animation ?	- Les méthodes d'animation de gestion
- Quelle expertise de pilotage ?	- La définition et le positionnement des fonctions « pilotage » (ex. contrôle de gestion, qualité)

Source (Lorino)

Nous consacrerons ce dernier point aux modèles proposant les principes de pilotage et d'optimisation de la performance. En effet, la logique de pilotage n'est pas toujours la même pour toutes les organisations.

¹ Lorino. P, méthodes et pratiques de la performance : Le pilotage par les processus et les compétences, Editions Organisation 2003, page 36.

IV.5. Les deux logiques du pilotage

Deux logiques de pilotage peuvent être distinguées : la première est basée sur le découpage de l'entreprise en centres de responsabilité, alors que la deuxième est fondée sur une approche dite stratégique-opérationnelle.

IV.5.1. Le pilotage à caractère financier

Dans cette logique de pilotage, l'entreprise est découpée en entités autonomes appelées centres de responsabilité. Leur direction est assurée par un responsable qui rend compte périodiquement des résultats obtenus aux niveaux hiérarchiques supérieurs. La performance de ces centres doit être mesurable et clairement identifiable par le système comptable. Chaque centre est investi d'une mission et d'un objectif à atteindre. Les objectifs sont généralement d'ordre financier et dépendent de la nature du centre. Le pilotage par les centres de responsabilité s'intéresse avant tout aux résultats financiers de chaque centre et s'appuie sur le principe de responsabilisation individuelle et de délégation.

- Résultats : le pilotage n'interfère pas avec le déroulement de l'action elle-même et n'intervient que sur des objectifs a priori et des résultats a posteriori. Au nom d'un principe de décentralisation et d'autonomie, il s'agit d'une logique d'engagement et de contrôle des résultats¹.
- Financiers : logiquement, puisqu'il ne se mêle pas des contenus d'action, le pilotage n'entre pas dans des considérations techniques sur le contenu des actions et recourt à un langage universel situé « en dehors » des techniques et des processus particuliers, le langage financier.
- Responsabilisation : n'intervenant pas directement sur les contenus concrets de l'activité, le pilotage agit indirectement sur eux en responsabilisant les managers sur l'atteinte d'objectifs. Le levier d'action est la motivation et la volonté du manager qui se voit impartir des objectifs et des moyens d'action pour les atteindre. Le pilotage de l'action proprement dit est délégué à chaque responsable qui se charge de déterminer les outils et les méthodes susceptibles d'assurer sa réussite dans la tenue des objectifs. Le comment importe peu. Le pari est que, mis sous pression, les responsables sauront trouver les moyens de la réussite.

Le pilotage par les centres de responsabilité présente certains inconvénients :

- ♦ Il tend à cloisonner et diviser l'entreprise, ce qui peut être un handicap si les processus de l'entreprise présentent un certain degré d'intégration et si les performances des divers centres

¹ Philippe Lorino : méthode et pratiques de la performance, le pilotage par les processus et les compétences, éditions d'organisation 2003.

sont interdépendantes : en optimisant sa performance propre, un responsable peut nuire à la performance du voisin et à la performance globale (présence des prix de cession interne).

- ♦ Il ne fournit aucune visibilité sur les causes réelles de performance, ce qui peut interdire aux niveaux plus élevés du management l'identification des leviers de progrès dont ils doivent se saisir prioritairement dans une situation donnée, d'où le risque d'actions générales et peu ciblées.

Afin de pallier les insuffisances de ce modèle de pilotage, une nouvelle approche a vu le jour sous le nom de l'approche stratégique-opérationnelle.

IV.5.2. L'approche stratégique-opérationnelle

Selon cette approche, il ne s'agit plus de partir d'un objectif financier pour aboutir à des objectifs financiers analytiques, par désagrégation mais de partir de l'objectif stratégique pour aboutir à des objectifs opérationnels locaux à travers une analyse de (cause - effet). La recherche de cause de performance pourra rarement s'inscrire à l'intérieur d'un seul centre de responsabilité. La performance à piloter dans les organisations est bien une performance globale¹. Le pilotage de la performance globale ne se fait ni par une démarche par le haut (top down) ni par une démarche par le bas (bottom up) mais par l'échange entre groupes et à l'intérieur d'un groupe et par les interactions entre les acteurs de l'organisation. De plus, si nous postulons que l'optimum global n'est pas la somme d'optima individuels, il n'est donc pas utile de mesurer les différentes performances individuelles concourant à la performance globale. Pour ces raisons, le système de pilotage devait avoir pour objectif prioritaire de performer globalement la valeur créée. Mais il doit pouvoir également faciliter une évaluation objective de certaines performances individuelles.

En abordant, les différentes approches en matière de pilotage de la performance, on s'aperçoit que l'objectif du pilotage reste l'atteinte des objectifs de l'organisation, alors que ses mécanismes changent et diffèrent d'une organisation à l'autre. Le point fondamental de la réflexion sur le pilotage de la performance suscite un grand débat relatif à ses deux modèles. Alors que la littérature accorde une importance considérable à l'approche stratégique-opérationnelle qui part des objectifs stratégiques pour aboutir à des objectifs opérationnels locaux à travers une analyse de (cause - effet), l'approche par les centres de responsabilité, malgré ses limites, reste la plus pratiquée par les organisations. En l'absence d'une structure

¹ Lorino 1995 et Fernandez 2003,

alternative alliant processus et responsabilités, les organisations sont appelées à faire un subtil dosage entre les deux modèles.

La section suivante abordera les outils de pilotage et d'optimisation de la performance. Le contrôle de gestion offre aux responsables des outils à même de les aider à optimiser la performance de l'entité qu'ils dirigent. L'accent est mis principalement sur des modèles de pilotage par les coûts.

Section V. Les outils actuels de pilotage de la performance

La littérature fait état de deux grandes catégories d'outils de pilotage de la performance des organisations : le pilotage par les coûts et le pilotage basé par les ressources, les connaissances et les compétences de l'entité, appelé modèle de pilotage par les capacités organisationnelles. La présente section traitera essentiellement le premier modèle de pilotage, celui basé sur les coûts. Quant au deuxième modèle, il sera développé amplement au niveau du deuxième chapitre.

V.1. Les outils basés sur les coûts

Les outils classiques de pilotage par les coûts -les méthodes des centres d'analyse, les coûts partiels- sont basés sur une approche purement comptable. Pour faire face à cette limite, d'autres outils plus élaborés ont vu le jour, notamment ceux qui prennent en compte la notion de valeur et l'amélioration continue. La première catégorie des outils a pour objet de découper le produit en fonctions afin d'optimiser la valeur tirée de chaque fonction. Il s'agit ainsi de mettre en œuvre une analyse fonctionnelle du produit et de ses coûts. Ces nouveaux instruments de pilotage cherchent à analyser le produit et à l'améliorer en vue d'en augmenter l'utilité et d'en diminuer le coût, ces outils sont officialisés au Japon sous le nom de coûts cibles.

D'autres outils, apparus aux Etats unis au milieu des années 1980, ont un double objectif. D'abord, ils cherchent à représenter fidèlement la réalité économique d'une entité et notamment permettre une mesure précise des coûts de revient en introduisant la notion d'activités (ABC). Ensuite, ils cherchent à modifier ces coûts pour optimiser le fonctionnement de cette organisation (ABM).

VI.1.1. Target costing ou coût cible

Dans son évolution, le contrôle de gestion s'est doté d'un nouvel outil de pilotage permettant de transformer la demande du marché en une cible interne. Cet outil permet de relier la demande des clients internes et externes d'un marché à la gestion des coûts. Il est appelé Target-costing

ou méthode des coûts cibles. Le Target-costing est «un concept de gestion des coûts développé et utilisé dans les entreprises japonaises depuis les années 70, et qui a été décrit, en anglais principalement, par des auteurs japonais¹. Cependant, le concept n'est pas entièrement nouveau. Il fait le lien entre des éléments existants de gestion des coûts, des outils de maîtrise des coûts (e.g cost engineering, design to cost) et la nécessité, pour l'entreprise dans sa globalité, de satisfaire à la demande du marché»².

La démarche du target costing repose sur deux principes fondateurs : Le premier est que 80 à 90 % des coûts d'un nouveau produit, tout au long de son cycle de vie, sont déterminés dès sa phase de conception et de développement. Ce qui rend particulièrement impossible de modifier significativement la structure de coûts dans la phase d'exploitation du produit. Le second est que le marché impose ses contraintes à l'entreprise (Prix, qualité, délai, normes, etc.), et que l'entreprise impose ses propres contraintes de rentabilité. Le besoin de profit pour l'entreprise est croissant. Il s'explique par l'augmentation continue des rémunérations demandées par certains acteurs de l'entreprise comme, par exemple, les actionnaires avec la présence de plus en plus répandue des fonds de pension dans le capital social de la plupart des entreprises et par la nécessité pour l'entreprise d'investir davantage (R&D, appareil productif, activités supports, etc.). En effet, la logique d'une bonne gestion veut que chaque produit exploité finance la R&D des produits à venir. Le marché accélère la nécessité de réinvestir car les technologies évoluent très vite face à une demande volatile. La méthode est fondée sur la relation $PRIX - MARGE = COÛT$.

Cette méthode n'échappe pas cependant à des limites. Le coût cible est un objectif et par conséquent il ne conseille pas de façon explicite sur les coûts à respecter. Les ingénieurs et designers essaient de minimiser le coût total et ils ont besoin de guides pour s'assurer qu'ils atteignent le coût cible. Une autre limite concerne l'évaluation des volumes de production en phase de maturité du produit. En effet, les volumes de production prévisionnels sont très liés à la qualité des prévisions marketing. Or, tous les experts s'accordent à dire qu'elles sont de moins en moins fiables. Le coût estimé étant un coût unitaire, donc soumis aux variations des volumes de production, il rend donc peu fiable la mesure de l'écart avec le coût cible. Il en va également des coûts cachés, expression financière de certains dysfonctionnements subis par l'organisation. Les coûts cachés ne sont pas identifiés dans le coût estimé. Le Target-costing souffre, malgré les différentes études qui ont été menées, d'un manque de recul historique pour

¹ Hiromoto (1991), Sakurai (1989), et Tanaka (1993).

² P. Horváth, « Pour un contrôle de gestion à l'écoute du marché », RFG, juin-juillet-août, 1995, p72-85.

expliquer les facteurs clés de succès de l'entreprise et évaluer sa performance. Une étude récente¹ de 2008 relève les capacités organisationnelles comme facteur explicatif des succès que rencontre l'entreprise, puisque cette méthode n'est pas seulement un ensemble d'outils et de techniques mais un système dynamique de relation entre eux.

V.1.2. Le bloc ABC/ABM

La méthode ABC constitue un modèle transversal. La démarche ABC conduit à un modèle basé sur les processus, c'est-à-dire sur un découpage horizontal de l'entreprise. Un processus correspond à un ensemble d'activités qui participent à la réalisation d'une production déterminée. On admettra que ce ne sont plus les produits qui génèrent des coûts, mais les activités et processus qui consomment les ressources de l'entreprise².

Le bloc ABC/ABM insiste sur la recherche des causes. Dans le modèle classique des centres d'analyse, est privilégiée une logique d'allocation dans laquelle les charges indirectes sont imputées aux produits par l'intermédiaire d'unités d'œuvre souvent liées au volume de production ou de vente. La méthode ABC s'intéresse à l'origine des coûts. L'exercice d'une activité induit la consommation de ressources, ce qui conduit à imputer les charges par l'intermédiaire d'inducteurs ou facteurs explicatifs de la cause des coûts. C'est donc une logique de causalité qui est recherchée.

À l'évidence, ce n'est pas le produit (bien ou service) qui consomme des ressources mais les activités nécessaires à son élaboration. La comptabilité de gestion évolue ainsi vers une gestion des coûts qui passe par la connaissance des activités qui les induisent. L'analyse de la valeur permet toutefois d'optimiser la création de valeur grâce à son action réductrice sur les coûts inutiles.

L'ABC/ABM a été répandue auprès des entreprises et reste une solution quasi universelle permettant d'atteindre de multiples objectifs comme la pertinence des coûts, la gestion de la performance et l'introduction d'une plus grande transversalité dans les études. L'ABC/ABM a permis de passer d'une logique de production à une logique de consommation dans les systèmes de coûts. Cette méthode de calcul de coût complet de long terme se veut être orientée client. Malgré ses difficultés d'application, les erreurs de mesure, la complexification des modèles, le temps nécessaire à son élaboration, le caractère réducteur de l'inducteur d'activité unique, le

¹ Michel Pendaries. Le pilotage par la valeur de la performance des organisations : cas des entreprises industrielles gérées par affaires, thèse, université d'Aix-Marseille II 2011.

² Sabine Sépari et Claude Alazard, Contrôle de gestion DCG 11, 4^{ème} édition, Dunod, 2016.

coût de sa mise en œuvre, etc., elle reste une méthode privilégiée par le gestionnaire même si les coûts sont inexacts comme dans les autres systèmes de calcul de coûts. Elle fournit de nouvelles normes qui assurent la légitimité des actions.

L'ABC/ABM permet une analyse transversale de l'organisation en prenant en compte les besoins organisationnels et en s'intéressant à la détection des activités fondamentales et à l'efficacité de leurs enchaînements. Elle n'est un facteur de cohérence organisationnelle que si l'articulation entre fonction et processus prend un sens, en dotant l'organisation d'une philosophie gestionnaire nouvelle qui doit s'incarner dans les pratiques de gestion. Les dispositifs construits sur la base de processus de création de valeur, agréant des activités intra-fonctionnelles, ouvrent une perspective vers la transversalité.

Les principales difficultés d'une comptabilité de gestion par une approche ABC sont :

- La complexité du modèle : le découpage des ressources en activités n'est pas simple car il peut se révéler tentaculaire avec des activités et des sous activités. Il faut ici réfléchir exactement au découpage adéquat au regard de la précision des coûts par activités que l'on souhaite obtenir.
- Les erreurs dans l'évaluation des coûts : l'ABC repose sur le principe de la décomposition des opérations de l'organisation en activités les plus fines possibles pour analyser les coûts. Plus le découpage est fin et plus le risque d'erreur d'imputation analytique (mauvaise imputation comptable) ou de mesure (pourcentage estimé au départ sur les temps affectés à une activité) est grand. Il en est de même de l'emploi d'un inducteur pas suffisamment pertinent, d'une sous-utilisation des capacités productives, etc.
- Les principaux reproches adressés à l'approche par les coûts (l'analyse est faite sur des faits passés, l'effet de la temporalité, un coût n'est pas générateur de valeur, etc.) s'adressent également à la méthode ABC.

V.1.3. La méthode de valeur ajoutée UVA

Cette méthode de calcul de coûts de revient complets d'origine française, constitue une alternative intéressante à d'autres méthodes plus connues comme « les centres d'analyse » ou « les coûts par les activités ». Georges Perrin a développé la méthode GP (Georges Perrin) dans les années quarante. L'auteur partit du principe qu'il est impossible d'attribuer correctement à chaque série d'objets fabriqués les frais nécessaires, car il n'y a pas d'unité de mesure commune. L'unification de la production peut se faire en déterminant « l'effort direct ou indirect de production », nécessaire à la fabrication d'un produit. L'unité choisie pour mesurer

l'effort de production est le GP, qui peut correspondre à une machine particulière ou à une pièce déterminée et qui sera dénommé « article de base ».

Les frais d'une entreprise peuvent être répartis en frais imputables et non imputables. Georges Perrin pose le principe des constantes occultes : les rapports entre les efforts de production mis en œuvre pour différents produits restent stables dans le temps. La méthode s'inscrit dans une approche fondée sur les équivalents de production.

La méthode UVA est une méthode de pilotage par les coûts et pas, comme voudraient nous faire croire ses partisans, une méthode de pilotage par la valeur¹. Elle est fondée sur le principe des « constantes occultes » (Méthode GP) qui, sur un plan conceptuel, suppose que les prix relatifs aux différentes ressources évoluent dans la même proportion. Ce qui est discutable. Gervais² retient que l'erreur essentielle de la méthode UVA est celle d'agrégation qui est liée au problème de l'homogénéité du coût. Toutefois, cette méthode est un outil utile pour calculer des coûts. Gervais et al (2007) estiment que si l'évolution des équivalents UVA (constantes occultes) ne dépasse pas 10%, la connaissance du niveau de coût reste acceptable. Selon Meyssonnier³, l'actualisation des indices UVA est difficile ainsi que l'utilisation de coûts standards au lieu de coûts réels, justifiée selon Levant et La Villarmois⁴ par le coût trop important qu'engendrerait la recherche d'informations réelles ; elle nous prive d'une mise sous tension de l'organisation et de reporting avec l'analyse des écarts entre réel et standard. On peut regretter l'absence d'une relation de causalité avec la construction d'une mesure unique de coût (le coût de l'UVA), car on perd le lien entre ce qui génère les coûts dans l'entreprise (ressources mises en œuvre) et les objets de coût (crystallisation des ressources).

C'est une avancée majeure dans les méthodes de pilotage car elle s'affranchit du calcul des coûts pour évaluer la performance. On voit toutefois que la méthode en s'appuyant sur la comptabilité générale de l'entreprise ne s'affranchit pas totalement de l'approche par les coûts car le calcul des indices UVA passe par un calcul de coût des ressources : coût de l'article de base et coût de l'ensemble des postes UVA. On peut ajouter que le recoupement avec un système monétaire est toutefois possible en calculant un coût de revient. L'utilisation alors de

¹ Y. Monden, K. Hamada, "Target-costing et Kaizen-costing in Japanese automobiles companies", *Journal of Management Accounting Research*, 1991.

² Gervais, M. 2006. Les conditions de la fiabilité des coûts dans la méthode UVA, *Finance Contrôle Stratégie*. Vol 9. Juin. p225-258.

³ Meyssonnier, François. « L'approche des coûts complets par les équivalents de production, voie d'avenir ou impasse ? (une analyse de la méthode GP-UVA) », *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. tome 9, no. 1, 2003, pp. 111-124.

⁴ De La Villarmois, Olivier & Levant, Yves. (2010). La mise en place et l'utilisation de la méthode UVA : une comparaison de deux enquêtes réalisées en 2001 et 2009. HAL, Post-Print.

la terminologie « valeur ajoutée » est ici galvaudée. La méthode utilise le terme valeur ajoutée bien qu'il ne s'agisse pas d'une valeur créée pour le client mais simplement une mesure de consommation de ressources. La remise en cause de l'invariance du postulat des « constantes occultes » est également relative. Il est difficile d'imaginer une rupture radicale dans la répartition du prix des ressources à court terme liée à l'innovation technologique, méthodologique, etc. et « les efforts de production » de valeur ajoutée. L'expérience montre que l'amélioration permanente des processus de production est beaucoup plus linéaire (incrémentale) dans le temps. La difficulté et le délai de mise à jour des indices UVA sont donc relatifs à la fréquence des ruptures technologiques et organisationnelles à court et moyen terme.

V.2. Limites des systèmes de coût

« Les systèmes de coût n'étant pas autonomes mais construits, ils ne poursuivent aucune finalité propre. On doit de ce fait la rechercher auprès des acteurs de l'organisation qui les conçoivent et/ou les implantent. Si on accepte l'idée que le prix est, dans l'échange, la cristallisation de la valeur, les deux objectifs (l'allocation des ressources et fournir une aide à la fixation du prix) peuvent être traduits en une finalité unique. Les systèmes de coût doivent contribuer à l'efficacité économique des organisations en guidant l'allocation des ressources là où se crée la valeur¹ ». Pour répondre à la problématique posée par ces deux objectifs à la fois complémentaires mais qui n'obéissent pas aux mêmes logiques, Mévellec propose une lecture duale des systèmes de coût. « Le premier sous-système modélise le fonctionnement de l'organisation et explicite le processus de création de valeur. L'ensemble est formalisé dans le système d'information de gestion. Le second sous-système est réduit à la formalisation de la valeur minimale espérée, auprès des clients, de l'offre de produits/services. C'est la phase qui correspond au calcul du coût des objets et tout particulièrement des produits/services. Les éléments clés de ce sous-système sont constitués par les bases d'allocation des ressources aux objets car ce sont elles qui assurent l'interfaçage avec l'environnement » ces systèmes ne sont pas figés et des évolutions sont possibles au sein de chacun de ces sous-systèmes.

Une autre panoplie de limites de l'approche du pilotage de la performance organisationnelle par les coûts peut être soulevée :

- Ce mode de pilotage est basé sur des faits passés. Une analyse de la rentabilité post opératoire n'a jamais été un outil de pilotage à part entière. L'analyse du passé nous permet de comprendre

¹ Mévellec P. (2000 et 2009), « Activités, processus et calcul des coûts », in Dictionnaire de la comptabilité et du contrôle.

le présent mais ne permet pas de définir l'avenir¹. Les erreurs passées ne seront pas forcément les erreurs futures surtout dans un environnement concurrentiel et changeant.

- Un coût engagé n'est pas forcément générateur de valeur. Il n'est seulement que l'expression d'une consommation de ressources ou de compétences.

¹ Le pilotage par la valeur de la performance organisationnelle : Exemple d'application à un cabinet d'Expertise-comptable Michel Pendaries, Stéphane Pendaries ; Comptabilités et innovation, May 2012, Grenoble, France.

Conclusion du 1^{er} chapitre

Cette revue de la littérature autour du concept de la performance révèle quatre constats. Le premier constat est lié à l'absence d'un accord sur la définition du concept de performance. Celui-ci reste ainsi flou. La diversité des définitions existantes dans la littérature crée une ambiguïté plutôt qu'une clarté dans la notion de la performance, ces définitions sont soit trop générales, soit trop spécifiques.

Le deuxième constat est relatif à l'existence de deux modèles de pilotage de la performance qui reposent tous les deux sur deux logiques contradictoires. Le premier modèle basé sur le pilotage à travers les centres de responsabilité ne permet pas de visibilité sur les causes réelles de la performance, ce qui rend difficile l'identification des leviers de progrès. Le second modèle qui fait référence à l'approche transversale, souffre de son côté de l'absence de contrôle dans la mesure où il n'existe pas de structures alternatives qui englobent processus et contrôle.

Le troisième constat révèle la difficulté de la mesure de la performance. Celle-ci consiste à calculer l'écart entre le résultat obtenu et les objectifs poursuivis. La qualité de la mesure dépend aussi bien de la définition des objectifs que du choix des indicateurs ou des références de résultats.

Le quatrième constat souligne l'abondance des outils développés pour permettre à l'entreprise de piloter ses performances à partir des coûts. Chaque outil développe en effet sa propre logique. Rechercher un système de pilotage de la performance qui dépasse l'approche par les coûts passe par l'ouverture de la boîte noire organisationnelle afin d'identifier le rôle que joue le trinôme ressources, connaissances et compétences en matière du pilotage de la performance. Cette question sera traitée dans le prochain chapitre.

Chapitre II

LES FONDEMENTS THEORIQUES DE L'APPROCHE BASEE SUR LES RESSOURCES ET EMERGENCE DES CAPACITES ORGANISATIONNELLES

Introduction

La recherche en sciences de gestion a pour finalité ultime de comprendre la réalité des organisations et fournir aux managers les outils à même de les aider dans leurs actions quotidiennes. Pour cette finalité, la stratégie occupe une place centrale au niveau des recherches en gestion. Cependant, l'utilité d'un tel champ de recherche n'est-elle pas de plus en plus discutée ? Des critiques ont été formulées à l'encontre du modèle SCP qui soutient que la performance est expliquée par la seule structure du marché. Les limites de ce modèle ont conduit à l'apparition d'une nouvelle approche qui tente d'expliquer les sources de la performance par les ressources de l'entreprise. L'approche fondée sur les ressources, bien que récente et intéressante, a aussi sévèrement été critiquée notamment par rapport à son caractère tautologique, sa vision « héroïque » de la performance. Face aux limites de cette nouvelle approche, certains auteurs¹ se sont penchés sur l'explication de la performance par la présence, au sein de l'entreprise, des ressources, des connaissances et des compétences. Ces trois composantes sont connues sous le vocable de « capacités organisationnelles ». Selon les fondateurs de ce courant², « le développement de la stratégie repose sur les capacités organisationnelles, c'est-à-dire leur absence ou leur niveau de maturité inadéquat, peut expliquer l'échec de la mise en œuvre d'une stratégie et donc l'impossibilité d'atteindre les objectifs stratégiques ».

Le présent chapitre est structuré en quatre sections répondant à quatre objectifs : présenter les principaux paradigmes qui expliquent les sources de la performance (section 1) ; remonter aux origines de l'émergence des capacités organisationnelles (section 2) et des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances (section 3) et expliciter la relation entre les CO spécifiques et la performance organisationnelle.

¹ Marchesnay M 2002, saint Amant et Renard 2004.

² Gilles E- St-Amant, Laurent Renard sont considérés comme fondateurs de l'école Québécoise des capacités organisationnelles, département de management et technologie, école des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal.

Section I. Les sources de la performance

La question des sources de la performance intrigue les chercheurs depuis des années. A ce jour, au moins trois grands courants de pensée se sont succédés, pour expliquer les sources de la performance d'une entreprise. Le paradigme SCP, l'approche basée sur les ressources ABR et le courant de l'approche par les capacités organisationnelles.

I.1. L'économie industrielle et la naissance du paradigme SCP

Mason¹ fut le premier à avoir défini l'étude des structures de marché comme le but fondamental de l'économie industrielle et de l'analyse de la performance. Selon lui, il est essentiel de définir les règles de fonctionnement d'un marché et de les repérer pour comprendre les déterminants de la performance des secteurs industriels. Dans ce contexte, de nombreuses analyses sectorielles ont été menées, en vue de mieux appréhender le fonctionnement des marchés et fournir les éléments de base à une approche renouvelée de la concurrence et de la performance. La recherche doit s'orienter vers la description et l'analyse positive des situations de concurrence, et ne doit pas partir des règles et comportements supposés par la micro-économie classique. Dans cette ligne de recherche, Clark² substitue au concept trop théorique de concurrence pure et parfaite celui, affaibli mais plus réaliste, qui met l'accent sur le caractère potentiellement dynamique et stratégique des acteurs économiques³.

I.1.1. Le paradigme SCP

Bain⁴ a mis en perspective les travaux de ses prédécesseurs (Mason en particulier). L'auteur a opérationnalisé le modèle du trinôme « Structure - Comportement – Performance ». Le principe de base de ce modèle est simple : une entreprise performante est celle qui arrive à réaliser un bon positionnement sur les marchés des produits et qui s'y maintient par différentes barrières à l'entrée. L'idée est de lier le contexte de l'entreprise c'est-à-dire la structure de marché à la performance de celle-ci.

Figure 4 : le modèle SCP

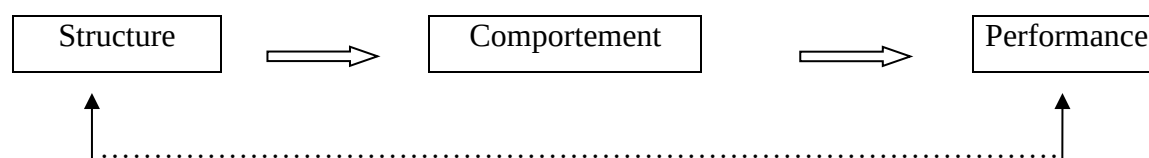


Tableau 4 : les éléments du modèle SCP

¹ Mason, E. (1939), « Price and Production Policies of Large-Scale Enterprises », American Economic Review.

² Clark J.M. (1940), Toward a concept of workable competition, American Economic Review.

³ Sosnick S. (1958) A critique of workable competition, Quarterly Journal of Economics.

⁴ Bain, J. Industrial Organization, New York, Wiley. 1968.

Structure	Comportement	Performance
● le degré de concentration des acheteurs, ● le degré de concentration des vendeurs, ● Le degré de différenciation des produits, et les conditions d'entrée.	● les politiques de prix, et les interactions entre les producteurs sur le marché. ● Ce que font les entreprises en matière de R&D.	● la taille des profits, ● l'efficacité productive, ● les progrès des entreprises en matière d'innovation.

Pour ce paradigme, la stratégie de l'entreprise est déterminée par les caractéristiques des industries dans lesquelles elles évoluent. Le modèle SCP est qualifié à la fois de descriptif et de prescriptif Magakian¹ : « les structures des industries influencent les comportements des entreprises et, par un lien de causalité supposé tout au long de la relation, déterminent les performances attendues ».

M. Porter² a mis en relation le paradigme SCP et la stratégie de l'entreprise, en mettant en lumière le principe des cinq forces³ de la concurrence. Selon l'auteur, pour être performante, l'entreprise est appelée à maîtriser les cinq forces. La performance de l'entreprise dépend de la maîtrise de ces cinq forces. Ainsi, si la pression des cinq forces est élevée, le profit se trouve très limité. Par contre si la pression des cinq forces est faible, la performance sera importante. Il convient donc de savoir gérer les cinq forces afin de créer un avantage concurrentiel. Bien que s'appuyant sur le paradigme SCP, M. Porter s'en dégage un peu en accordant une importance au management de l'entreprise, en définissant trois types de stratégie⁴ dans lesquelles celle-ci pourra s'inscrire. Les tenants de ce courant qualifient cette performance d'externe⁵ parce qu'elle fait référence aux « marchés » de l'entreprise⁶.

¹ Magakian JL, 2003, « Pensée stratégique, évolutionnisme et créativité », Design management magazine.

² Porter M. Choix stratégique et concurrence : Technique d'analyse des secteurs et de la concurrence dans l'industrie, Economica, 1986.

³ Pouvoir de négociation des clients, pouvoir de négociation des fournisseurs, produits de substitution, les nouveaux entrants et la concurrence intra-sectorielle, ces forces sont fortement liées à la structure du marché.

⁴ Domination globale par les coûts, différenciation et focalisation ou concentration.

⁵ Contrôle de gestion : mesure et analyse de la performance, Patrick Mykita et Jack Tuszynski, édition Foucher 2002.

⁶ La performance externe concerne les actionnaires, les clients et les concurrents. La logique de la performance externe est basée sur le cheminement suivant : concurrents- actionnaires- clients. On peut alors dire que si l'entreprise « fait mieux » que ses concurrents, elle peut créer de la valeur pour ses clients et en conséquence satisfaire les exigences des actionnaires qui lui ont fait confiance. La valeur financière attendue par les actionnaires trouve donc son origine dans la valeur économique apportée aux clients.

Selon M. Porter, l'entreprise par l'intermédiaire de sa stratégie peut influencer les cinq forces. Elle ne pourra pas être toujours prisonnière de la structure de son marché. Si elle arrive à transformer sa structure de marché, elle peut fondamentalement agir sur l'attractivité de celui-ci en positif ou en négatif.

En dépit de nombreuses études venant à son appui au cours des années 60 et 70, l'analyse de la performance sous l'angle structuraliste, a dû se confronter à différents types de critiques, qui jettent le trouble sur la viabilité du paradigme S-C-P. Tout d'abord, des études contradictoires ont remis en question la direction des causalités au sein du modèle, traduisant l'idée que les comportements des entreprises ne dépendaient pas de la structure des marchés, mais qu'ils l'influençaient. Ensuite, les résultats empiriques portant sur la disparition à long terme des surprofits n'ont pas permis de donner l'avantage à la conception structuraliste sur la conception comportementaliste. Au contraire, elles donnent naissance à de nouvelles controverses portant sur le niveau d'analyse pertinent et les effets inter-temporels de la performance.

I.1.2. L'apport de l'école de Chicago et le dépassement du paradigme SCP

Les auteurs de l'école de Chicago s'interrogent sur la durée de l'efficacité supposée d'un pouvoir de marché. En fait, ils présentent l'état de position de monopole comme rare, et le cas échéant, transitoire et avec des effets limités sur le bien-être général¹. La prédominance d'une entreprise ne découle que de sa plus grande efficacité. Selon cette hypothèse, la relation va de la performance de l'entreprise à la structure concurrentielle. Les partisans de cette école concluent que plus le secteur est concentré, plus les entreprises qui sont à l'origine de cette concentration sont efficaces, donc performantes. La performance des firmes dans les secteurs concentrés ne serait pas la résultante d'un pouvoir de marché, mais d'une efficacité intrinsèque supérieure. Les entreprises qui parviennent à cette position dominante ne perçoivent alors pas réellement des profits de monopole, mais, compte tenu des investissements passés et des coûts exigés pour l'élimination progressive des concurrents, des rentes.

Demsetz² a posé la question de savoir pourquoi, dans un secteur donné, seules les grandes entreprises bénéficieraient d'un pouvoir de marché que n'auraient pas les plus petites. Il soutient par ailleurs que les grosses firmes peuvent dégager des performances élevées sans qu'il soit nécessaire de recourir a priori aux hypothèses d'économies d'échelle. L'hypothèse des économies d'échelle implique que la taille confère un avantage à la grosse firme, alors qu'en

¹ Demsetz H. (1974) Vers une théorie des droits de propriété. Dans: Gopalakrishnan C. (eds) Classic Papers in Natural Resource Economics. Palgrave Macmillan, Londres.

² Revue d'économie industrielle, Année 1991, Volume 57, Numéro 1, pp. 93-105.

fait, selon Demsetz, une capacité d'innovation et des managers éclairés ont avant tout mené la firme à une taille importante et à de meilleurs profits.

Ravenscraft¹ montre que dans les secteurs dominés par les économies d'échelle, la rentabilité des firmes suiveuses est plus fortement affectée par l'accroissement de la part de marché du leader que dans les industries à faibles économies d'échelle. Ainsi, de manière surprenante, dans les secteurs concentrés, où les économies d'échelle sont fortes d'après le paradigme S-C-P, il y aurait une plus forte pression sur les prix, et, réciproquement, dans les secteurs les moins concentrés, la différenciation de produits serait plus efficace. Par ailleurs, l'analyse de Ravenscraft introduit deux questions supplémentaires, à la fois sur le degré de diversité des stratégies suivies par les firmes suivant leur contexte concurrentiel, et ensuite sur le niveau pertinent d'analyse : la ligne de produit ou le secteur. Glais² dégage plusieurs propositions fondamentales de l'école de Chicago. Pour ce courant de recherche, la concentration industrielle n'est pas en soi 'dangereuse'. Elle reflète la supériorité à un moment donné de certaines firmes plus efficaces que les autres. Le pouvoir de marché, la différenciation, etc. dans un secteur ne constituent pas la plupart du temps de barrières efficaces à l'entrée. Par ailleurs, le changement technologique est continu et rend caduc les positions de monopole illicite qui éventuellement auraient pu se créer. De plus, les marchés financiers sont devenus suffisamment efficaces pour corriger les pouvoirs de marché résultant d'une information imparfaite ou d'un accès inégal aux sources de financement. L'intervention publique n'est donc pas nécessaire : elle est trop lente et ne vient qu'entraver le fonctionnement du marché financier.

L'école de Chicago ouvre trois brèches³ principales dans l'édifice du paradigme S-C-P.

- Elle introduit un renversement de causalité entre les différents déterminants de la performance, et met l'accent sur des caractéristiques propres aux entreprises et à leurs comportements concurrentiels qui aboutissent à la transformation des structures de marché.
- Elle introduit à une conception dynamique du fonctionnement du processus concurrentiel, reprenant en partie les analyses de l'évolution économique de Schumpeter.
- Elle renouvelle l'analyse de la performance en distinguant, à la suite de Ricardo et Marshall, le profit de la rente.

¹ Ravenscraft D, (1983): Structures-profit relationships at the line of business and industry level, Review of Economics and Statistics.

² Glais M, Economie industrielle. Les stratégies concurrentielles des firmes. Litec 1992.

³ Rodolphe. D, Management stratégique des ressources et performance des firmes, thèse, 1997, HEC.

Par ailleurs, peu d'études empiriques auraient prouvé que les structures de marché influencent les comportements des firmes et déterminent leurs performances. Celles qui ont tenté de montrer que les structures de marché peuvent expliquer la variation des performances des firmes ne l'auraient expliqué qu'à hauteur de 6 à 30%¹. Pour expliquer ce différentiel, les auteurs s'orientent vers des facteurs internes à l'entreprise qui joueraient un rôle essentiel dans cette variation de performance². Dans cette optique, l'approche basée sur les ressources a été introduite et théorisée pour expliquer la performance des entreprises. Initialement mise en exergue par Wernerfelt³, l'approche basée sur les ressources, selon de nombreux auteurs s'est intensément nourrie des travaux de Penrose, de Selznick mais aussi de Demsetz. Des auteurs⁴ remontent aux écrits de Barnard⁵ pour expliquer le développement de ce courant.

I.2. L'approche basée sur les ressources ABR

Selon l'approche basée sur les ressources, les organisations sont constituées d'un ensemble de ressources et de capacités organisationnelles. Lorsque ces différentes ressources et capacités organisationnelles sont hétérogènes, rares et difficiles à être imitées ou acquises, on les considère comme des actifs stratégiques. La présence ou l'absence de ces actifs stratégiques explique les écarts de performance entre les organisations qui entrent en compétition à un moment donné sur un marché⁶. Le courant de l'approche basée sur les ressources est enraciné dans les travaux de Penrose. L'idée que les ressources doivent faire l'objet d'une théorie reparait au début des années 1980, en partie en réponse au livre de Michael Porter. Ce dernier marque en effet l'aboutissement d'une longue tradition : lorsqu'on s'interroge sur la cause de la profitabilité des entreprises, les réponses viennent principalement du secteur, de la position de la firme dans son secteur (de son pouvoir de marché notamment) ou des produits qu'elle met sur le marché.

Depuis les réflexions de Penrose, l'ABR a connu une évolution avec les travaux ultérieurement conduits par des auteurs comme Wernerfelt et Barney.

¹ Mauri A.J., Michaels M.P. [1998], « Firm and Industry Effects Within Strategic Management: an Empirical Examination », *Strategic Management Journal*, vol. 19.

² Rumelt et al 1991, Hill et Deeds 1996

³ Wernerfelt Birger. A Resource-Based View of the Firm Strategic Management Journal, Vol. 5.

⁴ Conner KR. Une comparaison historique de la théorie basée sur les ressources et de cinq écoles de pensée dans l'économie des organisations industrielles: avons-nous une nouvelle théorie de l'entreprise? Journal de gestion . 1991.

⁵ Barnard, C. I. (1938), *The functions of the executive*, Cambridge, MA: Harvard University Press

⁶ Amit et Shoemaker, 1993; Arrègle, 1996 ; Barney, 1991 ; Einsichardt et Martin, 2000 ; Grant, 1991; Hamel et Prahalad, 1995 ; Peteraff, 1993 ; Teece et al., 1997 ; Wernerfelt, 1984.

I.2.1. La vision Penrosienne de la théorie des ressources

Pour Penrose¹, la fonction d'une entreprise est d'utiliser des ressources productives en vue de fournir des biens et des services selon des plans conçus et mis en œuvre à l'intérieur de l'entreprise². Cette dernière est une entité autonome de gestion, où un pôle central donne les directives qui sont mises en œuvre par les différents degrés de responsables subordonnés. La taille de la firme dépend en conséquence de sa capacité à maintenir en son sein une coordination administrative de ses activités suffisante pour mener à bien son activité. Ce qui caractérise une entreprise particulière est la manière dont l'autorité gestionnaire emploie les ressources à sa disposition.

Les ressources, au sens de Penrose, renvoient aux :

- ressources physiques (usines, équipements, terrains, matières premières, produits semi-finis, stocks) ;
- ressources humaines (travail qualifié ou non, personnel administratif, financier, juridique, technique, et de direction).

En fait, dans l'activité de l'entreprise, plutôt que la détention à proprement parler de ces ressources, c'est la manière dont elles sont utilisées selon les possibilités qu'elles contiennent qui est cruciale. Une ressource contient un ensemble d'utilisations potentielles auxquelles elle n'est liée que lors d'une activité effective. Le but ultime de la gestion des ressources et de leur allocation est pour Penrose la recherche de l'accroissement des profits à long terme. Cette proposition permet de relier la théorie de la croissance de la firme à un objectif concret de recherche de profit. Le rôle des managers est aussi crucial, car ils ont dans leurs mains les "opportunités de production", c'est-à-dire l'ensemble des possibilités de production qu'ils perçoivent et dont ils peuvent tirer bénéfice. Une théorie de la croissance des entreprises est en substance un examen attentif des changements d'opportunités de production des firmes.

Pour Penrose, entreprise renvoie à esprit d'entreprise. L'ambition de promouvoir les profits à long terme et de développer l'activité de la firme, soit l'esprit d'entreprise, équivaut à une ressource ; il s'ensuit que les compétences managériales sont fonction de la qualité relative que peut fournir l'utilisation des services correspondant à la ressource entrepreneuriale.

¹ Penrose E. (1959), *the theory of the growth of the firm*, Oxford Basil Black Well.

² Pour Penrose, la firme dans la théorie des prix et de la production n'est pas représentée pour pouvoir répondre à la question de la nature et des conditions de croissance d'une entreprise qui serait libre de varier sa production en qualité aussi bien qu'en quantité. La firme est limitée en taille (c'est-à-dire en volume de production) pour que l'équilibre soit possible. Par conséquent, puisque la question théorique ne correspond pas aux problèmes classiques des économistes et à la réalité vécue des managers, la conception de l'entreprise qui doit être changée.

Pour mettre en œuvre les plans d'expansion prévus, l'entreprise doit utiliser divers services ; elle doit donc se procurer les ressources qui sont attachées à ces services. Tant que les utilisations des ressources disponibles n'ont pas épuisé l'ensemble de leurs potentiels de services, il reste une marge à l'entreprise pour croître. La disponibilité de services non ou mal utilisés est donc la source principale de croissance¹ de la firme. Les plans d'expansion envisagés par la firme, devraient être en fonction de la demande des consommateurs qu'elle juge pertinente, donc sur ses opportunités de production, en comptant sur les ressources qu'elle hérite du passé et sur celles qu'elle doit se procurer sur les marchés. En fait toute possibilité de croissance est conditionnée par la combinaison adéquate entre les différents types de ressources étant entendu que l'on peut les utiliser différemment, et les renouveler. La croissance de la firme permet de plus nombreuses et de potentiellement meilleures combinaisons de ressources et de services : ce sont les "économies de croissance" potentiellement réalisables, valables pour toutes les tailles d'entreprises.

I.2.2. Les développements de l'ABR : Apport de Wernerfelt

Wernerfelt², en cherchant à identifier les sources de la performance durable des entreprises, a soulevé une question principale : pourquoi une entreprise peut-elle être durablement plus performante que d'autres ? Pour l'auteur les éléments de réponses à la question ne se situent ni dans le secteur (dans un même secteur, certaines firmes sont durablement plus performantes que d'autres), ni dans la position de la firme sur le marché, ni dans les produits qu'elle développe. Le facteur de performance durable réside dans les ressources dont dispose l'entreprise : celle-ci s'efforce de créer et de développer des ressources qui lui assurent un avantage persistant sur ses concurrents. Cet avantage tient soit aux propriétés des ressources elles-mêmes, soit à la capacité de la firme à acquérir ces ressources en rendant difficile aux concurrentes cette acquisition. L'auteur avance la notion de barrière de ressource qu'il rapproche et distingue à la fois des traditionnelles barrières à l'entrée. Les fusions et acquisitions peuvent être le moyen d'acquérir des ressources, par paquets, sur un marché qui reste imparfait.

¹ Pour Penrose, l'état optimal d'équilibre stationnaire ne peut jamais être atteint dans une firme. Trois raisons expliquent cet état de fait. D'une part, l'indivisibilité de la plupart des ressources contraint leur imbrication en vue de la réalisation du plan d'expansion de telle sorte qu'elles ne sont pas toutes utilisées au maximum de leurs potentiels. Ensuite, la spécialisation des ressources en fonction de services précis qu'elles peuvent rendre (la division du travail au sein de l'entreprise en fonction des formations de chacun en est l'illustration la plus saillante) change les possibilités d'utilisation de l'ensemble des ressources disponibles, créées ou acquises. Enfin, l'hétérogénéité des différentes ressources engagées ne permet pas de mesurer "raisonnablement" les services exploitables pour chacune d'entre elles.

² Wernerfelt, B. (1984) "A Resource-based View of the Firm" Strategic Management Journal.

Comment les firmes créent-elles et gèrent-elles leurs ressources propres ? L'auteur part d'une matrice qui n'est plus la traditionnelle matrice marchés/produits, mais une matrice ressources/produits : une ressource peut servir au développement et au lancement de plusieurs produits, un même produit peut aussi nécessiter plusieurs ressources pour être conçu et développé. La stratégie devait être séquentielle, et qui vise à maîtriser d'abord une ressource afin de lancer un produit, pour entrer ensuite sur des marchés que cette ressource permet aussi de pénétrer.

Une telle stratégie n'est pas mécanique : il ne s'agit pas de remplir, case par case, la matrice ressources/produits. Une ressource à emplois multiples n'est pas forcément attractive si elle est facile à acquérir par les concurrents. Inversement, une ressource plus spécialisée peut permettre de dégager un avantage plus fort et durable. Il s'agit plutôt de bâtir une stratégie à long terme autour de ressources créant des barrières et assurant un réel avantage concurrentiel durable. A l'époque, la stratégie des entreprises japonaises était analysée ainsi.

L'auteur (Wernerfelt) conclut en proposant un programme de recherche visant désormais à comprendre comment une firme peut identifier ses ressources décisives et par quelle structure elle peut au mieux les exploiter.

I.2.3. Les prolongements de la théorie des ressources : apport de Barney

Une autre problématique a été soulevée par Barney¹ et qui s'inscrit elle-aussi dans la logique des développements de Wernerfelt : comment une ressource peut-elle être à l'origine d'un avantage concurrentiel persistant ? Il précise tout d'abord que la théorie s'intéresse aux ressources organisationnelles (le capital physique, le personnel, sont certes nécessaires mais peuvent facilement s'acheter entre firmes et ne constituent pas des avantages concurrentiels durables). Ces ressources organisationnelles sont à la fois hétérogènes et immobiles. En effet, Barney fait ici un constat qui s'oppose à deux hypothèses fortes de l'analyse stratégique : d'une part les firmes d'une industrie n'ont pas toutes des comportements identiques et connaissent des performances diverses, ce qui provient de l'hétérogénéité des ressources ; d'autre part cette diversité des performances peut être durable, persistante, du fait de la faible mobilité des ressources. Puis Barney cherche des critères qui peuvent faire d'une ressource possédée par une firme un avantage concurrentiel persistant (persistant en termes d'équilibre, celui-ci pouvant toujours être rompu par un choc exogène).

¹ Barney J. (1991), Firm resources and sustained competitive advantage, Journal of Management,

Selon l’auteur, ces critères sont au nombre de quatre et constituent des indicateurs empiriques de l’hétérogénéité et de l’immobilité d’une ressource :

- i) La ressource doit être créatrice de valeur, elle doit contribuer de manière décisive à l’efficacité de la firme en permettant de saisir des opportunités ou de neutraliser des menaces. (Cette définition exogène de la valeur sera fortement critiquée.) ;
- ii) Elle doit être rare, en elle-même ou dans sa façon d’être bien exploitée.
- iii) Elle doit être difficilement imitable, ce qui peut provenir de conditions historiques particulières liées à l’entreprise, d’un phénomène social complexe, ou de ce que Barney appelle l’«ambiguïté causale ». Par cette notion, il entend ceci : les dirigeants de l’entreprise et les concurrents savent qu’il existe un lien entre telle ressource et la performance persistante de l’entreprise, mais sans être capables d’expliquer exactement quel est le processus causal qui conduit de la ressource à la performance ; et c’est cette ambiguïté qui rend difficile l’imitation par un concurrent.
- iv) Il ne doit pas exister de ressource facilement substituable.

Par sa typologie des ressources, son analyse de l’hétérogénéité et de l’immobilité, et la formulation des quatre critères, Barney a rendu la théorie des ressources plus opérationnelle.

Tableau 5 : Typologie de ressources selon Arrègle (1995)

Auteurs	Concepts clés
Wernerfelt (1989)	3 catégories : actifs « fixes » ayant des capacités à long terme (usines équipements, employés ayant une formation spécifique...), les « blueprints » ayant des capacités illimitées (brevets, marques, réputation...), les « effets d’équipe » ou routines.
Barney (1991)	3 catégories : physiques, humaines et organisationnelles.
Grant (1991)	6 catégories : financières, physiques humaines, technologiques, organisationnelles et la réputation.
Black et Boal (1994)	2 catégories : les ressources « imitées » réseau simple facilement appréhendables, ne permettant pas de produire des avantages concurrentiels durables) et les ressources « systèmes » (réseau complexe, génèrent des avantages concurrentiels durables).
Miller et Shamsie (1996)	2 catégories et 2 sous catégories : ressources basées sur la « propriété » ou sur la « connaissance » selon leur caractéristique « discrète » (contrats exclusifs ou encore les savoir-faire techniques) ou « systémique » (savoir-faire liés à des équipes, des organisations des réseaux de distribution...)

Source : Ibrahima Fall Tableau : Les principaux « paradigmes » de pensée.

I.2.4. Les apports de l’ABR

Une importance particulière est accordée dans la littérature aux apports de l’approche basée sur les ressources. Nous en présenterons ci-dessous une synthèse de principaux apports:

- L'ouverture de la boîte noire organisationnelle : la réflexion stratégique fut longtemps dominée par des théories qui faisaient une place prépondérante à la structure de l'entreprise et à la concurrence. Les dimensions internes de l'entreprise étaient reléguées au second niveau si elles n'étaient purement et simplement niées. L'approche basée sur les ressources introduit avec force cette dimension interne en faisant de sa bonne gestion un gage de performance. L'entreprise permet d'exploiter et de coordonner ses ressources et le fait mieux que le marché ;
- L'explication des stratégies de croissance de la firme : l'approche basée sur les ressources permet de comprendre pourquoi les entreprises peuvent être limitées dans leurs stratégies de croissance. En effet, la dépendance de sentier des entreprises leur impose un canevas de croissance. Les ressources futures d'une entreprise dépendent de ses ressources actuelles. De même, les ressources actuelles d'une entreprise sont le fruit de ses ressources anciennes ;
- La redéfinition du rôle du sommet stratégique : avec l'approche basée sur les ressources, le sommet stratégique dispose d'un tableau de ressources et de compétences (portefeuille). Le raisonnement en ressources et compétences permet d'offrir à la direction générale un tableau global des ressources et des compétences dont l'entreprise dispose. Le rôle du sommet stratégique est dès lors de manager ces ressources et ces compétences, de garantir leur maturité et de les faire évoluer suivant l'environnement et les besoins de l'entreprise ;
- L'approche basée sur les ressources permet de connaître les caractéristiques des ressources qui octroient un avantage concurrentiel. Elle permet dès lors d'apprécier les possibilités d'imitation et la dynamique concurrentielle (réaction éventuelle des concurrents) ;
- L'approche basée sur les ressources est une approche intégratrice car elle mobilise de nombreuses théories : apprentissage, dynamique concurrentielle, approche évolutionniste etc. Elle permet aussi de lier dans une même dynamique les approches de type contenu et les approches de type processus. Pour Laroche¹ l'approche basée sur les ressources « par sa capacité à intégrer les apports des autres courants, d'une part, et par sa convergence avec des propositions plus directement opérationnelles et recevables par les praticiens » semble aujourd'hui être le courant le plus à même à s'imposer pour succéder à l'analyse concurrentielle.

Tableau 6 : l'apport de l'approche basée sur les ressources

Ouverture de la boîte noire organisationnelle	L'approche basée sur les ressources introduit avec force la dimension interne de l'entreprise en faisant de sa
---	--

¹ Laroche Hervé « La querelle du "Contenu" et du "Processus" : Les enjeux de la transformation du champ de la stratégie », XVI Conférence internationale de management stratégique (AIMS), Montréal 2007.

	bonne gestion un gage de performance. L'entreprise permet d'exploiter et de coordonner ses ressources et le fait mieux que le marché.
Explication des stratégies de croissance de la firme	L'approche basée sur les ressources permet de comprendre pourquoi les entreprises peuvent être limitées dans leurs stratégies de croissance. La dépendance de sentier des entreprises leur impose un canevas de croissance.
Redéfinition du rôle du sommet stratégique	Le rôle du sommet stratégique est de manager les ressources et les compétences de l'entreprise, de garantir leur maturité mais aussi de les faire évoluer suivant l'environnement et les besoins de l'entreprise.
Connaissance des caractéristiques des ressources octroyant un avantage concurrentiel	L'approche basée sur les ressources permet d'apprécier les possibilités d'imitation et la dynamique concurrentielle.
Approche intégratrice	L'approche basée sur les ressources mobilise de nombreuses théories : apprentissage, dynamique concurrentielle, approche évolutionniste etc.

I.2.5. Les limites de l'approche basée sur les ressources ABR

Plusieurs critiques ont été adressées à l'approche basée sur les ressources, la première critique est celle qui qualifie l'ABR d'approche tautologique¹. Les auteurs cherchent à expliquer ce qui constitue l'avantage concurrentiel persistant d'une firme à l'intérieur même de cette firme. On identifie les ressources. Ils concluent qu'une ressource qui crée de la valeur, n'est pas imitable. Cette approche est si vague qu'elle revient à dire qu'une firme a un avantage concurrentiel parce qu'elle a un avantage concurrentiel (des ressources propres inimitables). De plus, cette approche par l'intérieur de la firme sous-estime les facteurs exogènes, notamment la demande. L'emballlement de la demande d'un produit peut par exemple brusquement survaloriser une ressource (qu'on pense au laboratoire pharmaceutique Roche qui, quelques années avant qu'on n'entende parler de la grippe aviaire envisageait de cesser de produire son Tamiflu, alors que la simple menace d'une pandémie a fait exploser en un an les ventes de ce médicament).

L'absence de consensus sur les notions dérivées de l'ABR, la prolifération des termes et de concepts vagues dont les définitions ne font pas l'unanimité constitue une autre limite de l'approche. Le tableau² ci-dessous illustre les divergences en termes de concepts utilisés par les différents auteurs.

¹ Priem, R. L., and Butler, J.E. (2001) "Is the resource-based 'view' a useful perspective for strategic management research?" Academy of Management Review.

² Ibrahima Fall. Op.cit.

Tableau 7 : Les notions voisines de l'approche basée sur les ressources

Expressions et mots clés utilisés dans l'ABR	Traduction anglaise	Principaux auteurs
Ressources stratégiques de l'entreprise	Strategic firm resources	Barney 1986
Compétences essentielles	Core competencies	Prahalad et Hamel 1990
Capacités corporate	Corporate capabilities	Nohria et Eccles 1991
Capacités organisationnelles	Organizational capabilities	Stalk et al 1992
Capacités dynamiques	Dynamics capabilities	Teece et Pisano 1994
Capacités intégrées	Combinative capabilities	Kogut et Zander 1992
Core compétences dynamiques	Dynamic core competencies	Lei et al 1996
Compétences architecturales	Architectural competence	Henderson et Cockburn 1994
Compétences dynamiques	Dynamic competency	Bogner et al 1999
Compétences organisationnelles	Organizational competencies	Wilkox King et al 2001

Source : Ibrahima Fall

Une autre série de critiques adressées à l'encontre de l'approche basée sur les ressources est qu'elle ne prend pas en compte toutes les ressources. Seules les ressources de valeur, rares et difficiles à imiter ou à substituer sont prises en considération. Les ressources qui satisfont ces critères sont très rares¹. L'approche basée sur les ressources fait donc fi des ressources que l'on peut qualifier de normales, celles qui permettent à l'entreprise d'avoir des performances normales. Le pendant de cette critique est la non prise en compte des ressources qui ont un impact négatif sur la performance de l'entreprise.

Les facteurs exogènes sont complètement ignorés par les partisans de l'approche. Barney qualifié l'ABR d'approche dynamique, selon l'auteur, la firme impose sa compétence pour avoir un avantage durable². Ainsi cette approche qui se voulait dynamique n'est ni plus ni moins qu'une approche quasi-immobile.

Barney a tenté de répondre à cette critique. Il écarte l'accusation de tautologie, en précisant que tout se joue en fait dans le paramétrage des éléments de la théorie et dans les études empiriques qui confirmeront ou infirmeront ces paramètres. Il estime que, d'ores et déjà, la théorie peut éclairer des situations et des stratégies d'entreprise : la notion de ressource peut être un élément central dans les processus de benchmarking ; elle peut permettre d'aider une entreprise à analyser sa situation concurrentielle, à évaluer les décisions qu'elle prend. Il reconnaît qu'aucune ressource ne produit mécaniquement un avantage concurrentiel et estime que la

¹ Montgomery (1996) qualifie ces ressources de « joyaux de la couronne »

² Marchesnay 2002.

détermination exacte de ce que sont les ressources d'une entreprise est difficile puisque l'on se heurte à l'ambiguïté causale : les dirigeants de l'entreprise eux-mêmes ont de la difficulté à savoir d'où provient l'avantage concurrentiel de la firme en termes de ressources, mais cette situation les protège - s'ils étaient capables de lever cette ambiguïté, leurs concurrents ne seraient pas loin de pouvoir la lever également. En conclusion, Barney reconnaît que des approches plus empiriques et plus dynamiques sont nécessaires.

Les débats développés autour de l'ABR, sa pertinence et ses limites ont mis les bases pour l'émergence d'une approche à la fois nouvelle et complémentaire, l'approche par les capacités organisationnelles.

Section II. Le renouveau de l'ABR et émergence des capacités organisationnelles

Les ressources font référence à l'ensemble de moyens qui sont nécessaires pour réaliser la transformation des inputs en outputs. La capacité organisationnelle quant à elle reflète les interactions complexes qui se tissent entre les ressources de l'organisation et les compétences lors de leur mise en œuvre dans des processus. La notion de ressource est considérée comme un antécédent de la capacité organisationnelle.

II.1. Le passage de la ressource à la capacité

Le passage de la ressource à la capacité répond au moins à un besoin de pragmatisme dans l'approche basée sur les ressources. Marchesnay¹ justifie le passage de la ressource à la capacité par au moins deux arguments: D'un côté, la volonté de mettre fin aux interprétations quant à la valeur du service fourni ; la ressource étant définie à partir du flux de services qu'elle est censée générer. De l'autre côté, la volonté de dépasser le dilemme entre valeur estimée en interne et valeur estimée en externe s'agissant des apporteurs de capitaux ou des clients. Nous marquerons le passage de la ressource à la capacité, en nous inspirant de l'analyse de Marchesnay.

II.1.1. De la ressource à la capacité

La capacité peut être définie comme « le montant total des services que la « ressource » est susceptible de fournir sur une période donnée ». Pour illustrer sa définition, Marchesnay prend l'exemple d'une machine : « celle-ci dispose d'une certaine capacité de production sur la période, qu'il s'agisse de sa période de vie (son horizon économique), de l'exercice comptable, du temps d'exécution d'un projet, etc. D'ores et déjà, nous pouvons distinguer la capacité

¹ Marchesnay M. (2002), Pour une Approche Entrepreneuriale de la Dynamique Ressources-Compétences. Essai de Praxéologie, Les Editions de l'ADREG.

potentielle (son potentiel) et sa capacité effectivement utilisée (qu'on conviendra d'appeler sa « puissance »). Par exemple, on constatera que certaines machines sont sous-utilisées : de façon plus générale, il apparaît que, pour de multiples raisons, au sein des organisations, la puissance fournie par chaque ressource est inférieure à son potentiel, ce qui révèle un excédent de capacité. L'une des raisons mises en exergue dans les théories du capital productif et des *capability costs* réside dans l'indivisibilité et l'irréversibilité des capacités, et, surtout dans le fait que les potentiels diffèrent entre les capacités (il faudrait ajouter : au fait que l'horizon économique de chaque ressource diffère de l'une à l'autre). En conséquence, la régulation, de caractère homéostatique se fait au travers des ajustements mutuels des puissances. Cette régulation résulte des décisions liées aux logiques d'action : la théorie du *slack organisationnel*, proposé par Cyert et March¹, apparaît comme l'une des interprétations possibles des dysfonctionnements dynamiques, à côté de celle, plus large et plus proche, de nos préoccupations, proposée par Penrose ». Marchesnay va ainsi préciser que la « mesure » la plus importante qui doit entraîner des « mesures » décisionnelles est celle de l'excédent de capacité c'est-à-dire du degré de non exploitation du potentiel. L'auteur en fait même « le cœur de la gestion des entreprises » : repérer chaque ressource et s'interroger sur l'exploitation de leur capacité.

II.1.2. La ressource : source de service productif

Les ressources n'ont de valeur que dans la mesure où elles sont mobilisées dans des activités modulaires, au service de la logique d'action et non pas dans des fonctions cloisonnées de l'entreprise². Pour Grant³, la bonne utilisation des ressources permet à l'entreprise de développer de nouvelles opportunités productives et des compétences propres à son histoire et à son apprentissage. La mise en œuvre des ressources passe par un effort de coordination entre les managers, rendu possible par les capacités cognitives de chacun. Ce qui implique le partage d'une même vision cognitive de l'entreprise. Pour Marchesnay, il n'y a pas de ressources « en soi ». Est ressource ce que l'acteur ou le décideur se représente comme telle c'est-à-dire une source susceptible de fournir un flux de service qu'il juge nécessaire par rapport à sa logique d'action, « on pourra ainsi s'interroger sur le taux d'utilisation du potentiel de la ressource, exprimé en capacité ». Il faut néanmoins noter que l'excédent de capacité « dépend de

¹ Cyert et March (1963) fondateurs de la théorie comportementale fondamentale qui constitue l'une des deux théories économiques majeures de l'entreprise qui entre dans la « boîte noire » à côté de l'analyse d'Edith Penrose.

² Penrose 1959, Arena et Solle.2008 .

³ Grant, R.M., (1991), « The resource-based theory of competitive advantage: implication for strategy formulation », *California Management Review*.

l'interaction avec les capacités des autres ressources, et, notamment de leur allocation entre les pôles d'activité de l'organisation ». L'auteur note enfin que la source de nombreuses capacités de ressources est plus ou moins maîtrisée par le décideur : il existe des contraintes ou des réglementations¹ mais aussi des relations d'encastrement avec les parties prenantes.

II.2. Le concept de capacité

En l'absence d'équivalent en français du terme anglais de *capability*, le concept de capacité est celui qui rejoint le mieux sa définition. D'après le dictionnaire Le Petit Robert (1993), le terme de capacité tire son origine du latin *capacitas* et *capax* qui renvoie soit à l'idée de la contenance soit à celle de l'aptitude, de l'habileté, de la faculté, de la force ou du pouvoir de réaliser quelque chose de même qu'à la qualité de quelqu'un qui est en état de comprendre ou de faire quelque chose.

II.2.1. Définition de la notion de capacité

Pour Winter², posséder une capacité, c'est avoir l'habileté ou l'aptitude de réaliser une chose selon les objectifs que l'intention initiale avait définis. En d'autres termes, le concept de capacité remplit l'espace qui existe entre l'intention et le résultat, en prenant pour acquis que le résultat est conforme à l'intention initiale. Si le concept de capacité convient parfaitement à la description d'un individu, Saint Amant et Renard³ emploient le terme au niveau organisationnel pour décrire l'habileté ou l'aptitude d'une organisation à réaliser ses activités. En langue anglaise, le terme de *capability* est très proche du concept de *compétence*. Selon les mêmes auteurs, les compétences sont des capacités d'un type particulier qui répondrait aux critères définis par l'approche basée sur les ressources pour conférer un avantage concurrentiel. La divergence entre les concepts de compétence et de capacité organisationnelle réside davantage dans l'approche et l'utilisation qui est faite de ces concepts c'est-à-dire, s'ils sont utilisés pour étudier les conditions de l'avantage concurrentiel de la firme ou bien pour s'intéresser, à titre d'exemple, à l'innovation dans l'organisation ou aux capacités technologiques qui sont un type particulier de capacité organisationnelle. Dans les deux cas de figure, ces deux concepts sont considérés comme le résultat des activités de l'organisation lorsqu'elle combine ses différentes

¹ Exemple de la France où le nombre d'heures hebdomadaire de travail est fixé à 35h, les norms ISO s'imposent aussi comme des contraintes.

² Winter, S.G. (2000) "The Satisficing Principle in Capability Learning" *Strategic Management Journal*.

³ Gilles E- St-Amant, Laurent Renard sont considérés comme fondateurs de l'école Québécoise des capacités organisationnelles, département de management et technologie, école des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal.

ressources pour atteindre ses objectifs. En d'autres termes, la différence entre ces deux concepts tient moins d'une différence dans leur définition que du style de langage utilisé par les auteurs et des objectifs de recherche poursuivis par eux.

Par contre, dans la littérature en langue française, le concept de capacité n'apparaît que pour désigner un type particulier de compétence, soit les capacités dynamiques¹. *Tout comme dans la littérature de langue anglaise, on a affaire ici plus à un choix de traduction qu'à une différence notable de sens entre les concepts de compétence et de capacité* (Saint Amant et Renard). Pour éviter toute confusion entre niveaux d'analyse et concepts, les auteurs préfèrent utiliser le terme de compétence lorsqu'il s'agit de l'aptitude d'un individu et ils réservent le terme de capacité organisationnelle pour une organisation.

Dans la recherche d'une vision moins théorique de la relation qui peut exister entre le trinôme : ressources, connaissances et compétences, d'une part et l'avantage concurrentiel de l'autre part, le groupe de recherche sur les capacités organisationnelles de l'université du Québec apporte des réponses concrètes à l'explication des écarts de performance entre les entreprises et pour l'implantation de la stratégie.

II.2.2. L'apport de l'école Québécoise²

L'implantation de la stratégie nécessiterait le développement de capacités organisationnelles sur lesquelles l'entreprise se fonde pour atteindre ses objectifs stratégiques (Saint-Amant et Renard). La question était « comment une organisation peut-elle gérer ses capacités organisationnelles pour rencontrer ses objectifs stratégiques ? ». La démarche des deux auteurs repose sur deux postulats de base :

Premièrement, le développement de la stratégie repose sur les capacités organisationnelles, c'est-à-dire leur absence ou leur niveau de maturité inadéquat, peut expliquer l'échec de la mise en œuvre d'une stratégie et donc l'impossibilité d'atteindre les objectifs stratégiques.

Deuxièmement, la gestion des capacités organisationnelles fait partie des missions du management intermédiaire (middle management) qui se présente comme la courroie de transmission vers le sommet stratégique des résultats et des retours d'expérience qui proviennent du déploiement de la stratégie.

¹ Arrègle, 1996, 2000.

² Les auteurs de l'école du Québec : Gilles E- St-Amant, Laurent Renard du département de management et technologie, école des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal.

Les deux auteurs¹ proposent une définition opérationnelle de la capacité organisationnelle : le déploiement, la combinaison et la coordination de ressources, de compétences et de connaissances à travers différents flux de valeur pour mettre en œuvre des objectifs stratégiques. En d'autres termes, la capacité organisationnelle nécessite la présence de ressources, de compétences et de connaissances, d'une part, et leur cristallisation dans des processus particuliers à un domaine et à un moment donné. Nous présenterons plus loin et de façon plus explicite les éléments constitutifs des capacités organisationnelles.

Dans des développements plus récents, la capacité organisationnelle est définie comme « un savoir agir collectif permettant et s'exprimant dans la réalisation d'activités coordonnées et accomplies par des acteurs qui mobilisent des ressources personnelles et des ressources de support, pour produire de manière répétée des résultats attendus et évaluables² ».

II.3. Les composantes de la capacité organisationnelle

La capacité organisationnelle renvoie à trois éléments de base constituant son socle: les ressources, les connaissances et les compétences. L'articulation des trois éléments forme une trilogie versant dans le sens de capacité organisationnelle.

II.3.1. Les ressources

Les ressources sont scindées en deux catégories : les ressources personnelles et les ressources de support. Les premières sont intrinsèquement reliées aux acteurs et les secondes à l'entreprise. Les ressources personnelles : les acteurs, qui sont liés contractuellement à l'entreprise (notamment par un contrat de service ou de travail), possèdent un stock de ressources personnelles constitué d'un ensemble de savoirs, de savoir-faire (de connaissances individuelles) et de savoir-être. Ces ressources personnelles définissent le stock de compétences mobilisé dans la réalisation d'activités leur permettant d'extraire des « services productifs » des ressources de support mises à la disposition des acteurs par l'entreprise, et ce, pour atteindre des objectifs de résultats.

Les ressources humaines ou personnelles génèrent donc des connaissances et des compétences qui sont les composantes indispensables de la capacité organisationnelle.

¹ St-Amant et Renard Op. Cit

² Renard Laurent, Soparnot Richard, « Proposition d'un modèle de management stratégique de l'entreprise par les capacités organisationnelles », *Gestion 2000*, 2011/1 (Volume 28), p. 109-124. DOI : 10.3917/g2000.281.0109. URL : <http://www.cairn.info/revue-gestion-2000-2011-1-page-109.htm>

Les ressources de support peuvent être tangibles ou intangibles¹, acquises sur le marché des facteurs, développées dans l'entreprise, cédées ou régies par des contrats spécifiques définis par l'entreprise. Elles recouvrent, de façon non exhaustive, les moyens qui sont nécessaires pour réaliser la transformation des intrants en extrants et sont la propriété de la firme². Les ressources peuvent être physiques (bâtiments, bureaux, mais aussi les matières premières), financières (ensemble des moyens financiers disponibles à l'organisation pour assurer ses activités quotidiennes de même que ses projets de développement), technologiques (moyens techniques, c'est-à-dire les artefacts techniques tels que des instruments, des outils, des machines qui sont utilisés pour réaliser les activités productives) ou organisationnelles (éléments de design tels que la structure de l'organisation, son mode d'organisation du travail, de coordination, mais aussi des éléments de la dynamique sociale tels que la culture, le pouvoir, les relations de travail, etc).

II.3.2. Les connaissances

Les connaissances, étant une composante centrale de la capacité organisationnelle, sont considérées comme un actif de première importance pour les organisations. Ce sont les connaissances qui permettent de mettre en action les ressources dans des processus d'action et déterminent la manière dont elles vont être déployées, combinées et coordonnées. Ces connaissances vont permettre d'extraire des ressources les services productifs (Penrose), ce qui nécessite en corollaire des individus compétents. La connaissance est un concept qui ne peut se concevoir sans la présence d'un médium intelligent, en l'occurrence un être humain. Elle fait référence aux différents schémas cognitifs dynamiques qui traitent et combinent les informations, événements, intuitions, objets qui vont servir à former un cadre mental pour décoder le monde et en assurer sa compréhension³. Il s'agit, ici, de la connaissance d'un individu, dans la suite des connaissances des règles de fonctionnement propre à l'organisation, etc. À côté de cette catégorie de connaissances organisationnelles, il existe une autre qui renvoie aux connaissances qui permettent l'action organisée⁴. Il s'agit ici des connaissances qui envisagent les relations entre les ressources et compétences au sein de processus d'action pour réaliser la transformation des intrants en extrants, en faisant référence par exemple aux principes d'organisation et de division du travail. Ces connaissances répondent à la

¹ HALL, R. 1992, « The Strategic Analysis of Intangible Resources », *Strategic Management Journal*, Vol. 13.

² Amit et Schoemaker, 1993 ; Grant...

³ Blackler, 1995; Blumetritt et Johnson, 1999; Grover et Davenport, 2001 ; Spender, 1996.

⁴ Gilles Saint Amant et Laurent Renard, proposition d'un modèle de gestion de développement des capacités organisationnelles XIIIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique.

problématique du comment organiser les processus de l'organisation pour atteindre les objectifs de performance souhaités.

II.3.3. Les compétences

Tout individu dans une organisation doit démontrer des compétences dans les domaines d'activités que son action recouvre et c'est dans l'action que l'individu connaissant met en pratique ses connaissances¹. En ce sens, la compétence d'un individu est définie comme une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des ressources et des connaissances et qui les transforme². Les connaissances qui appartiennent à un individu sont constitutives de ses compétences et elles permettent de mener à bien les différentes activités qu'il a à réaliser. Cependant, au-delà de la nécessaire possession de connaissances, la compétence d'un individu est aussi tributaire des ressources qui vont permettre de l'exprimer. Il convient de préciser que toute situation un peu complexe, dépasse généralement les compétences d'un seul individu. Cela suppose de faire appel à des compétences détenues par d'autres individus de l'organisation et de les coordonner pour atteindre les résultats souhaités. Pour Penrose, l'entreprise est beaucoup plus complexe, décentralisée, participative et apprenante que dans sa définition usuelle. L'auteur assimile les ressources et les compétences d'une entreprise aux services que cette dernière peut en retirer. Elles sont en fait « un gisement de services potentiels qui peuvent être, en majeure partie, définis indépendamment de leur usage. La performance de l'entreprise n'aura de sens que par la meilleure adéquation des services fournis par les ressources et les compétences. Koenig³ ajoute que « les compétences clés sont devenues des éléments d'un avantage concurrentiel de la firme dans leurs capacités à gérer la connaissance spécifique ». Les avantages concurrentiels que retire l'organisation dépendent des compétences clefs de l'organisation. Mais, l'accumulation de compétences ne garantit en rien des avantages concurrentiels futurs. La performance organisationnelle dépendra beaucoup plus de la capacité à mettre en œuvre les ressources et les compétences de l'organisation. Lorino appuie cette analyse en exposant que « la source de connaissances se trouve dans les processus, dans les mécanismes de coordination et non dans les seules ressources ». On comprend donc que la performance de l'organisation dépend du pilotage des processus résultant des interactions entre les ressources et les compétences. On prendra comme postulat qu'une organisation est dotée

¹ Zarifian. P. « Objectif compétence », éditions Liaisons 1999 ; Lorino, 2001.

² Idem

³ Koenig G. (1993) : "Production de la connaissance et construction des pratiques organisationnelles", Revue de Gestion des Ressources Humaines.

d'un capital cognitif basé sur ses ressources et ses compétences qui doivent être pilotées pour atteindre des objectifs partagés. On parle alors de pilotage organisationnel.

La combinaison de ressources, connaissances et compétences génère des savoir-faire qui s'expriment à différents niveaux de l'organisation et qui se traduisent en capacités organisationnelles de différentes catégories.

II.3.4. Les catégories de capacités organisationnelles de l'entreprise

Plusieurs typologies de CO ont été élaborées par les auteurs¹, nous retenons, ici, une typologie basée sur quatre catégories de CO : les capacités stratégiques, les capacités de traduction, les capacités opérationnelles (COp) et les capacités d'apprentissage.

II.3.4.1. Capacités stratégiques

On nomme capacités stratégiques² l'ensemble des savoir-agir, qui permettent et s'expriment dans les activités de définition d'un problème stratégique, d'inventaire et d'évaluation de la configuration actuelle de CO, de formation de la stratégie (discours stratégique), et de stabilisation et/ou de transformation de la stratégie. Ces capacités correspondent au « vouloir faire stratégique » qui est un discours ou une déclaration d'intention sur la problématique du positionnement³ et sur la configuration actuelle et future des CO de l'entreprise⁴. Elles visent à former une stratégie, créer de la valeur et obtenir un avantage concurrentiel.

II.3.4.2. Capacités de traduction

Les capacités de traduction⁵ renvoient à l'ensemble des savoir-agir permettant et s'exprimant dans les activités de formalisation du discours stratégique et de gestion de la création et/ou du développement des COp. Ces activités traduisent le passage du «vouloir faire» stratégique au «pouvoir faire» stratégique. Elles permettent donc la traduction du discours stratégique, qui a présidé à la formation de la stratégie, en un plan d'action concret pour l'exploitation de la stratégie, ce qui conduit à une évaluation critique de la faisabilité de la stratégie précédemment formée. Ce plan d'action concret, qui s'opérationnalise sous la forme de la gestion de projet et du changement⁶ est relié à la création, au développement, et/ou à l'abandon des COp.

¹ St-Amant & Renard, 2004 ; Renard & coll. 2009 ; Gallon & coll., 1995 ; Grant, 1996 ; Peppard & Ward, 2004.

² Ordanini & Rubera, 2008 ; Renard & coll., 2009 ; Teece, 2007.

³ Porter, 1996, 1997

⁴ Amit & Schoemaker, 1993 ; Prahalad & Hamel, 1990 ; Sanchez, 1997.

⁵ Savory, 2006, 2009; Brady & Davies, 2000; Davies & Brady, 2004

⁶ Brady & Davies, 2000 ; Davies & Brady, 2004.

II.3.4.3. Capacités opérationnelles (COp)

Les capacités opérationnelles¹ sont définies comme étant l'ensemble des savoir agir permettant et s'exprimant dans les activités primaires et secondaires de la chaîne de valeur de l'entreprise (Porter, 1996, 1997) et de diffusion d'information en provenance du contexte externe vers le sommet stratégique (Sanchez, 1997). Ces COp correspondent au «faire» stratégique de l'entreprise, c'est-à-dire au comportement réel de l'entreprise dans son contexte externe, notamment sur son marché, et aux résultats évalués en termes de création de valeur et d'avantage concurrentiel.

II.3.4.4. Capacités d'apprentissage

Les capacités d'apprentissage² peuvent être envisagées comme étant l'ensemble des savoir agir permettant et s'exprimant dans les activités d'évaluation des résultats obtenus par l'exploitation de la stratégie et d'apprentissage stratégique³. Ces activités permettent aux gestionnaires d'obtenir des informations critiques, en ce qui concerne l'environnement externe, les activités primaires et secondaires de la chaîne de valeur de l'entreprise et les résultats obtenus et de les transformer en apprentissage stratégique. Cet apprentissage stratégique modifie le cadre des interprétations des gestionnaires qui pourront soit modifier soit continuer la stratégie qui est exploitée.

Ces quatre catégories de CO sont en interaction systémique, ce qui donne naissance à des phénomènes d'organisation d'ordre ou de désordre. De plus, elles ont toutes une trajectoire d'évolution qui leur est propre, c'est-à-dire qu'elles peuvent être soit dans leur phase de création, de développement ou de maturité de leur cycle de vie⁴, ce qui peut engendrer des problèmes de cohérence interne et/ ou externe⁵.

La notion de capacité de même que ses différents types étant clarifiés, quelles sont les modalités de mise en œuvre et de développement des capacités organisationnelles ? Telle est la question à laquelle nous essayerons d'apporter, ci-après, quelques éléments de réponse.

¹ Cepeda & Vera, 2007; Renard & coll., 2009, Rothe & coll., 1991.

² Kuwada, 1998; Teece, 1997, 2007; Winter, 2000; Zollo & Winter, 2002

³ Idem

⁴ Helfat, Constance & Peteraf, Margaret. (2003). The Dynamic Resource-Based View: Capability Lifecycles. Strategic Management Journal..

⁵ Renard & coll., 2009.

II.4. Niveau d'analyse et de développement des capacités organisationnelles

L'analyse d'une capacité organisationnelle fait appel à un processus, qui demeure le moyen le plus adéquat à son expression. Selon Saint Amant et Renard « le processus est l'unité d'analyse la plus pertinente pour étudier une capacité organisationnelle ». En effet, d'un point de vue logique, il semble difficile d'accepter la prémisse qu'il existe une capacité organisationnelle indépendamment de sa mise en action dans un processus. La capacité organisationnelle n'est observable uniquement que lorsqu'elle est mise en action et qu'il y a production d'un extrant qui peut être comparé à d'autres extrants semblables, de quelconques natures qu'ils soient.

II.4.1. Le processus comme unité d'analyse de la capacité organisationnelle

Le processus constitue une unité d'analyse particulièrement pertinente pour présenter et analyser une capacité organisationnelle donc pour la rendre visible et lisible et pour suivre son développement Lorino. En effet, l'atteinte des objectifs impose à l'organisation de mettre en action, des ressources, des connaissances et des compétences dans un processus, c'est-à-dire la séquence des activités qui permet de transformer des intrants en extrants. Autrement dit, le déploiement, la combinaison et la coordination des ressources, des connaissances et des compétences, pour atteindre des objectifs préalablement définis, correspond tout à la fois à la mise en œuvre d'une capacité organisationnelle et à son expression. Réaliser un processus, obtenir un résultat concret et évaluable relativement à cette mise en action, est synonyme de mettre en œuvre et d'exprimer une capacité organisationnelle. Pour Lorino¹, il y a quasi identité entre capacité organisationnelle et processus.

II.4.2. L'activité : facteur de développement de la capacité organisationnelle

Le concept d'activité renvoie à l'idée que la capacité organisationnelle n'existe qu'en action. Elle est origine et aboutissement de l'action. Les activités offrent ainsi au développement d'une capacité organisationnelle² :

- une base de validation dans la mesure où elles la révèlent et la confirment ;
- une base d'expérience puisqu'elles alimentent en expériences les acteurs qui les mettent en œuvre ;
- une base d'expérimentation en critiquant les modes opératoires existants et en testant de nouveaux.

¹ Lorino Philippe, « 2. Théories des organisations, sens et action : le cheminement historique, du rationalisme à la genèse instrumentale des organisations », dans : Philippe Lorino éd., Entre connaissance et organisation : l'activité collective. Paris, La Découverte, « Recherches », 2005.

² (Lorino, 2001; Lorino & Tarondeau, 2006.

- une base de mémorisation, car c'est dans le cadre de la réalisation d'activités que se développent, se stabilisent et se formalisent des routines organisationnelles.

Il convient de noter que toute capacité organisationnelle possède un cycle de vie qui caractérise ses différentes phases d'évolution¹. Ainsi, durant son cycle de vie, une capacité organisationnelle va passer de la phase de création, à la phase de développement et à celle de maturité. Chacune se caractérise par un degré croissant de maîtrise de la CO par l'entreprise. Par maîtrise, il faut entendre la fiabilité de la CO en question et son aptitude à produire des résultats similaires dans le temps qui satisfont les attentes de résultats initialement définies².

II.4.3. Capacités organisationnelles : facteur d'apprentissage organisationnel

Le rôle de l'apprentissage organisationnel a été initié par les travaux de Penrose. Sa conception³ de l'organisation repose sur une approche de la connaissance distincte de celle d'information et sur une interprétation particulière des relations entre apprentissages individuels et apprentissage collectif. L'idée est ainsi, que la capacité d'apprentissage des individus et des organisations est conditionnée par l'accès à deux formes de connaissance : la connaissance objective, qui peut être transmise sans difficulté, d'une part ; et l'expérience qui ne peut s'acquérir que par l'action, d'autre part. Penrose ne rejette pas la notion d'information, mais l'interprète comme un cas particulier de la connaissance : la connaissance objective et explicite. La connaissance au sens large inclut aussi la connaissance tacite (ou expérience selon l'auteur) qu'elle soit locale ou générale. La conception penrosienne de l'articulation entre apprentissages individuels et apprentissage organisationnel en découle. Ces deux formes d'apprentissage prennent place au sein d'organisations dans lesquelles apparaît de la complexité organisationnelle, c'est à dire des interactions non totalement programmables entre les acteurs. Dans cette optique, les technologies apparaissent non comme des agencements d'informations, mais comme des processus de nature cognitive et sociale, c'est à dire fondées sur l'interaction interindividuelle et interpersonnelle.

En ce sens, les membres de l'organisation deviennent les acteurs de l'apprentissage et que ses mécanismes deviennent cruciaux dans le développement de l'organisation. Les agents n'apparaissent plus simplement comptables de leurs résultats spécifiques, mais plutôt de leur

¹ Helfat & Peteraf, 2003. Op.Cit.

² Winter, Sidney. (2003). Understanding Dynamic Capabilities. Strategic Management Journal.

³ Lise Arena Guy Sole, Apprentissage organisationnel et contrôle de gestion: une lecture possible de l'ABC/ABM ? « Comptabilité - Contrôle - Audit » 2008/3 Tome 14 | pages 67 à 85

contribution et de leur rôle dans une action collective. Il s'agirait alors d'exercer une influence non plus sur des individus qui consomment des ressources dans le cadre d'une action particulière, mais sur des individus qui décident tout ou partie de l'articulation de leurs actions avec celles des autres pour animer des processus et atteindre les finalités de ces derniers. En effet, la notion de processus renvoie à l'idée d'articulation des activités et de coopération des individus et non à celle du cloisonnement des tâches et des fonctions. Penrose ne fait pas directement référence au concept de processus mais elle adopte une approche en termes de flux qui revient à proposer une vision de l'entreprise divisée en plusieurs activités, et non plus uniquement en services cloisonnés entre eux, autorisant ainsi les arrangements et les échanges d'information et de connaissance entre les différentes activités de l'entreprise.

Pour Penrose, les ressources n'ont de valeur que dans la mesure où elles sont mobilisées dans des activités modulaires, au service de la logique d'action et non pas dans des fonctions cloisonnées de l'entreprise. Cette construction des ressources se réalise au travers du processus d'apprentissage de la firme, qui est à la fois individuel et collectif. L'idée d'Édith Penrose est donc que la bonne utilisation de ces ressources permet à la firme de développer de nouvelles opportunités productives et des compétences propres à son histoire et à son apprentissage. Le processus qu'elle décrit implique donc une dialogique entre les ressources et les compétences.

Les développements de l'école québécoise s'inscrivent dans la même logique. Selon Saint Amant et Renard, les capacités organisationnelles ne sont pas statiques. Elles évoluent constamment du fait même de leur mise en action. En d'autres termes, les capacités organisationnelles sont sujettes à l'apprentissage et sont donc modifiées au moment même de leur application. Cependant, les auteurs¹ distinguent deux grandes catégories d'apprentissage : l'apprentissage latent et l'apprentissage manifeste. L'apprentissage latent n'est pas reconnu par les acteurs eux-mêmes et s'opère sans être géré par l'organisation au sein de processus de gestion. Il se retrouve dans la répétition des pratiques quotidiennes, en l'occurrence des routines organisationnelles. Celles-ci se transforment et évoluent par de petites modifications et déviations au niveau de la reproduction des actions individuelles au sein des processus. En dernière instance, ce sont bien les capacités organisationnelles qui se transforment. Ce type d'apprentissage a des conséquences importantes en ce qui concerne la conception du changement, puisque celui-ci est alors considéré comme un processus incrémentiel, processus beaucoup plus subtil que ces auteurs ont l'habitude de considérer. Tout en considérant

¹ Saint Amant et Renard, 13^{ème} conférence de l'AIMS. Normandie. Vallée de Seine 2, 3 et 4 juin 2004

l'existence de ce type d'apprentissage au sein des organisations, les auteurs le laissent de côté pour s'intéresser plus particulièrement à l'apprentissage manifeste des capacités organisationnelles. Ils adoptent ici le point de vue de l'organisation lorsqu'elle décide de gérer la transformation de ses activités afin de développer ou de créer une capacité organisationnelle. En d'autres termes, ils s'intéressent à une organisation qu'ils qualifient d'apprenante en ce sens qu'elle décide d'apprendre et d'améliorer ses « savoir agir » en quête d'efficience et d'efficacité, en vue d'améliorer sa création de valeur et atteindre ses objectifs stratégiques.

Au niveau de la littérature, la capacité organisationnelle a tendance à être confondue avec un autre concept qui lui est proche, la capacité dynamique. Deux notions qui, à notre sens doivent être distinguées.

II.4.4. Capacités organisationnelles et capacités dynamiques

Face aux nouvelles exigences de l'environnement, l'entreprise est appelée à s'adapter aux changements du contexte, sinon elle risque de disparaître ou de subir une baisse de performance. En vue de saisir les différents mécanismes d'adaptation et de transformation, il est nécessaire de mobiliser le concept de *capacité dynamique* qui est un type particulier de capacité organisationnelle. Aussi, les travaux sur les capacités organisationnelles ont-ils été complétés par ceux sur les capacités dynamiques. Le concept de capacité dynamique porte l'emphase sur le rôle clé de la gestion stratégique dans l'adaptation, la reconfiguration et la création des ressources et des capacités organisationnelles pour s'adapter aux changements de l'environnement¹.

La définition de Metcalfe et James² semble assez complète « la capacité dynamique est un *processus* qui permet la transformation des capacités organisationnelles de l'organisation ou la création de nouvelles capacités, à travers l'investissement dans les ressources, les positions de marché et l'apprentissage de nouveau *savoir agir* et en corollaire de nouvelles connaissances organisationnelles ». Elle reflète donc l'habileté de l'organisation à réaliser des formes nouvelles et innovatrices d'avantages concurrentiels en adaptant ses ressources et ses capacités organisationnelles soit en fonction des transformations de l'environnement soit en fonction d'intuitions qu'elle perçoit³. Le développement de l'organisation est donc envisagé comme un

¹ Dierickx et Cool, 1989 ; Eisenhardt et Martin, 2000 ; Prahalad et Hamel, 1990 ; Nelson et Winter, 1982 ; Teece et al., 1997 ; Teece, 1998 ; Winter, 2000 ; Zollo et Winter, 2002.

² Metcalfe, S.J., et J. Andrew (2000). Knowledge and capabilities. Resources, Technology and Strategy. N.J Foss and P.L Roberston. London and New York.

³ Collis, 1994 ; Eisenhardt et Martin, 2000 ; Teece et al., 1997 ; Teece, 1998.

processus évolutif et cumulatif de trois facteurs : la découverte technologique, l'acquisition ou le développement de nouvelles ressources et enfin l'apprentissage de nouvelles capacités organisationnelles.

En effet, les capacités dynamiques permettent de mettre en évidence le rôle clé des managers dans leurs capacités à identifier et à adapter les opportunités, à les intégrer puis à reconfigurer les ressources. Pour certains auteurs¹, ces trois facteurs sont corrélés mais conceptuellement distincts. Le premier insiste sur la flexibilité et l'alignement de l'interne sur l'externe, le deuxième sur la capacité à intégrer en interne ce qui vient de l'externe et le troisième sur l'innovation en interne et son développement sur le marché externe. Ces facteurs mettent en avant le rôle important des acteurs de l'organisation interne et de leurs interactions dans le processus de création de valeur. L'influence de l'interne sur l'externe, et réciproquement, induit un système de pilotage particulier.

II.5. Capacités organisationnelles et leurs modalités de développement

Nous présenterons une synthèse de l'évolution et de la dynamique de la capacité organisationnelle ainsi que les différents modèles proposés pour son développement.

II.5.1. L'évolution des capacités organisationnelles

Le concept de capacité organisationnelle tel qu'il est défini au 2^{ème} chapitre, renvoie à l'habilité ou l'aptitude de l'organisation pour réaliser ses activités productives de manière efficiente et efficace. La faculté ou l'habilité de l'organisation est tributaire du déploiement, de la combinaison et de la coordination de ses ressources, connaissances et compétences à travers différents flux de valeur, selon les objectifs qu'elle avait définis précédemment. La capacité organisationnelle n'est pas figée ou statique, mais elle évolue constamment du fait même de sa mise en action, en d'autres termes, elle est sujette à la dépendance de sentier. En effet, les capacités organisationnelles actuelles définissent le domaine des possibles de l'organisation et son développement futur, comme les capacités organisationnelles présentes sont le produit des capacités organisationnelles antérieures. Si l'entreprise envisage réaliser de nouvelles choses, elle devra les *apprendre* d'où l'importance des concepts d'*apprentissage individuel et organisationnel*. Selon Marengo² une capacité organisationnelle, en tant qu'elle est fondamentalement un savoir agir, donc une mise en action des ressources et compétences à

¹ Wang, C. et P. Ahmed, Dynamic capabilities: A review and research agenda, International Journal of management. 2007.

² Marengo, L. (1995). Apprentissage, compétences et coordination dans les organisations. In N. M. J. Lazaric (Ed.), Coordination économique et apprentissage des firmes (pp. 3-22). Paris : Economica.

travers différents mécanismes d'intégration et de coordination qui font référence aux processus, est soumise à l'apprentissage. Le développement de la capacité organisationnelle renvoie à la notion d'apprentissage. Cela signifie que l'organisation doit apprendre à faire de nouvelles choses, elle doit donc en plus d'acquérir de nouvelles ressources, développer ses connaissances organisationnelles pour apprendre de nouveaux savoir agir. En conséquence, la capacité organisationnelle se développe et croît à mesure qu'on la met en action. Elle cristallise l'ensemble des apprentissages de l'organisation dans un domaine donné à un moment donné. La question qui se pose est de savoir quels sont les modèles actuels de développement des capacités organisationnelles ?

II.5.2. Les modèles de développement des capacités organisationnelles

La littérature fait état de deux modèles de développement des capacités organisationnelles. Le premier se dégage des travaux de S. Amant et Renard (modèle de maturité), le second est proposé par Monomakhoff et Blanc porte le nom de 5 steps ou roadmaps de management.

II.5.2.1. Le modèle de maturité de St-Amant et Renard

Pour satisfaire les objectifs stratégiques d'une organisation, St-Amant et Renard proposent un modèle de maturité qu'ils définissent comme *« un modèle descriptif et normatif des niveaux de maturité à travers lesquels les capacités organisationnelles d'une organisation vont passer à mesure que l'organisation pose une réflexion structurée et ordonnée sur ses modes opératoires en utilisant et en créant des connaissances, en améliorant les compétences de ses individus et en investissant dans les ressources. Ce modèle va permettre d'une part, de définir de façon qualitative et/ou quantitative les caractéristiques d'une capacité organisationnelle et de la situer sur une échelle à cinq niveaux, et d'autre part, de définir des objectifs d'apprentissage pour la faire progresser d'un niveau de maturité à un autre.*

L'objectif poursuivi est d'améliorer la prédictibilité, l'efficacité et le contrôle et, en dernière instance, la performance de la capacité organisationnelle pour qu'elle soit alignée sur les objectifs stratégiques de l'organisation¹ ».

Le modèle de maturité de St-Amant et Renard est présenté comme suit :

Le niveau initial (1) correspond à une capacité organisationnelle ad hoc et chaotique exprimée et mise en œuvre dans des processus qui ne sont pas définis. Le succès de sa réalisation dépend presque exclusivement des efforts et des compétences des individus.

¹ St-Amant et Renard Op. Cit

Le niveau de la description (2) fait référence à une capacité organisationnelle exprimée et mise en œuvre dans des processus définis et documentés. Cette première systématisation améliore les efforts, les compétences et les connaissances des individus et de l'organisation.

Le niveau de la définition (3) établit les fondations à partir desquelles l'organisation pourra travailler à l'amélioration de ses capacités organisationnelles et passer aux étapes supérieures de maturité. L'organisation doit permettre la capitalisation des processus et des pratiques qui ont fait preuve d'efficacité. Cependant, les processus ne sont pas encore mesurables avec précision, mais ils sont partiellement contrôlables.

Le niveau de la gestion (4) fait référence à une capacité organisationnelle qui est gérée. L'organisation identifie les compétences, connaissances et les meilleures pratiques et les intègre à ses processus d'action. Les pratiques sont documentées et leur résultat est quantitativement contrôlable et mesurable. L'organisation gère ses capacités organisationnelles selon les données qu'elle a recueillies pour évaluer leur performance. Quand un processus est quantitativement compris et contrôlé, il devient prédictible. Ce niveau permet de mettre en place des standards et normes.

Le niveau de l'optimisation (5) représente le niveau de l'optimisation et de la croissance. Il repose sur un processus d'amélioration continue facilité par la rétroaction liée à la maîtrise quantitative et qualitative des processus de gestion clé. La capacité organisationnelle est pleinement maîtrisée à ce niveau. Les auteurs précisent toutefois qu'une capacité organisationnelle n'a pas besoin nécessairement de se trouver au niveau de maturité le plus élevé. Chaque type de stratégie aura pour conséquence de définir précisément les capacités organisationnelles qui sont nécessaires et les niveaux de maturité qu'elles devront atteindre. Le référentiel de St-Amant se limite à la description de l'évolution de l'administration électronique et les capacités organisationnelles nécessaires pour « gérer efficacement les divers aspects de l'implantation de services électroniques ».

La démarche de développement des capacités organisationnelles proposée par St-Amant¹ est d'emblée orientée « administration électronique » ; elle n'a été testée que dans le contexte de l'administration électronique au Canada. Par conséquent, elle est difficile à généraliser. La démarche cherche uniquement à « *identifier et structurer les connaissances relatives aux capacités organisationnelles nécessaires pour implanter les diverses phases de la prestation électronique de services et en favoriser le succès* ».

¹ Modèle d'évolution de l'administration électronique, selon St-Amant (2003).

II.5.2.2. Le modèle de Monomakhoff et Blanc : La méthode des 5 steps

La méthode 5 steps est une méthode de pilotage qui vise, selon ses concepteurs, l'alignement de l'excellence opérationnelle sur les priorités stratégiques. Cette méthode a été conçue en 2004, par la société MNM Consulting en partenariat avec Valeo, groupe international dans le secteur de l'équipement automobile. La méthode 5 steps normalise la mesure du progrès de 0 à 5, standardise la formalisation des sujets stratégiques sous forme de roadmap, généralise le pilotage et le dialogue autour de la performance de l'entreprise via le feedback et la gestion des différentes générations de roadmaps. Au-delà de la formalisation de la stratégie en roadmaps, la méthode s'accompagne d'une démarche complète de management. Les roadmaps sont utilisées pour gérer les enjeux stratégiques essentiels de l'organisation, ainsi les managers les intègrent dans leur pratique de management. Elles sont utilisées par les opérationnels pour organiser le progrès régulier de leur organisation et par les directions pour enrichir les standards par la capitalisation des meilleures pratiques. Les roadmaps de la méthode 5 steps sont donc un outil de management et non pas uniquement un moyen de rendre compte de l'avancement des tâches¹. La roadmap 5 steps structure les capacités organisationnelles c'est à dire les ressources, compétences et connaissances en leviers d'actions. Chaque niveau définit ensuite la combinaison de ces éléments à un niveau de maturité adéquat afin d'atteindre un objectif stratégique spécifique. Ainsi à chaque niveau de la roadmap, l'organisation améliore le déploiement, la coordination et la combinaison de ces éléments, chaque roadmap est en mesure de gérer une capacité organisationnelle particulière. Plus précisément, une roadmap 5 steps assure à la fois le déploiement des capacités organisationnelles au sein de l'organisation, mais aussi leur développement. L'opérationnalité des livrables permet l'auto-évaluation par les opérationnels et la structure en 5 niveaux favorise l'amélioration progressive de la performance. Cette structure permet la gestion d'une capacité organisationnelle dans le temps, facilite l'apprentissage individuel et organisationnel, la capacité évolue à chaque niveau sur les bases du niveau précédent. On peut montrer que les roadmaps de management gèrent directement les capacités organisationnelles. La méthode 5 steps est aujourd'hui considérée comme une démarche qui assure le déploiement et le développement des capacités organisationnelles sur l'ensemble de l'organisation². Cette méthode s'adresse en priorité à des organisations étendues, au sens où elles sont composées de nombreuses entités qui doivent mettre en œuvre une même stratégie. La méthode 5 steps s'appuie sur le postulat que « les organisations modernes fondent

¹ Blanc F. et Monomakhoff N (2008), *La méthode 5 steps*, éditions AFNOR

² Fall, 2008 ; Rauffet et al., 2009.

leurs performances sur la synergie entre les hiérarchies opérationnelles, qui disposent des pouvoirs de décision, et les hiérarchies fonctionnelles, qui représentent les différents métiers (achats, vente, finance, ressources humaines, etc.) et en définissent la politique et les bonnes pratiques¹ ».

En somme, les capacités organisationnelles recouvrent diverses dimensions (matérielles/immatérielles, formalisées/non formalisées) et se manifestent à différents niveaux (stratégique/opérationnel, activités/processus) dans l'organisation. Elles conditionnent la performance des processus et sont développées au travers des apprentissages qu'elles génèrent et des bonnes pratiques qu'elles permettent de capitaliser.

L'étendue du champ couvert par les capacités organisationnelles rend difficile une démarche exhaustive dans leur analyse. Aussi, avons-nous jugé pertinent d'orienter notre attention vers un type spécifique de capacités organisationnelles, celles liées à la gestion des connaissances.

Section III : Les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC

La notion des capacités organisationnelles est actuellement au cœur de la gestion des connaissances², ce constat est motivé par le fait que les organisations ont besoin d'acquérir les connaissances critiques externes en vue de s'en approprier. C'est dans cet ordre d'idée que Cohen et Levinthal³ mettent l'accent sur la capacité absorptive d'une organisation lorsque celle-ci est capable de reconnaître la valeur des connaissances externes, les assimile et les applique pour une fin commerciale afin d'augmenter les capacités innovatrices de l'entreprise. En prolongeant la notion traditionnelle des capacités organisationnelles à la fonction de gestion des connaissances d'une entreprise, on comprend celles-ci comme l'habileté à produire, à mobiliser et à utiliser les connaissances organisationnelles explicites et tacites en combinaison ou en coprésence avec d'autres ressources et d'autres capacités.

III.1. Emergence et contenu du concept

La connaissance est une composante centrale de la capacité organisationnelle. Elle peut être assimilée à une « croyance vraie et justifiée⁴ ». Elle est reconnue en tant qu'un actif de première importance pour les organisations. En effet, les connaissances sont indispensables pour mettre

¹ Blanc et Monomakhoff, 2008, Op. cit.

² (Kogrit & Zander, 1992; Grant, 1996; Quinn, 1996; Spender, 1996),

³ Cohen, W. M., & Levinthal, D. A. (1990), "Absorptive Capacity: A New Perspective On Learning And Innovation", Administrative Science Quarterly.

⁴ Knowledge as Justified True Belief. The Foundations of knowing. Minneapolis: university of Minnesota Press.

en action les ressources dans des processus d'action et déterminent la manière dont elles vont être déployées, combinées et coordonnées.

Les tenants de l'approche basée sur les ressources « ABR » intègrent, dans leur analyse, les ressources au sens large : ressources tangibles, intangibles et ressources humaines. (Grant 1991)¹ effectue une séparation entre les ressources et les capacités. L'avantage concurrentiel des entreprises se manifeste par l'assemblage des ressources qui travaillent ensemble pour créer des capacités organisationnelles. Les capacités se rapportent, ainsi, à l'habilité d'une organisation à assembler, à intégrer et à déployer des ressources créatrices de valeur, habituellement, en combinaison ou en coprésence².

Le concept traditionnel de la capacité organisationnelle a été prolongé à la fonction de gestion des connaissances d'une organisation. Celles-ci se présentent comme l'habilité à produire, à mobiliser et à utiliser les connaissances organisationnelles explicites et tacites en combinaison ou en coprésence avec d'autres ressources et d'autres capacités³. Les auteurs de l'école québécoise « des capacités organisationnelles » (Saint Amant et Renard), et dans une approche moins théorique, postulent que les capacités émergent de la synergie des ressources de l'organisation, qui progressent continûment grâce au partage et à l'acquisition de connaissances organisationnelles structurées. La gestion des capacités est donc fortement liée aux notions d'«apprentissage organisationnel» Lorino et de «transfert de bonnes pratiques» Diani⁴, qui permettent de transformer les connaissances organisationnelles en compétences individuelles puis en capacités organisationnelles. Le rôle des référentiels de connaissances structurées⁵, que l'on retrouve aussi sous le nom de plans de progrès⁶, est donc déterminant pour assurer la structuration, le transfert et l'acquisition de la capacité.

¹ Grant, R. M., 1991. « The Resource Based Theory of Competitive Advantage: Implication for Strategy Formulation », California Management Review.

² (Amit et Schoemaker, 1993 ; Russo et Fouts, 1997).

³ Jean-Pierre Booto Ekionea, thèse, Conception d'un modèle de maturité des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances : Application à deux centres hospitaliers, université du Québec Montréal, 2008.

⁴ Diani M. « Les communautés intensives en savoir comme nouvelles formes de coordination efficaces dans les organisations ». In Baslé et Renault, *L'économie basée sur la connaissance : questions du projet européen*, Economica, Paris, 2004, pp 121-141.

⁵ Philippe Rauffet, thèse de doctorat, 6 décembre 2010, École Centrale de Nantes

⁶ Philippe Rauffet définit le plan de progrès comme suit : « C'est un référentiel de connaissances, pratiques et théoriques, qui permet de structurer les bonnes pratiques des métiers de l'organisation, et de les partager avec les entités organisationnelles en vue de créer des capacités organisationnelles ».

En effet, la mise en place d'un bon système de gestion des connaissances n'est pas une tâche aisée Spiegler¹ et exige des efforts et des capacités organisationnelles spécifiques Garud & Kumaraswamy². Ainsi, Nonaka et Takeuchi³ expliquent que ces difficultés sont dues au fait que le processus de gestion des connaissances passe par différents niveaux organisationnels. Et, à chaque niveau, « il existe des forces qui peuvent inhiber les efforts fournis pour une bonne gestion des connaissances⁴ ». Pour contrecarrer et neutraliser ces forces de résistance, les auteurs précisent les conditions d'une bonne gestion des connaissances ; à savoir : une bonne organisation des ressources humaines, des structures organisationnelles, des systèmes et des processus.

En se référant aux travaux de Abou-Zeid⁵, il est possible d'identifier trois catégories de capacité organisationnelle spécifique à la gestion des connaissances: i) l'infrastructure de gestion des connaissances, ii) les processus de gestion des connaissances, et iii) les compétences en gestion des connaissances. Les fondements de ces trois dimensions feront l'objet des développements ci-dessous.

III1.1. Infrastructures de gestion des connaissances

Une gestion efficace des connaissances nécessite la mise en place des infrastructures dédiées en plus d'un cadre bien organisé. Dans la littérature, le terme «infrastructure de gestion des connaissances» renvoie aux actifs de connaissance ou facilitateurs de connaissances⁶. Les infrastructures de gestion des connaissances incluent les technologies de l'information (infrastructures technologiques) supportant la gestion des connaissances, les structures organisationnelles et la culture organisationnelle en gestion des connaissances⁷. Les infrastructures technologiques⁸ intègrent les technologies permettant la gestion des connaissances, telles que l'intelligence d'affaires, l'apprentissage collaboratif et distribué, la

¹ Spiegler, I. "Knowledge Management: A New Idea or a Recycled Concept?" Communications of the Association for Information Systems (3:14), 2000, pp. 1-23.

² Garud, Raghu et Kumaraswamy, Arun. 2005. «Cercles vicieux et vertueux dans la gestion des connaissances: le cas d'Infosys Technologies», MIS Quarterly , (29: 1).

³ Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995), The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation, Oxford University Press, Oxford; Trad. française : 1997, La connaissance créatrice: la dynamique de l'entreprise apprenante, De Boeck Supérieur, Paris.

⁴ Garud, Raghu et Kumaraswamy. Op.Cit

⁵ ABOU-ZEID, El-Sayed, 2003. « Developing Business Aligned Knowledge Management Strategy », In E. Coakes (Ed), Knowledge Management: Current Issues and Challenges, IRM Press, pp.156-172.

⁶ Hassanien, A., Dale, C., Clarke, A. (2013). Hospitality Business Development. Oxford.

⁷ Booto Ekionea & Abou-Zeid, 2005 « Knowledge Management and Sustained Competitive Advantage: A Resources Based Analysis », (Information Resources Management Association International Conference), proceedings IRMA-2005, San Diego (USA), May, 15-18.

⁸ Goh, 2005 ; Alavi et Leidner, 2001.

gestion des connaissances pour la découverte, la gestion des connaissances pour le traçage, etc. En d'autres termes, « les technologies de gestion des connaissances incluent celles employées pour créer, stocker, rechercher, distribuer et analyser les informations structurées et non structurées¹ ». Dans le cadre des organisations de santé, les technologies (cliniques et administratives) sont des éléments déterminants dans la définition de la compétitivité des organisations de santé². Car, ces technologies spécifiques sont susceptibles d'aider une organisation de santé à développer ses capacités d'acquisition, de stockage, de partage et d'intériorisation des connaissances par les professionnels et par les autres intervenants³.

La structure organisationnelle est l'élément central de l'infrastructure de gestion des connaissances, elle se matérialise par l'affectation formelle des tâches de travail, des rôles, des responsabilités. Elle porte aussi sur les politiques, procédures, relations hiérarchiques qui existent au sein de l'organisation. Les dimensions communes de la structure organisationnelle sont la formalisation, la centralisation, la complexité et l'intégration. La centralisation est la mesure dans laquelle l'autorité est concentrée par les cadres supérieurs au sein d'une organisation plutôt que d'être déléguée, et la formalisation est la mesure dans laquelle les organisations disposent de procédures, de règles et de politiques standard en matière de relations de travail et décisions⁴.

Telles sont les caractéristiques que doivent satisfaire les organisations favorables à une gestion efficace des connaissances. Ces conditions sont-elles réunies dans les organisations de santé ? Ces dernières sont-elles dotées d'infrastructures dédiées à une bonne gestion des connaissances ?

Beveren⁵ constate que certaines structures organisationnelles des organisations de santé sont de véritables obstacles à une bonne gestion des connaissances:

- Les structures départementales au sein de l'organisation sont basées sur les groupes professionnels et ne sont pas orientées vers la tâche. Cette structure ne favorise pas les flux de travail, et empêche l'échange entre les professionnels de certaines méthodes telles que l'amélioration de la productivité, la réduction des coûts et de services aux patients. A cela

¹ Herschel & Jones, 2005.

² Sharma et al, 2005.

³ Oxbrow & Abell, 1998; « Putting knowledge to work: what skills and competencies are required? », in SLA State-of-the-Art Institute, Knowledge Management: A New Competitive Asset, Washington, DC.

⁴ Choi. B., and Lee. H. Knowledge management strategy and its link to knowledge creating process. Expert Systems with Applications.

⁵Beveren, j. (2003). «Does Health Care for Knowledge Management? », Journal of Knowledge Management.

s'ajoute aussi, la domination de la structure hiérarchique, avec plusieurs niveaux de gestion et où la circulation de l'information est très rigide.

- Les professionnels œuvrant dans des structures existantes travaillent en isolement et, par conséquent, il y a un manque d'interdisciplinarité. La circulation et le partage des connaissances entre les différents professionnels de santé restent trop sinueux, ce qui constitue un frein sérieux à l'apprentissage à partir des expériences des professionnels. Cette situation conduit le plus souvent à erreurs médicales et de gestion (la gestion des malades, le contrôle des infections, l'ignorance ou la mauvaise utilisation des instruments, la duplication des équipements coûteux).

Les organisations de santé ont besoin de voies sûres pouvant les soutenir dans la saisie, la conservation, la transformation, le partage et l'application des connaissances sur les expériences passées et les leçons tirées afin de répondre aux besoins actuels et futurs. L'importance accordée aux connaissances en milieu hospitalier nous guidera à chercher la relation susceptible d'être établie entre les COSGC et la performance organisationnelle des systèmes de soin.

La culture organisationnelle est aussi un autre déterminant de l'infrastructure de la gestion des connaissances. Elle se définit comme un ensemble de règles, de normes, de valeurs, d'hypothèses et de croyances qui sont partagées par les employés au sein d'une organisation et affectent leur façon de penser et de prendre des décisions. La culture est donc le facteur de réussite le plus important pour la connaissance organisationnelle¹. Les théories en gestion des connaissances se basent sur les infrastructures technologiques qui organisent les connaissances individuelles et collectives ainsi que sur les structures organisationnelles qui procurent les conditions sociales qui encouragent les employés à partager leurs connaissances et leurs expertises.

III.1.2. Processus de gestion des connaissances

La deuxième dimension des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances concerne les processus qui changent l'état organisationnel de gestion des connaissances. Ces processus portent sur trois éléments, la génération, la mobilisation et l'application. Le processus de génération des connaissances intègre tous les mécanismes de production de nouvelles connaissances au sein de l'organisation. Ce processus s'appuie sur des relations entre les dimensions tacites et explicites de la connaissance et une spirale de

¹ Donate, M.J., & Guadamillas, F2011. Organizational Factors to support Knowledge Management and innovation. Journal of Knowledge management.

transformation de la connaissance¹. Ce modèle repose sur l'hypothèse de création via un processus de conversion de la connaissance. La mobilisation des connaissances signifie une meilleure visibilité des connaissances grâce au partage ou au transfert d'un porteur (le fournisseur, le propriétaire ou la source de la connaissance) vers un autre (le chercheur ou la cible de la connaissance) dans l'espace ou le temps. Le dernier élément, qui est l'application des connaissances porte sur le processus par lequel la connaissance est assimilée par les utilisateurs². L'appropriation et l'utilisation effective des connaissances mises à la disposition de l'utilisateur sont donc les objectifs majeurs du processus et conditionnent même la performance de la gestion des connaissances. En matière d'application des connaissances³ soutiennent que « l'aspect important de la théorie de création des connaissances au sein d'une organisation est la source de l'avantage concurrentiel qui réside tant dans l'application des connaissances que sur la connaissance elle-même ». Car les connaissances ne pourront jamais favoriser l'innovation si on ne les applique pas Desouza⁴.

Par ailleurs, une bonne gestion des processus de gestion des connaissances requiert des capacités organisationnelles spécifiques. Dans ce cadre, Grant identifie trois mécanismes primaires pour l'intégration des connaissances dans la création des capacités organisationnelles : les directives organisationnelles, les routines organisationnelles et le contenu des tâches des équipes.

- ♦ Les directives organisationnelles se manifestent dans l'ensemble des règles, des standards, des procédures et des instructions développées à travers la conversion des connaissances tacites des spécialistes en connaissances explicites et en connaissances intégrées pour une communication efficiente⁵.
- ♦ Les routines organisationnelles, elles « se réfèrent au développement de la performance des tâches et des modèles de coordination, et aux protocoles d'interaction et aux spécifications des processus qui permettent aux individus d'appliquer et d'intégrer leurs connaissances spécialisées sans avoir le besoin d'articuler et de communiquer ce qu'ils savent aux autres⁶».

¹ Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of Organizational Knowledge creation. Organization science.

² Grant, 1996; « Toward a Knowledge-Based Theory of the Firm », Strategic Management Journal.

³ Alavi et Leidner, 2001; « Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues », MIS Quarterly, Vol. 25, No 1.

⁴ Desouza, 2005 « Knowledge Management in Hospitals », in Wickramasinghe, N., Gupta, J.

⁵ Alavi et Leidner, 2001; « Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues », MIS Quarterly, Vol. 25, No. 1

⁶ Alavi M, Leidner D, Review : Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Concetual Foundations and research Issues, Mis Quarterly Vol 25 No 1, 2201.

- ♦ Le dernier mécanisme d'intégration est celui de l'élaboration de contenu des tâches des équipes : dans la situation où l'incertitude et la complexité des tâches à exécuter exigent les directives et les routines organisationnelles spécifiques, les équipes des personnes avec les connaissances pré-requises et spécialisées sont formées pour la résolution de problèmes.

En effet, durant les changements environnementaux stables ou incrémentaux, la manipulation des routines et des situations prédictibles devrait être facilitée par « l'institutionnalisation des meilleurs pratiques par leur stockage via des technologies de l'information » (Alavi & Leidner, 2001)¹. Cela s'explique par le fait que si le changement est radical et discontinu, le besoin persiste pour le renouvellement continu des prémices de base en ayant recours aux pratiques archivées dans des répertoires des connaissances (Malhotra, 1999)².

Le processus de gestion des connaissances doit être supporté par des technologies de l'information, qui contribuent à l'intégration des connaissances ainsi qu'à leur application en facilitant la capture, la mise à jour et l'accessibilité aux directives organisationnelles. Les entités organisationnelles auront la possibilité d'améliorer rapidement leur apprentissage en accédant aux connaissances des autres entités qui ont rencontré des situations similaires. Bien plus, en améliorant la taille des réseaux internes d'individus et en augmentant le nombre de mémoires organisationnelles disponibles, les technologies de l'information permettent aux connaissances organisationnelles d'être appliquées dans le temps et dans l'espace³.

III.1.3. Les compétences en gestion des connaissances

La troisième dimension des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances se manifeste à travers les compétences que doit posséder une organisation en matière de gestion des connaissances. Cette dimension est attachée à la nature des compétences exigées pour gérer et exécuter des processus de gestion des connaissances à savoir : la culture en gestion des connaissances, la motivation à la gestion des connaissances et les récompenses et les incitatifs à la gestion des connaissances.

- Le défi des organisations de santé est de combattre la culture de résistance et celle de protection des connaissances individuelles⁴. Les organisations de santé devraient être des

¹ Idem

² Malhotra, 1997 Profile of the Ideal knowledge manager/Architect.

³ Alavi et Leidner, Op. Cit

⁴ Sveiby & Simons, 2002 « Collaborative Climate and Effective Knowledge of Work: an empirical study », Journal of Knowledge Management, Vol. 6, No. 5

organisations où le patient est au centre des soins prodigués à l'hôpital. Pour cette raison, la coopération par les échanges de données, d'informations et de connaissances entre professionnels de santé œuvrant autour du malade et l'administration de l'hôpital s'avère capitale et suppose un changement de culture organisationnelle¹. Car la culture actuellement dominante basée sur l'autonomie et sur les « silos des connaissances » devrait céder la place au profit d'une nouvelle culture qui requiert coopération, communication, formation et travail en équipe².

- La motivation, se présente comme l'habileté à faciliter les processus continus du partage des connaissances et de leur renouvellement. En d'autres termes, c'est la capacité à développer les ressources humaines et la culture organisationnelle pour faciliter le partage des connaissances, et la capacité à utiliser les technologies disponibles pour servir à la création, au partage et à la documentation des connaissances. La culture organisationnelle dominante est largement critiquée par (Alavi et Leidner)³, qui rappellent que les organisations ont besoin d'une rénovation culturelle profonde parce que les organisations récompensent traditionnellement leurs professionnels en fonction de leur performance individuelle et de leur savoir-faire, et non en fonction de leur capacité d'apprendre et de partager ce qu'ils savent.

- Les récompenses et les incitatifs à la gestion des connaissances jouent aussi un rôle primordial, dans la mesure où ils contribuent à lever certaines barrières majeures au succès du stockage des connaissances⁴. Deux types de barrières sont généralement citées : manque de temps pour les employés de contribuer à la génération de leurs connaissances et la culture corporative, laquelle historiquement n'a jamais récompensé les employés qui contribuent à la création de leurs connaissances et qui les partagent avec les autres. Malhotra⁵ propose un certain nombre d'exemples de compétences exigées pour une bonne gestion des connaissances, qui sont : l'habileté à faciliter les processus continus du partage des connaissances et leur renouvellement, l'habileté à développer les ressources humaines et la culture organisationnelle qui facilite le partage des connaissances, et l'habileté à utiliser les technologies disponibles pour la création, le partage et la documentation des connaissances.

¹ Beveren, 2003 « Does Health Care for Knowledge Management? », Journal of Knowledge Management, Vol. 7, No 1.

² Beveren, 2003 ; Brakensiek, 2002.

³ Alavi et Leidner, 2001 ; « Knowledge Management and Knowledge Management Systems : Conceptual Foundations and Research Issues », MIS Quarterly, Vol. 25, No. 1.

⁴ Idem

⁵ Malhotra, Y. 1997. Profile of the Ideal Knowledge Manager Architect. <http://www.brint.com/wwboard!Messages!273.html>.

Pour déployer sa stratégie, l'organisation est appelée à faire un bilan de ses capacités organisationnelles, de façon à les qualifier et à déterminer celles qui devront être développées en fonction des objectifs stratégiques préalablement fixés. Le développement des CO se manifeste par la création de nouvelles connaissances, l'amélioration des compétences et l'investissement dans de nouvelles ressources. Les COSGC peuvent être développées à travers plusieurs modalités.

III.2. Les modalités de développement de capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances

Au cours des dernières années, la gestion des connaissances est apparue dans le monde des affaires, comme une ressource stratégique qui augmente le potentiel des organisations à atteindre l'avantage compétitif. Les managers affirment que la valeur de leur entreprise devenait de plus en plus importante, grâce à la capacité de l'entreprise à gérer efficacement les connaissances.

Pour l'organisation, les connaissances font référence au capital d'expertise que détiennent les acteurs dans les différents domaines qui constituent le cœur de métier de cette organisation. Certaines autres connaissances sont disséminées à travers l'organisation dans des supports papiers et électroniques. Ces connaissances doivent être gérées afin d'améliorer l'efficacité globale et la compétitivité des entreprises¹. La gestion des connaissances requiert le développement des COSGC et que ce développement s'articule autour de l'apprentissage et fait appel à trois dimensions (infrastructures de GC, les processus de GC et les compétences en GC).

Ce constat justifie, entre autres, le choix de notre question de recherche. Une question construite autour de quatre principes qui se complètent pour contribuer à faire émerger une relation claire entre les CO et la performance dans un contexte où les COSGC représentent la forme la plus dominante des CO.

Principe 1 : la connaissance est une des ressources organisationnelles stratégiques susceptibles d'accorder l'avantage concurrentiel et d'aider à atteindre la performance souhaitée.

Principe 2 : la gestion des connaissances organisationnelles est une tâche difficile qui requiert le développement des capacités organisationnelles spécifiques sans lesquelles atteindre l'avantage concurrentiel et la performance d'affaires est impossible².

¹ Wernerfelt, B. 1984, « A Resource Based View of the Firm » & Barney, J. B., 1991. « Firm Resources and Sustained Competitive Advantage », Journal of Management

² Peppard et Ward, 2004 ; St-Amant et Renard, 2004.

Principe 3 : le développement des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances se définit autour des trois dimensions : infrastructures de la gestion des connaissances, processus de la gestion des connaissances et compétences en gestion des connaissances¹.

Principe 4 : Le développement des capacités organisationnelles s'explique par l'apprentissage organisationnel, les capacités organisationnelles étant acquises dans des processus sociaux et collectifs d'apprentissage². Les CO ne sont pas figées mais procèdent d'un apprentissage expérimental au cours du temps, évoluant du fait même de leur mise en action.

III.2.1. Les mécanismes de développement des capacités organisationnelles

Plusieurs chercheurs³ se sont penchés sur le rôle joué par l'apprentissage dans l'évolution des capacités organisationnelles (« capacity-building »), pour les faire passer d'un niveau de performance à un autre ou pour les faire progresser le long d'un cycle de vie. D'autres auteurs expliquent que l'apprentissage est une capacité organisationnelle stratégique qui assure le transfert des connaissances et des compétences, tant dans l'exploitation des capacités organisationnelles connues et existantes que dans l'exploration de nouvelles. Dimitriadis⁴, a mis en œuvre un modèle conceptuel qui met en relation la gestion des connaissances et l'apprentissage organisationnel, dans l'entreprise et entre entreprises, afin de créer des capacités organisationnelles stratégiques. Dans une étude récente, certains auteurs⁵ étudient le rôle médiateur de l'apprentissage organisationnel dans les pratiques de gestion de la connaissance pour améliorer la performance des capacités organisationnelles et concluent à l'importance de l'apprentissage organisationnel. Ces chercheurs en arrivent à la conclusion que l'apprentissage organisationnel est en soi une capacité organisationnelle à apprendre. Il est donc question, maintenant, des mécanismes d'apprentissage qui sont liés au développement des capacités organisationnelles. La littérature⁶ sur cette question révèle quatre mécanismes d'apprentissage

¹ Abou-Zeid, El-Sayed, 2003. « Developing Business Aligned Knowledge Management Strategy », In E. Coakes (Ed), Knowledge Management: Current Issues and Challenges, IRM Press, pp.156-172.

² Teece, D., Pisano, G. Pisano, et A. Shuen (1997). Dynamic capabilities and strategic management, Strategic Management Journal, 18:7, 509–533.& Winter, S. (2003), Understanding dynamic capabilities, Strategic Management Journal, 24:10, 991–995.

³ Zollo et Winter, 2002 & Helfat et Peteraf, 2003.

⁴ Dimitriadis, Z. S. (2005). Creating Strategic Capabilities: Organizational Learning and Knowledge Management in the New Economy. European Business review, 17:4, 314- 324

⁵ Rehman, W. U, Asghar, N., & Ahmad, K. (2015). Impact of KM Practices on Firms' Performance: a Mediating Role of Business Process Capability and Organizational Learning. Pakistan Economic and Social Review.

⁶ Helfat, C., & Peteraf, M. 2015. Managerial Cognitive Capabilities and the Microfoundations of Dynamic Capabilities. Strategic Management Journal, 36, 831–850.

Zollo, M. & S. G. Winter. 2002. Deliberate learning and the evolution of dynamic capabilities. *Organization Science*, 13, 339-351.

qui sont principalement associés au développement des capacités organisationnelles. Le premier mécanisme est celui de l'apprentissage par accumulation d'expériences, et souvent désigné comme la répétition des expériences antérieures. Les trois autres mécanismes sont l'expérimentation/exploration¹, l'articulation des connaissances et la codification des connaissances.

III.2.1.1. L'apprentissage par accumulation d'expériences

En se référant à Senge² « *apprendre dans les organisations signifie tester continuellement les expériences faites et transformer ces expériences dans une connaissance qui soit partagée dans l'ensemble de l'organisation et pertinente pour ses buts* ». L'apprentissage s'effectue principalement à travers la gestion des expériences passées. Ainsi, la gestion doit porter sur une accumulation positive et une diffusion de savoirs durables. Dans ce type d'apprentissage, on veille à ce qu'on évite au maximum la perte des connaissances issues de l'expérience lors des mutations internes, dispersion des équipes survenant en raison de la fin d'un grand chantier ou à l'occasion de l'interruption d'une production par exemple³. C'est à travers les expériences passées que l'organisation pourrait apprendre à adapter ses orientations, à prêter attention à l'environnement de façon sélective et à rechercher des solutions aux problèmes organisationnels. Ce type d'apprentissage entraîne le transfert de connaissances, croyances et hypothèses entre les individus. C'est un processus qui se produit à différents niveaux de l'organisation (au niveau individuel, du département, de l'entreprise, de l'industrie). La capitalisation des expériences antérieures par les individus conduit à la naissance des routines organisationnelles. La capitalisation se réfère au développement de la performance des tâches et des modèles de coordination, aux protocoles d'interaction et aux spécifications des processus qui permettent aux individus d'appliquer et d'intégrer leurs connaissances spécialisées sans avoir le besoin d'articuler et de communiquer ce qu'ils savent aux autres. Les routines organisationnelles sont « une configuration d'interactions qui représente une solution à des problèmes particuliers⁴ ». Les routines sont une composante des capacités organisationnelles⁵.

¹ Idem

² Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization*. Michigan : Doubleday/Currency.

³ Gabriel Guallino. L'apprentissage organisationnel dans les acquisitions. Gestion et management. Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II, 2010. Français. Disponible sur <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/17-vieme-conference-de-l-aims/communications/1019-role-des-routines-organisationnelles-dans-le-developpement-des-reseaux-d-entreprises-une-application-aux-alliances/download>

⁴ Teece et al., 1992. Op. Cit.

⁵ Jean-Luc Arregle, Terry Amburgey, Tina Dancin, Rôle des routines organisationnelles dans le développement des réseaux d'entreprises ; Une application aux alliances, disponible en ligne : file:///C:/Users/user/Downloads/Le_role_des_capacites_organisationnelles_dans_le_d.pdf

Ce mécanisme, plutôt passif, produit un apprentissage incrémental, basé sur la sélection et la rétention des expériences passées¹

III.2.1.2. L'apprentissage par le développement des routines opérationnelles ou dynamiques

Les trois autres mécanismes d'apprentissage impliquent la recherche délibérée de moyens permettant d'accomplir les tâches mieux et plus vite (Teece *et al.*, 1997) ; ils ont pour but explicite de faire évoluer les routines opérationnelles ou dynamiques (Zollo et Winter, 2002)². L'évolution des capacités organisationnelles est basée sur un processus formé de trois étapes : la genèse, le développement et la maturité (Helfat et Peteraf 2003). La première étape commence lorsqu'un groupe d'acteurs met en œuvre une action commune et se réunit afin d'atteindre un objectif qui requiert ou implique la création d'une capacité. Cette première étape mène à la phase de développement au cours de laquelle la capacité se développe à travers la recherche d'alternatives viables associées à l'accumulation de l'expérience au fil du temps. La dernière étape est celle de maturité implique le maintien de la capacité. Cependant, le fait d'exercer régulièrement la capacité nécessite l'enregistrement de celle-ci dans la mémoire de l'organisation. Ainsi, les routines deviennent plus habituelles nécessitant de moins en moins de réflexion, la capacité devenant ainsi naturellement plus tacite.

L'articulation des connaissances correspond à un apprentissage collectif et survient lorsque les individus expriment leurs opinions et croyances et s'engagent dans des confrontations constructives en défiant leurs interprétations. Alors, la connaissance individuelle est articulée à travers la discussion collective. Les compréhensions partagées améliorées résultent en ajustements adaptatifs à l'ensemble existant de routines ou en la reconnaissance accrue d'un besoin de changement plus fondamental³. En d'autres termes, l'articulation de la connaissance s'inscrit dans un mécanisme d'apprentissage collectif à travers lequel les individus confrontent leurs expériences tacites, les évaluent et clarifient les relations causales entre les actions entreprises et les niveaux de performance réalisés. Le niveau de compétence organisationnelle s'en trouve accru.

La codification, pour sa part, produit un artefact (document/produit) reflétant la compréhension partagée et implique un effort pour mieux comprendre les liens causaux entre les décisions à

¹ Zollo, M. & S. G. Winter. 2002. Deliberate learning and the evolution of dynamic capabilities. *Organization Science*, 13, 339-351.

² Idem

³ Idem

prendre et la performance attendue¹. Les routines de transformation des ressources et des routines opérationnelles constituent les capacités dynamiques de l'organisation. Le développement des capacités opérationnelles n'implique cependant pas nécessairement l'intervention d'une capacité dynamique, il peut également survenir sur une base ad hoc². La codification se présente donc, comme le mécanisme par lequel les individus inscrivent le fruit de leur processus d'articulation sur des supports tangibles (documents, logiciels, outils divers, etc.) en vue d'en faciliter le partage et la transmission.

En somme, l'apprentissage et la gestion des connaissances occupent une place centrale dans l'évolution des capacités organisationnelles. C'est à travers l'apprentissage couplé à la gestion des connaissances que l'organisation peut accumuler et diffuser des savoirs durables, ce qui permet d'améliorer le capital d'expertise que détiennent ses acteurs. L'idée selon laquelle la gestion des connaissances est nécessaire à l'accumulation des connaissances pour l'amélioration des performances organisationnelles, nous guidera à travers cette dernière section à chercher le lien entre les COSGC et la performance organisationnelle des systèmes de soins.

Section IV. Capacités organisationnelles spécifiques et performance organisationnelle des systèmes de soins

La gestion du secteur public a subi des changements importants qui visent à fournir de meilleurs services en termes d'efficience et d'efficacité. Les recherches qui ont été lancées dans ce sens, ont suggéré que les approches utilisées dans le secteur privé peuvent être adoptées dans le secteur public en vue d'améliorer l'efficacité et donc ses performances³. La nouvelle logique de gestion a poussé de nombreux établissements publics à travers le monde à consacrer du temps et de l'argent pour satisfaire les attentes des multiples parties prenantes à travers l'application des techniques et des processus de gestion du secteur privé.

Au cours des années passées, le Maroc a consacré beaucoup de ressources, de temps et d'efforts à la recherche de moyens d'améliorer la performance du secteur public. Un département ministériel (ministère de la réforme de l'administration et de la fonction publique) a été mis en place pour accompagner la modernisation du secteur public, ancrer les principes de bonne gouvernance et promouvoir la gestion axée sur les résultats⁴.

¹ Zollo et Winter. Op. Cit.

² Helfat et Peteraf. Op. Cit.

³ Ahirul Hoque, Jodie Moll, (2001) "Public sector reform – Implications for accounting, accountability and performance of state-owned entities – an Australian perspective", International Journal of Public Sector Management, Vol. 14 Issue: 4, pp. 304-326.

⁴ <https://www.mmsp.gov.ma>

Le système hospitalier marocain n'a pas échappé à cette règle, le Ministère de la Santé s'est engagé dans une réforme hospitalière depuis 1997. Cette réforme hospitalière vise une modernisation globale du secteur de la santé qui est soutenue par le PFGSS¹. Le Ministère de la Santé a prévu que : « le projet de financement et de gestion du secteur de la santé soutiendra la politique du Ministère de la Santé qui vise à renforcer la qualité et l'efficacité des soins curatifs hospitaliers des hôpitaux publics pour leur permettre de devenir plus compétitifs en matière d'offre de soins, de pouvoir renforcer leur capacité propre de financement et de leur fonctionnement et d'être un outil efficace de l'amélioration de la santé de la population² ». Cette réforme consiste en une série de mesures, à caractère organisationnel, managérial et financier, à même d'améliorer l'image du secteur hospitalier public et de le rendre compétitif. L'objectif de ladite réforme est de soumettre l'hôpital de façon progressive et croissante aux méthodes de management est de flexibiliser son fonctionnement, d'alléger les lourdeurs administratives et d'impliquer les personnels médicaux et non médicaux dans la prise de décision. La transformation est facilitée par la mise en place du Projet d'Etablissement Hospitalier « PHE » qui introduit de nouvelles méthodes de gouvernance. Le projet d'établissement qui est désormais la pierre angulaire de la régulation de l'offre hospitalière. Ce projet prend en considération les aspirations des différents groupes qui composent une organisation pour les fédérer. Il s'articule autour de quatre projets (managérial, médical, soins infirmiers et technique) et de trois plans (schéma directeur, plan immobilier et plan financier). Pour chaque projet, une méthodologie a été élaborée, validée et rédigée avant sa diffusion pour être appliquée au niveau de l'hôpital.

Les dirigeants des hôpitaux publics sont actuellement confrontés à plusieurs défis. Les nouvelles règles de gestion doivent s'efforcer de garantir l'équilibre financier, de maintenir le taux minimal de rotation du personnel, d'optimiser l'occupation des lits, d'éviter des durées de séjour trop longues, de respecter les normes de personnel soignant, d'obtenir un pourcentage élevé de patients satisfaits de leur séjour, et d'assurer la qualité des soins la meilleure possible³... Ces différents aspects, relèvent de la performance organisationnelle hospitalière.

Nous cherchons dans la littérature spécialisée, le lien entre la gestion des connaissances et la performance organisationnelle. La relation entre les deux éléments est implicite dans certaines

¹ Projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé

² SECOR : Le projet de réforme hospitalière (volet A) ; Rapport final soumis à la BM et au MS ; Février 1998.

³ Guisset Ann-Lise, Sicotte Claude, Leclercq Pol, D'Hoore William. Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. In: Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 65-104; doi : <https://doi.org/10.3406/sosan.2002>.

définitions de la gestion des connaissances. L'hypothèse selon laquelle la gestion des connaissances est nécessaire à l'accumulation des connaissances pour l'amélioration des performances organisationnelles découle peut-être du fait que les chercheurs ont des points de vue opposés concernant l'impact des connaissances sur la performance organisationnelle¹. Certains auteurs concluent qu'il y a un lien positif entre la connaissance et la performance, il est prévu qu'une catégorie particulière de connaissances, qui est précieuse, rare, inimitable et non substituable mènerait à la performance². D'autres études empiriques plus récentes³ ont prouvé qu'il existe un impact direct des connaissances sur la performance, ces études suggèrent que les connaissances pertinentes peuvent avoir des effets positifs sur la performance de l'organisation. La gestion des connaissances est donc supposée avoir un impact positif sur la performance organisationnelle.

Nous allons nous intéresser dans la suite de notre analyse à l'impact des capacités organisationnelles sur la performance organisationnelle de l'hôpital public marocain.

Ce choix est justifié par les arguments suivants :

- L'hôpital, en tant qu'organisation assez complexe, nous paraît un champ d'étude approprié pour conduire notre recherche ;
- Les connaissances et leur gestion jouent un rôle important dans la conduite efficace des activités de l'hôpital et conditionnent sa performance.

Soulignons, au passage, que peu d'études sur l'effet des capacités organisationnelles dans le contexte public, en particulier l'hôpital, ont été réalisées⁴. Les études ayant examiné les effets et l'action des ressources et des capacités sur la performance organisationnelle⁵, se sont concentrées sur les entreprises privées. Ces études ont montré que l'action des capacités organisationnelles sur les organisations pourrait conduire à une meilleure performance organisationnelle.

Les études sur l'effet des capacités organisationnelles sur la performance, en particulier dans les organisations du secteur public, reposaient principalement sur des rapports anecdotiques et

¹ McEvily, S.K., and Chakravarthy, B. "The persistence of knowledge-based advantage: An empirical test for product performance and technological knowledge," *Strategic Management Journal* (23:4), 2002, pp. 285-305.

² Barney, 1991.Op. Cit.

³ Appleyard, 1996 ; Decarolis et Deeds, 1999 ; Yeoh et Roth, 1999, Vera et Crossan³ 2003.

⁴ Une étude qui a examiné le lien entre capacités organisationnelles et la performance du secteur public est celle de Carmeli et Tishler (2004). Ils ont examiné l'interaction effet de six types de capacités organisationnelles sur la performance des autorités locales aux territoires occupés Palestiniens. Ils ont constaté que l'interaction entre les capacités avait contribué significativement à la performance organisationnelle.

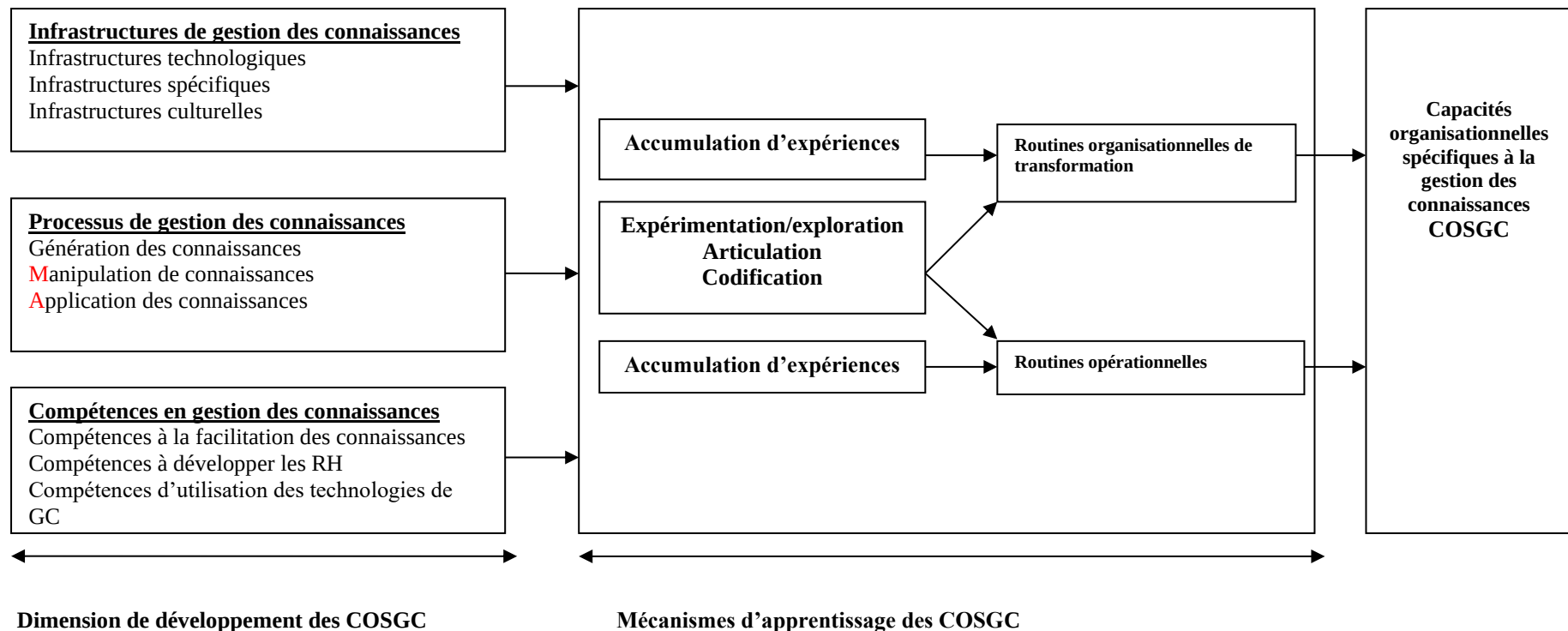
⁵ Singgelkow, Nicolaj. "Evolution toward Fit." *Administrative Science Quarterly*, vol. 47, no. 1, 2002, pp. 125–159. *JSTOR*, JSTOR & Rivkin, 2000 ; Singgelkow 2002) ; O'Ragen & Ghobadian, 2004.

d'analyses d'études de cas (des études menées dans certains établissements publics des pays asiatiques). Il n'existe pas jusqu'à présent d'études à large échantillon démontrant comment les capacités organisationnelles, de manière indépendante, complémentaire et interactive, peuvent ou non améliorer la performance de l'organisation relevant du secteur public¹.

Le schéma ci-dessous résume les dimensions de développement et les mécanismes d'apprentissage des COSGC.

¹ Cité par Jamaliah Said, The relationship between organizational capabilities and organizational performance of Malaysian local authorities: a resource based perspective, Faculty of Accountancy October 2010.

Figure 5 : Mécanismes d'apprentissage organisationnel pour le développement des capacités organisationnelles



(Adapté : Johanne Boucher, la gestion des connaissances et le développement des capacités dans les réseaux d'aide au développement : le cas d'Oxfam-Québec et de ses partenaires, Université de Sherbrooke, Faculté d'administration Mai 2012).

Conclusion du 2^{ème} chapitre

L'objectif que nous avons assigné au présent chapitre est de procéder à l'inventaire des repères conceptuels et des référents théoriques en relation avec notre sujet de recherche. Ainsi, nous avons tenté une synthèse des théories issues de l'économie industrielle, notamment le modèle SCP, l'approche basée sur les ressources ABR, pour en fin de compte nous focaliser sur les capacités organisationnelles. Pour ce faire, nous avons rapproché la littérature consacrée à cette thématique pour aborder les apports d'une approche renouvelée qui constitue le socle de notre travail à savoir les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances.

Au travers de ce chapitre nous avons souligné nombre de limites liées au modèle SCP. En effet, la performance des organisations n'est pas déterminée uniquement par la structure du marché. Une nouvelle ère s'ouvre, ainsi, pour les tenants de l'approche ABR, théorie voulant expliquer la performance de l'organisation par la présence des ressources idiosyncrasiques. Cette nouvelle théorie n'a pas à son tour échappé à des critiques. Des études ont prouvé que les ressources ne sont pas productives en elles-mêmes et ce ne sont pas forcément les ressources qui octroient un avantage concurrentiel. Ce constat a été à la base de la naissance d'une nouvelle approche dénommée approche par les capacités organisationnelles. Celle-ci avance le triptyque, ressources, connaissance et compétences pour expliquer les sources de la performance. Nous avons mis l'accent sur le rôle de ces capacités organisationnelles en matière de pilotage de la performance de l'organisation.

L'étendue des dimensions couvertes par les capacités organisationnelles et la volonté d'adapter les modèles théoriques au contexte d'étude nous a convaincu pour orienter notre recherche vers un type particulier de capacités organisationnelles : celles spécifiques à la gestion des connaissances (COSGC).

Face à ce choix, force est de constater que nous n'avons pas un ancrage théorique spécifique. En effet, pour saisir le lien entre les capacités organisationnelles et la performance, nous avons jugé pertinent de mobiliser des corpus théoriques variés : le management des compétences (le Knowledge Management), l'apprentissage organisationnel, le modèle des ressources et des compétences.

L'objectif de notre revue de la littérature n'est pas de dégager des propositions ou des hypothèses qui seront traitées ou testées dans le terrain. L'objectif est plutôt de repérer les approches et modèles théoriques appropriés à même de nous accompagner dans l'observation, la compréhension et l'analyse champ d'étude.

Sur la base d'une étude qualitative conduite dans deux grands établissements hospitaliers de la région, un retour sur ces modèles nous permettra de dégager nombre de résultats et de mieux rapprocher la réalité observée aux schémas observés au niveau de la littérature.

En nous inscrivant dans cet objectif, nous avons dédié le chapitre suivant à la présentation de notre objet d'étude : l'hôpital marocain.

Chapitre III

L'HOPITAL PUBLIC MAROCAIN A L'EPREUVE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE

Introduction

L'hôpital, en tant qu'organisation complexe fournissant des services vitaux, doit faire face à de nombreux défis. Ceux-ci sont liés principalement à l'insatisfaction des utilisateurs de services et l'inefficacité de son fonctionnement. Il s'agit ici d'un fait tant observé et sur lequel nombre d'études s'alignent. L'évaluation de la performance s'avère, ainsi, indispensable pour que les hôpitaux soient conscients de leurs situations. En d'autres termes, l'évaluation est indispensable pour comprendre dans quelle mesure l'hôpital est efficace. Traditionnellement, la performance en matière de soins de santé a été évaluée à l'aide des indicateurs tels que l'incidence de pathologie, les mesures de mortalité et les mesures de mortalité après un traitement spécifique. D'autres systèmes d'évaluation sont de plus en plus attrayants, ils se concentrent sur l'état de santé du patient. Ces systèmes se présentent souvent sous forme de mesures de résultats¹. L'évaluation clinique et économique des performances des hôpitaux est indispensable pour les décideurs tels que le ministère de la tutelle, les médecins, le corps soignant, le personnel technique et toutes les parties prenantes. Par l'évaluation de sa performance, l'hôpital cherche à atteindre un seul et unique objectif qui se traduit par : la satisfaction des usagers, la qualité et la sécurité des soins, le respect des réglementations, la productivité et la maîtrise des coûts, la satisfaction des professionnels, des partenaires et de la filière de soins, la cohésion de l'entité en plus de l'évolutivité et l'adaptabilité².

Ce chapitre s'articule autour de trois sections. Dans une première section, nous présenterons la structure du système de santé marocain et les modalités de sa gouvernance. Dans une deuxième section, nous exposerons les différentes expériences en matière d'application des principes de la nouvelle gestion publique NGP dans le domaine hospitalier. L'objectif de cette section s'attache à interroger le degré d'intégration des principes de la NGP dans la gestion de l'hôpital public marocain. Dans une troisième section, nous essayerons d'exposer la performance organisationnelle hospitalière et ses modèles d'évaluation.

¹ Smith, P.C., Mossialos, E., & Papanicolas, I. (2008). Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects. Retrieved from BACKGROUND DOCUMENT.

² Dans le secteur de la santé publique au Maroc, les études sur la performance hospitalière font défaut, et restent relativement rares.

Section I. L'avènement de l'hôpital public

Le droit à la protection de la santé est une responsabilité de l'Etat. En effet, l'organisation et le fonctionnement du système de santé relèvent de l'Etat, par l'intermédiaire du ministère de la santé. Au Maroc, le système de santé s'engage à lutter contre les mortalités évitables, garantir le droit d'accès à des soins de qualité pour tous les citoyens et à assurer la continuité des prestations.

A travers cette section, nous présenterons successivement l'évolution et l'architecture du système marocain de santé.

I.1. Hôpital : Etymologie et mission

Etymologiquement, l'hôpital désigne « chambres pour les hôtes » ou « refuge pour les indigents ». Le terme est fortement lié au concept d'hospitalité, d'accueil des malades, des indigents et des mourants. Le terme *hospitalia* signifie un logement destiné à un étranger comme lieu d'hospitalité¹. L'hôpital est envisagé historiquement, comme un bâtiment construit dans plusieurs villes et souvent appelé Hôtel-Dieu² : un espace d'asile ou un hospice, fondé par une congrégation religieuse, dont l'administration va incomber de façon croissante aux édiles municipaux. L'hôpital continue à s'incarner dans une administration, dans des bâtiments mais aussi dans une fonction qui, au-delà des soins dispensés, participe du contrôle social : on naît et on meurt à l'hôpital. L'hôpital constitue un terrain de rapports de forces entre des soignants et des soignés, et un lieu où se manifestent des hiérarchies, entre médecins d'une part, et entre le personnel soignant, le personnel administratif et le corps médical d'autre part. L'hôpital est vu aussi comme une organisation qui produit des soins et met en œuvre des solutions thérapeutiques, une organisation qui a pour mission la prise en charge des patients. Une telle mission est administrée suivant un ensemble de règles et de normes qui touchent à la fois à la définition des métiers et des professions qui s'exercent à l'hôpital et au respect de contraintes économiques et financières ainsi que d'exigences relevant de l'ordre social et de l'éthique. Le fonctionnement de l'établissement hospitalier est dès lors révélateur d'une conception de la santé, et en particulier de la tension qui s'exerce entre la conception d'une santé comme bien de consommation ou comme bien commun à tous, échappant aux règles du marché. L'hôpital est perçu comme un lieu où est proposé un service public, qui assure une mission d'intérêt

¹ Histoire. Naissance de l'hôpital moderne, Marc Gentili 2 juin 2017

² Touraine A., *La société postindustrielle*, Le Seuil, 1969, p. 199

général. Il vise à garantir à chaque citoyen l'accès aux soins quels que soient son niveau de revenu et son lieu d'habitation. Les soins sont donc accessibles à tous, et en fonction de la couverture sociale dont les individus bénéficient, il est fréquent qu'ils ne paient qu'une partie des frais d'hospitalisation.

I.1.2. L'hôpital public au Maroc : genèse et évolution

Les relations qu'entretient la santé avec le développement sont depuis longtemps reconnues par les scientifiques¹, la santé de l'individu représente un facteur décisif du développement socio-économique d'une nation. Chaque pays est appelé donc à mettre en place un système national de santé susceptible de prendre globalement en charge les besoins de la population. Ce système national de santé doit intégrer les activités de soins préventifs et curatifs et être basé sur la rationalité dans la gestion, la sectorisation dans les interventions et la hiérarchisation des soins dans un but d'efficacité et d'économie. Pour mieux appréhender les caractéristiques de ce système il nous paraît nécessaire d'en donner un aperçu historique.

En effet, au lendemain de l'indépendance, le Maroc s'est retrouvé avec une situation sanitaire héritée de la période coloniale, marquée par une mauvaise répartition géographique des infrastructures qui ne répondaient pas aux besoins des populations autochtones, les structures de santé existantes étaient implantées dans les grandes villes à forte densité des colonisateurs. S'ajoute à cela l'insuffisance de l'encadrement médical, accentuée par le départ massif des praticiens étrangers.

Au début du 20^{ème} siècle, le Maroc a été frappé par des famines qui provoquaient des épidémies amplifiées par le non-respect, sinon l'absence, des conditions d'hygiène les plus élémentaires dans les villes et dans les campagnes. Par ailleurs, le peu de médecins disponibles, en majorité des étrangers, se cantonnaient sur la côte atlantique, servant comme médecins consulaires. Pour faire face à cette situation, le colon français a mis en place un certain nombre d'établissements hospitaliers dans les grandes villes. En 1912, le docteur Cristiani organisait à Fès l'hôpital Cocard, du nom d'un infirmier français qui travaillait avec lui et qui fut tué lors du soulèvement qui s'était produit quelques mois auparavant². A la même époque, le Dr Guichard ouvrait les premiers bâtiments de l'hôpital Mauchamp à Marrakech (connu actuellement sous le nom d'Ibn Zohr). Ce furent là les deux premiers hôpitaux qui soignèrent des Marocains. Un lazaret fut

¹ Patrick Guillaumont, Économie du développement, 3 vol. Paris PUF, 1985.

² D. MOUSSAOUI et al, histoires des sciences médicales - Tome XXVI - N° 4 – 1992 ; Communication présentée à la séance du 28 mars 1992 de la Société française d'Histoire de la Médecine consacrée à l'Histoire de la Médecine au Maroc.

créé à ElAnk à Casablanca par le Dr Duché, en 1913, pour lutter contre les épidémies. Quelques temps auparavant, un lazaret avait été construit à Oujda. En 1914, il y eut création à Casablanca d'une section civile au sein de l'hôpital militaire (lui-même construit en 1911), et qui était situé à Sour Jdid. L'hôpital "indigène" de Casablanca fut ouvert en 1917 aux malades marocains. En 1919, il y a eu création de l'hôpital psychiatrique de Berrechid, première structure psychiatrique moderne au Maroc. Cette création s'était faite sur un terrain qui avait servi de camp militaire. La construction définitive de cet hôpital, tel qu'il existe actuellement, a été terminée en 1936.

A la fin de la deuxième guerre mondiale, les autorités françaises avaient accéléré, le rythme de construction des établissements hospitaliers au Maroc. Durant cette période¹, l'hôpital Maurice Gaud à Casablanca dont la construction a été retardée en raison de la guerre avait atteint son stade final d'achèvement. D'autres hôpitaux ont vu le jour à Oujda, Meknès et Rabat avec l'ouverture de l'hôpital Avicenne (Ibn Sina) en 1953. L'hôpital d'El Ank à Casablanca et l'hôpital Cocard de Fès furent modernisés. Par ailleurs, deux hôpitaux furent construits à Safi et à Essaouira. En 1949, l'hôpital ophtalmologique de Salé avait été opérationnel pour accueillir ses premiers patients, ainsi qu'un grand sanatorium à Azrou et un préventorium à Ben Ahmed. Le tableau ci-dessous retrace l'évolution de l'infrastructure sanitaire au Maroc pendant la période coloniale.

Tableau 8 : La santé publique en chiffres

	1912	1956	1969
Hôpitaux	1	91	
Dispensaires, centres de santé, salles de visite	0	411	
Nombre de lits	163	17 319	67,65 pour 100 000 h
Etablissements hospitaliers			
Spécialisés	0	26	
Infirmes	2	69	
Médecins	1 pour 100 000 h	3,6 pour 100 000 h	
Pharmaciens			3,45 pour 100 000 h
Dentistes			1,73 pour 100 000 h
Personnel paramédical			30,5 pour 100 000 h

Source : La santé publique en chiffres M.S.P., 1969, cité par N. BENNANI et M. CHARKOUNE : Evolution de l'infrastructure hospitalière au Maroc depuis 1956, mémoire de fin d'études. M.S.P., Rabat, 1982.

¹ MOUSSAOUI.D, BATTAS.O et CHAKIB.A, Histoire de la médecine au Maroc pendant le Protectorat, 28 mars 1992, la Société française d'Histoire de la Médecine.

Après l'indépendance, les autorités marocaines chargées de la santé publique, conscientes des problèmes hérités du protectorat, se sont données deux guides d'action¹ :

- Intensifier la formation des cadres sanitaires, car le protectorat avait formé peu de médecins. Le seul emploi auquel, pendant longtemps, pouvaient prétendre les marocains était celui d'aide sanitaire.
- Réorienter le système de santé publique dans le sens du développement du réseau d'action ambulatoire, avec visée sur la prévention ; ce qui permettrait de corriger les inégalités entre le rural et l'urbain et de prendre en charge les besoins de toute la population qui s'exprimaient avec de plus en plus d'ampleur. C'est la conférence nationale de la santé publique de 1959, regroupant les 80 médecins marocains de ce secteur, qui jeta les bases du nouveau système. Puis dans les années 60, les nouvelles orientations ont été précisées davantage et des normes élaborées pour l'encadrement de la population. D'autre part se sont ouvertes des écoles de formation professionnelle (adjoints de santé), puis en 1962 la Faculté de médecine de Rabat et en 1973 celle de Casablanca.

Durant les premières années de l'indépendance, le ministère de la santé publique a accentué le rythme d'implantation des hôpitaux sous la pression de la nécessité. Cette politique n'a pas été suivie d'une vision claire et rigoureuse. En conséquence on a assisté à une diversité très grande de l'hôpital, aussi bien en ce qui concerne sa taille que sa destination ou son mode de fonctionnement. Leur implantation a été faite en majorité dans les centres urbains et ce n'est qu'à partir de 1972 qu'on a tenu compte de la nécessité d'un système hospitalier de santé publique comprenant quatre types de niveau d'action : CHU et national, régional, provincial et de zone. A l'exception des urgences, tout malade dont l'état nécessite le recours à l'hôpital devait être acheminé d'abord dans un service correspondant à un hôpital de zone (norme : 1 pour 200 à 250.000 h), le plus proche de son lieu de résidence habituelle, d'où il peut être acheminé en cas de besoin vers la formation supérieure. En pratique cette codification a eu des effets limités car il y a une insuffisance notoire des hôpitaux de zone : selon les normes il en faudrait 80 à 100 et il n'y en a que 11. L'hospitalisation se fait donc souvent au niveau provincial, sinon régional, et les habitants de Casablanca et de Rabat, eux, ont un accès direct aux C.H.U.

¹ Nicolas BREJON de LAVERGNEE, de l'hôpital aux soins de santé de bas : le cas du Maroc

Tableau 9 : L'infrastructure hospitalière au Maroc en 1983

	CHU et hôpital 1983				
	Régions	National	CHR	CHP	Total des zones
Nord-Ouest	9	0	12	5	26
Centre	4	2	11	1	18
Centre-Nord	0	6	3	1	10
Sud	0	2	7	1	10
Centre-Sud	0	3	3	3	9
Tensift	0	6	3	0	9
Oriental	0	2	1	0	3
Total	13	21	40	11	85
Par type en %	15,29	24,71	47	13	100

Source : Annuaire statistique du Maroc, 1984.

Cette période a été essentiellement consacrée à la mise en place des infrastructures de base, la rationalisation des ressources et la lutte contre les épidémies. Durant la période 1980-1990, le Maroc s'est engagé en faveur de la déclaration d'Alma-Ata¹ relative à la politique des soins de santé primaires, cet engagement a été concrétisé à travers le plan quinquennal de développement 1981-1985. Durant cette période un grand chantier a été réalisé en matière des structures sanitaires de base et au développement des programmes sanitaires. La déclaration d'Alma-Ata s'est fixée comme objectif d'intégrer l'hôpital public dans les politiques et les stratégies nationales de santé. Cette situation concernait particulièrement les pays en voie de développement qui avaient fait de grandes avancées dans la lutte contre les épidémies et les maladies transmissibles et qui allaient entrer dans une phase de transition sanitaire mais dont les réseaux hospitaliers étaient restés en marge du développement. C'est ainsi que la déclaration de Hararé² est venue annoncer le système de santé du District comme modèle d'organisation des soins autour des hôpitaux de proximité. Les gouvernements des pays en voie de développement géraient à peine les conséquences économiques fâcheuses des stratégies

¹ La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata 12 septembre 1978, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

² La conférence internationale organisée par l'OMS, les 3-7 août 1987, qui s'inscrivait dans le fil de la conférence d'Alma Ata (1978) en faveur des soins de santé primaire, se clôtura par une déclaration aujourd'hui connue comme la Déclaration de Harare. Cet événement a marqué les systèmes de santé de nombreux pays pauvres en établissant le modèle du district sanitaire comme stratégie de référence pour organiser et développer les services de santé. Cette stratégie a été particulièrement structurante pour l'Afrique rurale.

d'ajustement structurel, imposées par les instances financières mondiales, et ne pouvaient donc supporter des investissements hospitaliers lourds.

Depuis, deux modèles d'organisation ont été mis à l'œuvre dans un certain nombre de pays :

- Un modèle centré sur l'hôpital et qui s'ouvre de plus en plus sur des activités de prévention et de promotion de la santé publique ;
- Un modèle pyramidal qui est régi par une hiérarchisation de l'offre de soins comme c'est le cas pour le Maroc. Ce modèle organise le système de soins autour des services de santé de premier échelon.

En 1989, et suite au développement de la réflexion autour des soins curatifs, notamment hospitaliers et le poids qu'ils ont sur la dépense publique de santé, le Ministère de la Santé a réalisé la première étude sur le financement des soins, ce qui annonçait déjà le souci des autorités sanitaires marocaines par rapport à la problématique du financement des soins de santé.

Dès 1993, date à laquelle la Banque Mondiale avait sorti son fameux rapport sur la santé « Investir pour la Santé », une réflexion est née à propos de la nécessité d'engager une réforme sectorielle de la santé. Une restructuration des services centraux du Ministère de la Santé en 1995 a été considérée comme annonciatrice de la réforme. Les principaux volets de cette restructuration ont concerné la création de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA) pour être le principal interlocuteur des établissements hospitaliers et pour piloter la réforme hospitalière, ainsi que la création de la Direction du Médicament et de la Pharmacie (DMP) et Direction de la Réglementation et du Contentieux (DRC).

Mais la réflexion est restée à ce niveau jusqu'en 1997, date à laquelle le Gouvernement au nom de son département de la santé a contracté un prêt de la Banque Mondiale d'un montant de 66 Millions de Dollars US, destiné à financer le projet de Financement et de Gestion du Secteur de la Santé qui supporte une bonne partie de la réforme de santé dont la réforme hospitalière.

Depuis 2001, c'est la période de lancement des chantiers des réformes de la santé dont la réforme hospitalière et la réforme du financement constituent les piliers. Le Ministère de la Santé s'est engagé dans cette ambitieuse réforme qui permettra au secteur de la santé d'être au rendez-vous des défis du troisième millénaire et particulièrement de la mondialisation. Ces réformes s'inscrivent dans le cadre du Programme des Réformes Economiques et Sociales (PRES) qui mobilise actuellement tous les secteurs sociaux productifs et pour lesquels le Maroc a contracté un prêt d'une valeur de 250 Millions de Dollars US.

Cette chronologie du développement du réseau des hôpitaux publics revêt une importance capitale pour la compréhension de l'impact des équilibres macroéconomiques sur le développement du réseau et des soins hospitaliers. Qu'en est-il de l'offre de soins et des programmes de développement sanitaire au Maroc?

I.1.3. Le système de santé marocain

Dans sa constitution de 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Par cette définition, on comprend rapidement que la santé n'est plus définie comme l'inverse de la maladie. Elle intègre le physique, le mental et le social, c'est à dire qu'elle présente la santé dans sa globalité. Cela implique un équilibre entre ces trois composantes. Cependant aucun intérêt opérationnel ne paraît en découler puisqu'elle définit un état idéal, inconnu et qui ne peut donc servir à fixer les objectifs précis à une action sanitaire.

Pour répondre, au mieux, à la demande de santé, chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation qui coordonne l'activité des professionnels de santé avec celle des différents partenaires contribuant au financement du système de soins. Cet agencement complexe constitue le système de santé. En d'autres termes, le système de santé couvre l'ensemble des moyens organisationnels, humains, structurels et financiers destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé. Selon L'OMS¹ «un système de santé inclut toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé».

Le ministère marocain de la santé² définit le système de santé comme étant un «ensemble de ressources humaines, matérielles, financières, des institutions et des activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population». Le système de santé a pour finalité de répondre aux besoins de la population en assurant les quatre fonctions suivantes :

- ♦ la restauration de la santé qui correspond à la distribution de soins à l'individu malade ;
- ♦ la prévention qui se propose pour éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou accidents ;
- ♦ la promotion de la santé qui élargit le concept de prévention ; elle met à la disposition des populations les moyens d'augmenter leur capital santé ;

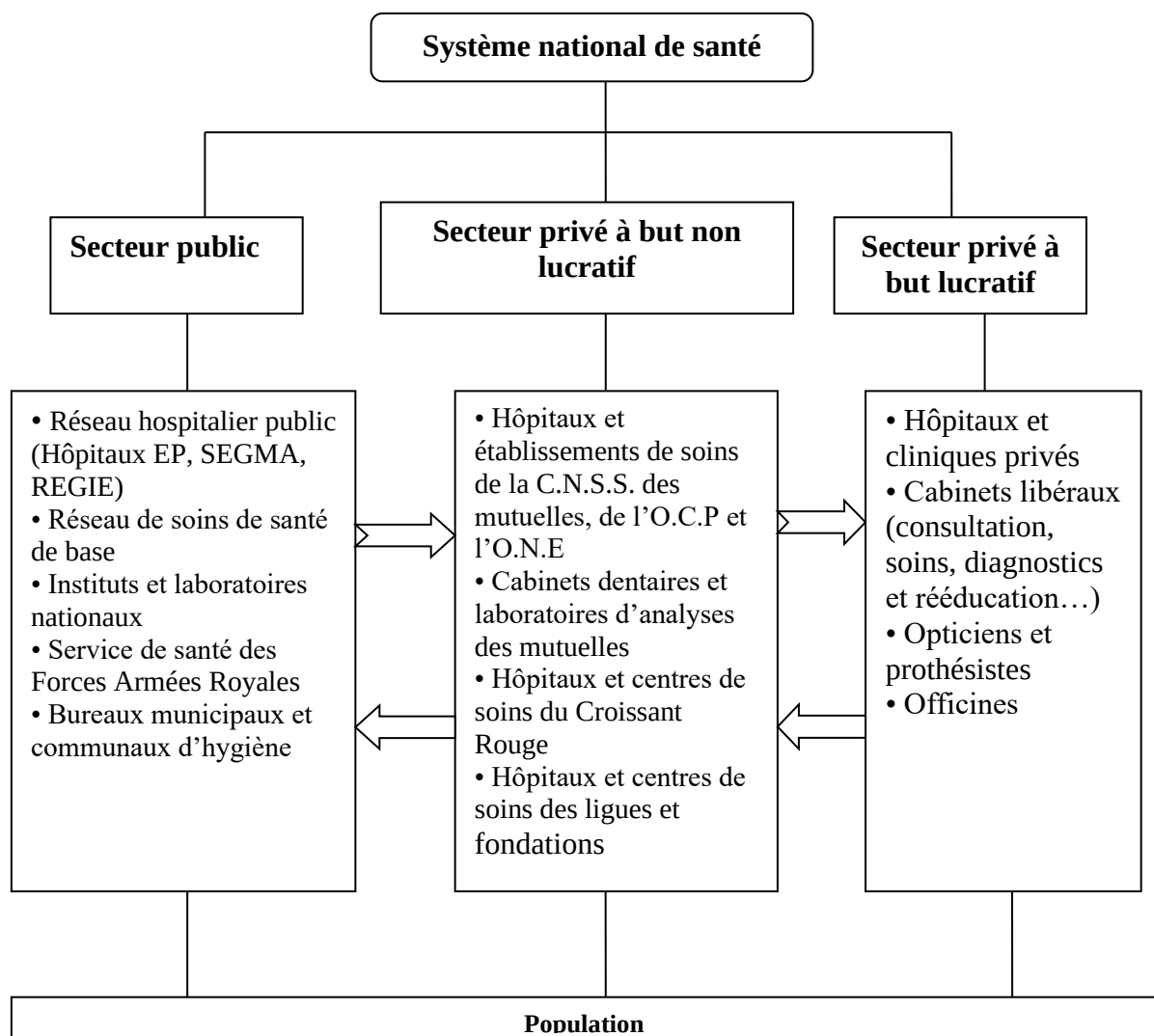
¹ Définition de l'OMS 2000.

² Selon le projet de loi du ministère de la santé relatif au système national de santé et à l'offre de soins.

- ♦ l'éducation pour la santé qui a pour objectif de mettre à la portée de tous l'information nécessaire à des choix adaptés à la santé présente et future.

Au Maroc, le système de santé repose sur deux pôles – le secteur public représenté essentiellement par les services du ministère de la Santé et ceux des forces armées royales, et le secteur privé à but lucratif et à but non lucratif. Le ministère de la santé est responsable de l'exécution de la politique de santé du gouvernement sur les 12 régions sanitaires ainsi que dans les provinces et préfectures médicales correspondant à celles du découpage administratif. Sur chaque région est nommé un directeur régional chargé de coordonner le développement sanitaire de la région, et à la tête de chaque province, un délégué du ministère de la santé est en charge d'appliquer la politique de santé au niveau de son territoire.

Figure 6: Système national de santé



En matière de l'infrastructure, le Maroc a réalisé des efforts louables et un développement important. En termes d'établissements de soins de santé primaires, le nombre s'élève à 2 600 et 144 en ce qui concerne les hôpitaux publics avec une capacité litière de 22 000 lits et 373 cliniques privées, soit près de 10 300 lits. Le tableau ci-dessous retrace l'évolution de l'infrastructure sanitaire au Maroc.

Tableau 10 : L'évolution de l'infrastructure sanitaire au Maroc

Public		
	3 818	Généralistes
Corps Médical	7 414	Spécialistes
Corps paramédical	29 738	
Corps technique	1 340	
Corps administratif	4 148	
Centres de santé urbains	831	
Centres de santé ruraux	1 270	
Hôpitaux	148	21 692 lits
Hôpitaux psychiatriques	10	1 146 lits
Centres d'hémodialyse	106	1 995 Appareils dialyse
Privé		
	4 624	Généralistes
Corps Médical	7 518	Spécialistes
Cliniques	356	9 719 lits
Cabinets de consultation médicale	9 475	
Cabinet de radiologie	276	
Cabinets dentaires	3 121	
Officines de pharmacie	8 914	
Cabinet de laboratoire	531	

Source : Ministère de la santé Maroc 2018

Malgré l'amélioration de l'infrastructure sanitaire en termes quantitatifs, le développement du secteur demeure insuffisant, pour plusieurs raisons :

- En termes de proximité, plus de 20% de la population se trouve encore à plus de 10 km d'une formation sanitaire et les indicateurs de disponibilité et d'utilisation des services sont nettement en défaveur du secteur rural.
- La pénurie des ressources humaines : on note que pour les médecins, le taux de couverture reste trop faible, on enregistre 6,2 pour 10 000 habitants et celle des personnels infirmiers demeure inférieure à 9,7 pour 10 000 habitants.

- La répartition géographique : 38%¹ des médecins hors CHU sont présent sur les deux régions de Rabat-salé Zemmour Zaer et Grand Casablanca.
- En matière de financement, les dépenses globales consacrées à la santé, selon les comptes nationaux de santé, ont atteint 47,8 milliards de dirhams en 2010 contre 19 milliards en 2001, soit une augmentation des dépenses de santé par habitant de 59 dollars US en 2001, à 181 dollars US en 2010 soit 6,2 %² du PIB. Cette progression est toujours en dessous de la moyenne mondiale, c'est-à-dire celle de pays membres de l'OMS qui est de 302 dollars US par habitant. Les dépenses relatives à la santé représentent 5,2% du budget de l'Etat, le budget national consacré à la santé demeure en dessous des normes requises par l'OMS.
- La couverture médicale n'est pas encore généralisée, une part importante de la population ne bénéficie pas du régime de couverture médicale (en 2010, le RAMED n'était pas généralisé et aujourd'hui le secteur informel et les indépendants ne sont toujours pas couverts).

En partant des résultats affichés ces dernières années, par le système de santé marocain, le gouvernement affirme que l'état de santé de la population a connu une importante évolution³. L'amélioration des conditions de vie et d'accès aux soins avait pour conséquence l'amélioration de nombre d'indicateurs démographiques et épidémiologiques⁴ : maîtrise de l'accroissement démographique, plus grande longévité, baisse de la charge des maladies transmissibles et augmentation de la charge des maladies chroniques et des traumatismes.

Le système de santé marocain hérité du protectorat français a connu une évolution plus lente. Cependant, il est important de rappeler que la moitié des établissements hospitaliers ont vu le jour après l'indépendance. La capacité litière totale a enregistré une augmentation, mais la distribution de ces lits laisse apparaître une grande disparité entre régions et entre milieux. De manière générale, l'offre hospitalière n'évolue pas en parallèle avec l'évolution générale de la population.

Sur le plan de la mise en place des infrastructures sanitaires, le Maroc a certes déployé des efforts importants. Néanmoins, eu égard aux attentes du citoyen, ces efforts demeurent

¹ Santé en chiffre, édition 2014. Ministères de la santé

² Stratégie de coopération Maroc-OMS 2017-2021.

³ Les autorités de tutelle ont avancé quelques chiffres et indicateurs pour illustrer le développement réalisé ces dernières années : l'espérance de vie à la naissance atteint 75,8 années en 2015 contre 71,1 années en 2004. Le ratio de la mortalité maternelle a reculé de 35% entre 2010 et 2016, passant de 112 à 72,6 pour 100 000 naissances vivantes.

⁴ Ministre de la santé, Plan « santé 2025 »

insuffisants. Cette insuffisance combinée avec la mauvaise gestion constitue un frein à la performance de l'hôpital public. L'hôpital a été un champ d'application de divers modes de gestion. Le New Public Management comme mode de gestion de l'hôpital public mérite une attention particulière.

Section II. La nouvelle gestion publique dans le contexte hospitalier marocain

Le fonctionnement et l'organisation de l'administration publique, ont connu un profond changement au début des deux dernières décennies du 20^{ème} siècle, cette mutation, a été couronnée par l'introduction d'un nouveau concept, celui de New Public Management (NPM) ou la nouvelle gestion publique. La construction théorique de ce nouveau concept a été étayée par les acquis de la révolution managériale du secteur privé qui a permis, à la fin des années 1970 et au début des années 1980, une adaptation du management public au contexte économique¹. Une croyance s'est répandue dans le monde des affaires, selon laquelle, « le privé fonctionne mieux que le public » ce constat est affirmé surtout avec une période de croissance vertigineuse des dépenses publiques. La volonté a été de transposer les règles managériales du secteur privé au secteur public.

II.2.1. Les principes de la nouvelle gestion publique

Les principes généraux de la démarche du NPM visent, à implanter des méthodes de décision et de gestion reposant sur une « approche de marché » dans la gestion des affaires publiques et de renouveler la gestion traditionnelle des processus bureaucratiques, en s'inspirant des techniques d'amélioration continue telles que l'assurance qualité. Cinq processus de transformation, selon Finger², sont susceptibles de caractériser la nouvelle gestion publique : la distanciation, l'autonomisation de l'administration vis-à-vis de la politique traditionnelle, le rapprochement de l'administration vis-à-vis du citoyen, qui de ce fait devient également client, la dynamisation et la transformation organisationnelle de l'administration, la décentralisation et l'orientation plus grande vers les résultats.

Le politique fixe les objectifs, les organisations publiques cherchent librement à les atteindre. Nous assistons à une décentralisation de l'État, grâce à la création d'agences publiques sous

¹ Rochet C. 2007. Le management public comme science morale : un programme de recherche pour le management public, Université Paul Cézanne, Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille III, Habilitation à diriger des recherches en sciences de gestion, p.47-48, p.195.

² Finger M., Ruchat B. (1997). Le New Public Management : Etat, administration et politique, in « Pour une nouvelle approche du management public. Réflexion autour de Michel Crozier », Ed. Séli Arslam, p.32-55.

contrat. Les cinq processus préconisés par Finger faisaient l'objet des réformes et ont été mise de l'avant à travers le monde, ces réformes ont pris différentes formes :

- La sous-traitance, la privatisation et les partenariats Public-Privé (PPP).

Ces trois éléments consistent à transférer les responsabilités autrefois assumées par l'État vers des acteurs du secteur privé, que ce soit sous forme de ventes totales ou partielles d'actifs publics, de contrats visant la délégation de tâches ou encore de partenariats redéfinissant les responsabilités de l'État et des acteurs privés.

- La décentralisation, l'autonomisation et la mise en compétition des unités administratives.

Ces trois types de réformes sont fondamentaux à la NGP et traversent l'ensemble de la littérature sur le sujet¹. L'analyse la plus systématique du phénomène de décentralisation est fournie par Troupin, Verhoest et Rommel, qui la définissent par la présence de deux caractéristiques : la désagrégation et l'autonomie. La désagrégation concerne le lien formel qui unit une administration publique à l'État. Plus ce lien est lâche, plus l'unité administrative est susceptible de détenir une personnalité juridique distincte.

Le concept d'autonomie, pour ces trois auteurs, désigne la « capacité décisionnelle propre »² de l'administration publique et « l'absence de limitations à la mise en œuvre de cette capacité décisionnelle ». La décentralisation implique généralement une délégation de pouvoirs vers des niveaux géographiques ou hiérarchiques inférieurs. Celle-ci se manifeste fréquemment par la constitution d'agences publiques ou semi-publiques dotées d'une autonomie décisionnelle et opérationnelle plus grande que les administrations publiques directement rattachées à un ministère. Elle s'exprime également par la généralisation des conseils d'administration au sommet d'entités publiques qui en étaient jusqu'alors dépourvues.

- La gestion par résultats

Si la NGP est souvent décrite comme s'inspirant des techniques de gestion du secteur privé, c'est également en raison de l'importance qu'elle accorde à l'atteinte de résultats quantitatifs, donc mesurables, en tant qu'indicateurs de gains d'efficacité et d'efficience. Parmi ces techniques et systèmes de gestion, nous retrouvons par exemple le recours au *benchmarking*, lequel consiste à trouver les meilleures pratiques au sein d'organisations leaders dans leur domaine, qu'elles soient publiques ou privées, pour les importer dans une organisation donnée.

¹ Desrochers. D, La nouvelle gestion publique : une manifestation des transformations néolibérales du pouvoir, Université du Québec Montréal, Février 2016.

² Troupin S., Verhoest K., Rommel J. 2010. "Décentralisation fonctionnelle ? Leçon d'expériences internationales ». Dans Le Paraétatisme. Nouveaux Regards sur la Décentralisation Fonctionnelle en Belgique et dans les Institutions Européennes. Jadoul P., Lombaert B., Tulkens F. (eds.) Bruxelles, 19 Novembre 2010, p. 307-345.

La gestion par résultats implique aussi généralement l'obligation pour tous les ministères et organismes publics d'établir un plan stratégique.

Plusieurs pays du monde ont rapidement introduit les nouveaux principes de la nouvelle gestion publique dans les administrations et les services de l'Etat, nous citons, ici, certains pays dont les expériences sont distinguées:

Les pays scandinaves sont les pionniers en matière de la nouvelle gestion publique. Ces pays sont allés plus loin dans l'application des règles du New Public Management. La Suède représente un exemple type. Dans ce pays, à chaque ministère est attribué un budget global qu'il répartit entre des agences autonomes placées sous sa direction. Celles-ci disposent elles-mêmes d'un budget global et d'une large autonomie en matière de gestion. Les objectifs sont assignés par le Parlement aux ministres et par les ministres aux agences qui doivent rendre compte de leurs résultats. Chaque ministère et chaque agence tiennent une comptabilité patrimoniale et une comptabilité de gestion.

En Amérique du nord, aux Etats-Unis, après la fin de la 2^{ème} guerre mondiale, la commission Hoover recommandait de mettre en place des « budgets de performance » fondés sur « les fonctions, les activités et les projets ». Quelques années plus tard, les Américains avaient officialisé le management par objectif et les budgets base zéro¹. Une comptabilité d'exercice et une gestion budgétaire appuyée sur des indicateurs de performances ont été mises en place à partir des années quatre-vingt-dix. Les agences indépendantes existent depuis longtemps aux Etats-Unis et les dirigeants de certaines d'entre elles, directement responsables devant le Congrès, ont un statut proche de celui d'un ministre dans d'autres pays.

Au Royaume-Uni, la fourniture de nombreux services publics, notamment la gestion d'infrastructures, a également été confiée à des sociétés privées dans le cadre de « *partenariats publics privés* ». Des réformes semblables, inspirées par la nouvelle gestion publique, ont été réalisées dans d'autres pays, comme le Canada, les Pays-Bas et l'Australie. Le tableau ci-dessous met en comparaison l'administration de type wébérienne et le New Public Management.

¹ BBZ consiste à reconstruire complètement les budgets sans partir de ceux de l'année précédente.

Tableau 11 : Comparaison des administrations de types wébérienne et NGP

	Administration wébérienne	Administration NMP
Objectifs	Respecter les règles et les Procédures ;	Atteindre les résultats, satisfaire le client ;
Organisation	Centralisée (hiérarchie fonctionnelle, structure pyramidale) ;	Décentralisée (délégation de compétences, structuration en réseau, gouvernance) ;
Partage des responsabilités politiciens/administrateurs	Interdépendance des fonctions politiques et administratives ;	Plus grande séparation des deux domaines ;
Exécution des tâches	Division, parcellisation, spécialisation ;	Autonomie
Recrutement	Concours ;	Contrats ;
Promotion	Avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme ;	Avancement au mérite, à la responsabilité et à la performance ;
Contrôle	Indicateurs de suivi ;	Indicateurs de performance ;
Type de budget	Axé sur les moyens.	Axé sur les objectifs.

Source : inspiré de Amar-Sabbah, Anne. (2007). Le Nouveau Management Public : Avantages et limites. Gestion & Management Public, Recemap.

Qu'en est des tentatives du NMP dans le contexte hospitalier ? A-t-il atteint les résultats attendus ?

L'analyse des résultats de quelques expériences étrangères nous semble d'une grande utilité.

II.2.2. La nouvelle gestion publique dans les établissements hospitaliers

Dans la première moitié du vingtième siècle, le système de santé était principalement axé sur la mise en quarantaine des patients (isolement) plutôt que sur le traitement¹. L'explosion de l'Etat social après la Seconde Guerre mondiale a réorienté et considérablement élargi la portée des services de santé et les responsabilités de l'État en matière de gestion de l'état de santé de la société. L'état de bien-être de l'après-guerre est né des leçons de la guerre et de la dépression économique qui ont précédé le conflit militaire mondial. Pendant au moins deux décennies (années 1950 et 1960), il a permis aux pays occidentaux de combiner de manière efficace l'économie de marché avec une protection sociale étendue et d'atténuer les défaillances du marché. La crise économique des années 1970 qui a affecté toutes les économies occidentales a toutefois invoqué la disparition de l'État providence et favorisé la transformation des systèmes

¹ Dodds, A. *Comparative Public Policy*, Basingstoke: Palgrave Macmillan 2013.

de soins de santé publics¹. La réponse politique la plus influente à la crise de l'Etat providence est née de la théorie néolibérale de l'économie, de l'État et de la société. Les fondements de cette doctrine traduisent le «recul de l'État», c'est-à-dire le déclin des dépenses publiques (en particulier pour les services sociaux), la sous-traitance des services publics, la privatisation et la déréglementation. Dans la théorie de l'administration publique, cette nouvelle version du laisser-faire du libéralisme classique a été conçue comme une nouvelle gestion publique.

Les systèmes de santé, en tant qu'élément crucial de l'Etat providence, ont également été ciblés par les réformes de la nouvelle gestion publique (NGP). Tous les éléments clés du nouveau programme de gestion publique ont été pris en compte dans les réformes des soins de santé, bien que dans des proportions diverses. Les réformes des organisations de santé conduites par la NGP « ont cherché à stimuler la gestion d'entreprise hospitalière en s'appuyant sur les forces du marché plutôt que sur la planification et en introduisant des mécanismes solides de mesure et de suivi de la performance »². En outre, « les structures de gouvernance des hôpitaux publics dans certains pays ont été reconfigurées, en créant des conseils de surveillance quasi indépendants qui pourraient prendre toute une gamme de décisions opérationnelles et financières sans obtenir une approbation politique directe. Des gestionnaires d'hôpitaux publics ont été embauchés avec des compétences professionnelles qui manquaient souvent aux hommes politiques, aux fonctionnaires et aux administrateurs publics ». L'introduction de la nouvelle gestion publique a permis de transformer les patients en clients sur le marché de la concurrence réglementée. Un autre élément crucial du programme de la NGP pour les soins de santé est le rôle croissant des prestataires privés de services de santé³.

II.2.2.1. Expérience française : une réforme de l'hôpital public inspirée de la NGP

Le fonctionnement de l'hôpital public français a été marqué par l'organisation hiérarchique « légale-rationnelle », inspirée du modèle wébérien, jusqu'à la fin de la première décennie du 21^{ème} siècle. Ce modèle est présenté comme étant théoriquement le plus adéquat pour remplir une mission de service public. Pourtant, ce modèle d'organisation et de gestion au sein de l'hôpital public français est critiquable pour plusieurs raisons⁴. Nous citons, entre autres : le

¹ Hemerijck A. Changing Welfare States, Oxford: Oxford University Press 2012.

² Saltman, R.B., Durán, A. and Dubois, H.F.W. Governing Public Hospitals Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen. 2011.

³ Blank, R.H. and Burau V. (2014). Comparative Health Policy (Fourth Edition), Basingstoke: Palgrave Macmillan.

⁴ Commission LARCHER, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, rapport de la commission de concentration sur les missions de l'hôpital, mars 2008.

coût trop élevé du service rendu par l'hôpital public et les insuffisances enregistrées de façon récurrente dans la gouvernance des établissements hospitaliers.

❖ Un coût trop élevé du service public de santé

Les principales critiques qui ont été formulées à l'encontre de la gestion de l'hôpital public français étaient liées aux coûts élevés des sévices publics de santé. La France a vu les dépenses de la Sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie pour des soins assurés dans les hôpitaux entre 1998 et 2008, augmenter de près de 50%¹; ce qui représente approximativement 23 milliards d'euros de plus pour l'hôpital et les cliniques sur cette période de dix années. Ainsi, en 2007, les dépenses de santé par habitant se sont élevées à 3.601 dollars américains en France, ce qui est nettement au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE, dont le montant était alors de 2.984 \$ (OCDE, 2009). Cette situation est traduite dans le cadre de la nouvelle gestion publique NGP par le fameux « cercle vicieux bureaucratique »².

L'origine du « cercle vicieux bureaucratique »³ réside dans l'imperfection des règles de fonctionnement qui ne prévoient pas toutes les situations et laissent, en conséquence, à certains individus (agents de l'administration) la possibilité d'évoluer dans des « zones d'incertitude ». Tout au long de la ligne hiérarchique (au sens de Mintzberg), les individus chercheraient sans cesse à étendre leur pouvoir et leur champ de compétence et, ainsi, à justifier l'accroissement perpétuel des budgets qui leur sont alloués, au lieu de se concentrer sur la mission pour laquelle leur administration a été créée. La rétention de l'information (relative aux besoins réels de l'organisation) aux échelons de base et sa non-diffusion vers les échelons hiérarchiques supérieurs, empêchent donc les responsables politiques et administratifs de prendre les bonnes décisions, notamment en matière budgétaire, leur rationalité étant limitée aux flux d'informations partiels qu'ils reçoivent. Pour le cas de l'hôpital public en France, les tenants de la NGP avancent que l'inflation budgétaire, reconnue et dénoncée au sommet de l'Etat, est due principalement à l'inefficience du modèle bureaucratique (développé par Max Weber) qui régit le fonctionnement de cette organisation. Le modèle mis en place jusqu'à présent conduirait sans doute à un gaspillage de ressources financières et humaines.

Le mode de gouvernance, lui-même, n'a pas échappé aux critiques formulées à l'encontre des hôpitaux publics. Les arguments avancés sont liés à l'inadéquation de la NGP en tant que mode de gestion à l'hôpital public.

¹ Nicolas Sarkozy, discours du 09 janvier 2009 à Strasbourg.

² Merrien, F. La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique. Lien social et Politiques, 1999.

³ La notion de « cercle vicieux bureaucratique » a été développée en France par Michel Crozier et Erhard Friedberg, et aux Etats-Unis par James Buchanan et Gordon Tullock

❖ Un style de gestion inadéquat de l'hôpital public

La Commission Larcher a dévoilé les insuffisances et les limites du mode de gouvernance de l'hôpital public français d'avant 2009. Les remarques ont porté essentiellement sur la définition du rôle et des missions de chacun, au niveau de la structure de l'entité hospitalière¹ :

- ♦ La nomination des directeurs et les cadres hospitaliers est décidée uniquement par le ministre de la Santé ;
- ♦ L'évaluation des directeurs d'hôpitaux relève de la compétence des autorités de tutelle, ils n'ont pas de compte à rendre à leurs conseils d'administration respectifs ;
- ♦ Le Conseil d'administration de l'hôpital ne dispose d'aucun pouvoir financier, étant de surcroît généralement présidé par le Maire de la commune concernée ;
- ♦ Enfin, le directeur de l'hôpital ne dispose d'aucune autorité administrative vis-à-vis des médecins exerçant au sein de son établissement.

L'ensemble de ces critiques convergent vers l'idée qu'avant la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST), le pouvoir est éclaté au sein de l'hôpital public. En raison de cette dispersion de l'autorité, le processus de décision est long et complexe, car influencé par de fortes contraintes internes et externes.

Deux études, menées respectivement par Éric Molinié², et la DREES³, ont révélé que la complexité du processus de gestion est aggravée par la multiplication d'intervenants extérieurs impliqués dans la gestion administrative et financière de l'hôpital : ARH (Agence régionale de l'hospitalisation), Assurance maladie, Etat, Conseils généraux, Communes, etc. Ce mode de gouvernance, à forte complexité, est à l'origine de divers problèmes : charges de travail trop lourdes, organisation inefficace du travail et répartition peu rationnelle du temps de travail entre fonctions d'administration et fonctions de soin.

La loi HPST est bâtie sur la base des préceptes de la nouvelle gestion publique pour remettre en cause le système Wébérien en vigueur, au sein de l'hôpital public, jusqu'à la réforme de 2009. Cette remise en cause de l'ancien modèle organisationnel est justifiée par son incapacité à promouvoir une gestion administrative et financière efficace de l'hôpital public. La loi HPST réformant l'hôpital public en France trouve l'essentiel de son inspiration dans un ensemble

¹ Améziante Ferguene, Le New Public Management et la réforme de l'hôpital public en France avec la loi HPST, Colloque international sur « L'administration publique en Algérie : entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation : *Regards croisés sur les bonnes pratiques internationales* » Université Constantine 2, en collaboration avec le CREXE-Canada et le CREAD-Algérie, Constantine, les 28 et 29 avril 2014.

² Molinié Éric, « L'hôpital public en France : bilan et perspectives », Conseil économique et social, Section des affaires sociales, Paris.2005.

³ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

d'idées et d'analyses regroupées sous le nom de New Public Management traduit par « la nouvelle gestion publique ». La loi HPST, a prévu le regroupement des hôpitaux publics au sein de CHT (communautés hospitalières de territoire), cette mesure avait pour objectif de permettre une mutualisation des moyens, condition d'une économie de coûts : la spécialisation de chaque établissement hospitalier dans un type de soins déterminé étant censée remédier aux fameux « doublons » qui reviennent chers et qui apportent peu en termes d'accès aux soins.

Un autre apport de la HPST est relatif aux attentes de plus en plus fortes des citoyens/contribuables en termes de plus grande qualité des services publics. Ces attentes sont relayées au niveau des politiques publiques par l'affirmation nouvelle mais insistante d'une responsabilité des gestionnaires des services publics envers les usagers, envisagés désormais comme des clients ou des consommateurs qui sont en droit d'exiger une performance minimale des services qui leur sont rendus en contrepartie des impôts et charges sociales qu'ils acquittent. Dans ce cadre, il est de plus en plus question de « transparence de gestion », d'« indicateurs de qualité », d'« audit citoyen » et aussi de « rationalité économique », voire « performance financière ». C'est dire que l'une des justifications du nouveau mode de gestion publique qui se met en place réside dans la nécessaire introduction d'un contrôle externe rigoureux, fondé sur la double exigence de qualité et de maîtrise des coûts, seul moyen de remédier aux gaspillages et dérives associés à l'autorégulation qui a prévalu dans le passé dans l'administration et les services publics. A cet égard, soulignons qu'une des dispositions de la loi HPST concerne la réforme du mode de nomination des directeurs des hôpitaux. Ceux-ci, désignés par la tutelle jusqu'en 2009, sont désormais choisis par le patron de l'Agence Régionale de Santé (ARS), après leur sélection par le Centre national de gestion sur des critères purement managériaux (en principe). Les directeurs ainsi nommés bénéficient, toujours à la faveur de la réforme, d'un élargissement de leurs compétences pour leur permettre une gestion globale de leur établissement (dans le cadre d'objectifs précis définis par l'ARS). Par ailleurs, comme cela a été signalé précédemment, l'ancien Conseil d'administration de l'hôpital est remplacé par un Conseil de surveillance, chargé de valider la stratégie de la direction et de surveiller sa mise en œuvre, un peu comme le conseil de surveillance d'une société anonyme qui valide la stratégie du directoire et surveille son exécution. Dans le cadre du contrôle de la bonne réalisation des objectifs fixés, est prévue une évaluation sur la base d'indicateurs de suivi et de performance, complétés par la certification des comptes, à l'instar de ce qui se passe dans les entreprises privées. Enfin, la modification du mode de rétribution des praticiens hospitaliers, instaurant une part de rémunération liée à leur activité, est une indication claire quant à la volonté de rapprocher la fonction publique hospitalière du secteur privé de santé.

II.2.2.2. L'expérience canadienne

Au Canada, la nouvelle gestion publique a été largement acceptée comme la tendance actuelle de l'administration publique. Hood¹ note que cette tendance est liée à quatre catégories, à savoir les tentatives de réduction des dépenses, le passage à la privatisation et à la quasi-privatisation, le développement de l'automatisation et enfin un programme plus international. Les principes de la NGP ont largement influencé la réforme de la santé au Canada menée au cours des 20 dernières années. Les soins de santé canadiens ont été principalement axés sur les deux catégories précédentes, à savoir la réduction des dépenses et le passage à la privatisation. Le système public de soin de santé a toujours été fortement soutenu (Stuart et Adams)² et le Conseil canadien de la santé a reconnu, en 2013, que le système actuellement mis en place n'est pas viable. La volonté du gouvernement canadien de réduire les dépenses de santé oblige le secteur public de passer d'un modèle bureaucratique à un modèle de gestion. Largement influencé par les principes de la NGP, la performance et la gestion stratégique ont pris une place centrale dans le nouveau modèle. La nouvelle orientation du gouvernement canadien de basculer vers le nouveau modèle est justifiée par le fait que le modèle traditionnel d'administration publique, était principalement axé sur les objectifs à court terme et la perspective intérieure. Inversement, une perspective stratégique implique la définition d'objectifs clairs, la relation de l'organisation avec son environnement externe et l'établissement d'une perspective d'orientation à plus long terme³. Les mécanismes de la nouvelle réforme de la santé au Canada ont été publiés dans une série de rapports et d'accords.

Dans son rapport de 2003, le premier ministre a mis l'accent sur quatre indicateurs de performance, qui ont été suivis tout au long de la réforme décennale. La publication des données de performance est «l'une des nombreuses évolutions soulignant l'importance stratégique croissante de l'information en tant que ressource»⁴. Les indicateurs de performance retenus sont : i) les indicateurs d'accès opportuns permettant de réduire les temps d'attente pour des procédures spécifiques ; ii) les indicateurs de qualité pour la sécurité des patients, la satisfaction et les résultats pour la santé ; iii) les indicateurs de durabilité, également appelée efficacité et effectivité, qui comprenait les ressources humaines en santé, les équipements, les systèmes

¹ Hood, C. A Public Management for all Seasons? Public Administration, 1991.

² Stuart, N., Adams, J. The Sustainability of Canada's Healthcare System: A Framework for Advancing the Debate. Healthcare Quarterly. 2007.

³ Hughes, O. E. Public Management & Administration: An Introduction, 4th Edition. Hampshire, UK: Palgrave MacMillan. 2012.

⁴ Isaac-Henry, K., Panter, C., & Barnes, C. Management in the Public Sector: Challenge and Change, 2nd Edition. Birmingham, UK: International Thomson Business Press. 1997.

d'information et l'optimisation des ressources ; iv) les indicateurs traduisant l'état de santé et le bien-être, ainsi que l'état de santé général des Canadiens. Cet ensemble d'accords, de plans et d'indicateurs contraste clairement avec l'ancien modèle d'administration, qui se limitait à la planification prévisionnelle. Ces indicateurs traduisent l'existence d'un objectif global à long terme d'amélioration du système de santé, de la santé au Canada et de la réduction des dépenses globales.

II.2.2.2. L'hôpital public marocain à l'ère de la nouvelle gouvernance

A l'image d'autres pays, le ministère de la santé au Maroc a pour mission principale l'élaboration et la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé de la population. Il agit en coordination avec les départements concernés, en vue de promouvoir le bien-être physique, mental et social de la population, afin de concilier les orientations, harmoniser les objectifs et les actions qui contribuent à l'amélioration du système de santé marocain. Il agit dans l'objectif de garantir les ressources nécessaires à la prévention, au traitement et à l'assistance médicale au niveau national¹. Les premiers résultats de l'introduction des principes de la nouvelle gestion publique dans les établissements hospitaliers à l'étranger ont, semble-t-il, suscité l'intérêt des autorités de la santé au Maroc en vue de s'engager dans la recherche des voies d'amélioration de la gouvernance du système national de soin.

II.2.2.2.1. Modernisation de la gouvernance de la santé

La modernisation du secteur de santé au Maroc porte principalement sur trois dimensions : l'infrastructure, le système d'information et les ressources humaines. Trois grands chantiers se dessinent alors pour moderniser la façon dont le Maroc gouverne le secteur de la santé².

- Au niveau de l'infrastructure : la réforme du système de soin a mis l'accent sur la mise en place des structures et des capacités que la modernisation de la gouvernance impose. Cela comprend la contractualisation de la complémentarité public/privé afin d'augmenter l'efficacité, la qualité et la cohérence de l'ensemble du système de santé. La modernisation oblige également, de basculer de la centralisation vers la décentralisation. Cette volonté a été traduite par la régionalisation qui constitue l'élément clé de la nouvelle organisation du système de santé marocain. Cette nouvelle réorganisation a pour but de renforcer la déconcentration, à

¹ Décret n° 2-94-285 du 17 jourmada II 1415 (21 Novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé.

² Livre blanc 2013

travers un nouveau partage de rôle entre les niveaux central et local, par le rehaussement de ce dernier pour en faire un partenaire efficace et crédible dans la planification et la mise en œuvre des programmes locaux de développement. Dans ce cadre, plusieurs actions ont été réalisées ; nous citons particulièrement :

- La restructuration des directions régionales de la santé et nomination des directeurs régionaux de la santé dans les 12 régions du Royaume.
- L'élargissement des compétences des responsables régionaux et provinciaux (Mise en place d'une gestion régionale des ressources humaines : délégation de 41 compétences.
- La publication de l'arrêté du ministre de la santé 003-16 relatif aux attributions et à l'organisation des services déconcentrés du ministère de la santé.

Au niveau budgétaire, le ministère de la santé s'engage à poursuivre des efforts visant le renforcement de la déconcentration budgétaire à travers l'augmentation continue de la part des crédits délégués aux sous ordonnateurs, et ce en vue de les exécuter au niveau des services les plus proches de l'action et du citoyen¹. Il s'engage également à encourager la contractualisation entre l'administration centrale et les directions régionales sur la base des plans régionaux de développement sanitaire qui prennent en considération les dispositions de la carte sanitaire et la dynamique de partenariat avec le secteur privé, les conseils régionaux, les collectivités territoriales et les composantes de la société civile. D'autres actions ont accompagné ce projet de modernisation. Ces actions concernent l'élargissement des attributions des responsables régionaux et locaux et le renforcement de leur autorité, en consécration du principe de la déconcentration graduelle de la décision administrative visant d'atteindre un niveau de performance plus élevé. Cette vision s'inscrit dans la stratégie nationale de décentralisation, avec ce qu'elle comporte d'espaces de créativité et de flexibilité. Il s'agit là pour nombre de gestionnaires du secteur de la santé d'une révolution profonde de leurs traditions de travail. Il s'agit également de créer les leviers et les structures permettant de coordonner les niveaux centraux et les espaces nouveaux d'autonomie en redéfinissant les responsabilités.

▪ Au niveau du système d'information sanitaire : les systèmes d'information mis en place jusque-là sont considérés comme des structures administratives fermées. Ces systèmes sont conçus pour acheminer un flux de données de la périphérie au ministère de la santé, qui est le principal «client» des informations qu'on peut en tirer. Ces données ont trait essentiellement à trois types de questions : la morbidité, le volume de services fournis et les ressources utilisées.

¹ Projet de performance, annexé au projet du budget du ministère de la santé 2017.

Force est de constater que cela ne répond que très partiellement à la demande croissante d'information émanant d'une multitude d'acteurs, et pas seulement du ministère de la santé.

La modernisation du système de soin au Maroc requiert un système d'information plus performant. Ce système devrait permettre le suivi des progrès, de la réalisation des objectifs, des stratégies et des plans d'action nationaux de santé. A cet égard, le ministère de la santé dispose d'un système d'information constitué de plusieurs composantes obéissant à des procédures déterminées et s'appuie sur des moyens techniques assurant la collecte, le traitement et la conservation des informations de façon à permettre la prise de la décision et contribuer à l'appui du système de santé.

Ce système comprend deux composantes. La première concerne le système d'information de routine qui permet la collecte, le traitement et l'analyse des informations relatives aux programmes sanitaires, aux soins hospitaliers, l'enregistrement des décès et la documentation de leurs causes. La deuxième composante s'intéresse à la réalisation d'études, de recherches et d'enquêtes nationales dont notamment l'enquête nationale sur la population et la santé familiale réalisée tous les 5 ans. Il y a lieu de signaler la révision et l'informatisation du système d'information spécifique aux programmes de santé maternelle, infantile, planification familiale et soins curatifs. Cette révision a concerné aussi bien les supports d'information (registres, rapports mensuels, fiches) que l'application informatique (web) de gestion de ce système d'information.

- Au niveau des ressources humaines : la modernisation du système de la santé passe par la mobilisation de ses professionnels, qui constituent des compétences diversifiées susceptibles de fournir l'expertise nécessaire pour s'attaquer aux déterminants de la santé¹. Les ressources humaines de la santé devront être d'un type nouveau et de compétences diversifiées, en plus grand nombre, plus à l'écoute des populations, pour pouvoir répondre aux attentes des citoyens d'avoir accès à des soins de santé de qualité, de proximité et de référence. Les cadres de la santé (Corps médical, personnel de soin, personnel technique et administratif) sont appelés à développer des capacités nouvelles de négociation, de pilotage, d'utilisation intelligente de l'information et des connaissances pour assurer la tutelle du système.

Le problème auquel le système de santé est confronté, est bien celui de manque d'effectif. Pour mener à bien la modernisation du système de santé, le ministère de la tutelle est invité à augmenter la production de médecins et d'infirmiers bien au-delà des plans actuels.

¹ Livre blanc 2013.

II.2.2.2.2. Modernisation de la gouvernance des hôpitaux publics

La réforme de la santé au Maroc a mis les bases de la gestion des établissements de santé, afin de moderniser leur gouvernance. Après une série d'études et de réflexions, le choix a été porté sur la mise en place d'un Projet d'Etablissement Hospitalier PEH comme méthode rationnelle de management hospitalier. L'introduction de ce nouvel outil de management a été lancée pour la première fois, en 1996, lors d'une manifestation organisée au Centre Hospitalier et Universitaire de Rabat¹. Le Projet d'Etablissement Hospitalier a été officiellement introduit en 1999 au CHU de Rabat, comme nouvel outil de planification et de gestion. En 2001, pour accompagner la réforme hospitalière, le ministère de la santé a décidé la mise en place du PEH dans cinq hôpitaux publics pilotes (Agadir, Béni Mellal, Meknès, Safi et Settat) au travers du projet de financement et de gestion du système de santé (PFGSS). Lors des journées portes ouvertes sur le thème « la réforme hospitalière : réalités, perspectives et défis », en 2005, une des recommandations sur le rôle de la planification dans la régulation hospitalière a été d'institutionnaliser le PEH. En ce qui concerne le contenu de ce nouvel outil de la gestion hospitalière, le PEH *définit, pour une durée déterminée, les objectifs généraux de l'établissement, dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la formation, de la gestion et du système d'information. Le projet d'établissement hospitalier doit être compatible avec les objectifs du schéma régional de l'offre de soins (SROS), lorsqu'il existe, et déterminer les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'hôpital doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet d'établissement hospitalier est établi par le directeur du centre hospitalier. Il est approuvé et rendu applicable par décision du ministre de la santé après avis de ses représentants locaux dans le ressort territorial d'implantation de l'hôpital ou du centre hospitalier (Article 8)*². Le projet d'établissement est constitué de quatre projets (managérial, médical, soins infirmiers et technique) et de trois plans (schéma directeur, plan immobilier et plan financier). Pour chaque projet, une méthodologie doit être élaborée, validée et rédigée avant sa diffusion pour application au niveau de l'hôpital.

Les PEH sont donc des outils de conduite du changement et des leviers importants de la performance de l'hôpital. Ils devront produire de nombreux indicateurs quantitatifs à destination des autorités de tutelle, entre autres ministère de la santé. L'objectif de ces indicateurs est de pouvoir mesurer quantitativement la performance organisationnelle de

¹ BELGHITI A. A. Principes généraux de la planification à l'hôpital, Rabat, novembre 2001, édition 2005, 66p.

² Décret n° 2-06-656 du 24 rabii I 1428 (13 avril 2007) relatif à l'organisation hospitalière. Référence : B.O N° 5526 DU 29 Rebi II 1428 (17/5/2007).

l'hôpital. Cette mesure vise à déterminer et à mettre en œuvre de bonnes stratégies dans le cadre des finalités qu'il poursuit. La mesure devrait prendre en compte les attentes des parties prenantes de l'hôpital parmi ses leviers de performance. Nous rappelons que la notion de la performance en milieu hospitalier, est un concept générique qui englobe l'ensemble de notions telles que l'efficience, l'efficacité, le rendement, la productivité, la qualité, l'accès, l'équité, et d'autres notions sans que la nuance entre celles-ci soit clairement établie¹. Pour faire réussir la réforme hospitalière, le gouvernement marocain à travers le ministère de la santé² a proposé de développer l'autonomie hospitalière et d'introduire de nouveaux modes de gestion des hôpitaux publics, notamment en instaurant le statut de « Groupements hospitaliers régionaux ou de territoire » (GHR / GHT). Cette nouvelle orientation s'inscrit dans l'effort de modernisation du système de santé. La réalisation de cet objectif nécessite une progression des soins hospitaliers organisée entre les différents établissements publics appartenant au même territoire, et un projet médical partagé concernant toutes les activités des soins de proximité et de recours. L'instauration des GHT est dictée par la volonté de mettre en œuvre un changement de perspective pour améliorer l'efficience du système de santé au bénéfice de la population. Les GHT constitueront de véritables « outils » organisationnels d'une politique de santé publique dans un territoire.

Les expériences aussi bien étrangères que nationale montrent que l'hôpital est placé au centre de politiques de réformes et de modernisation. L'enjeu est principalement d'améliorer la performance de l'hôpital et inscrire cette organisation complexe dans une dynamique de progrès continu.

Que renferme la notion de performance hospitalière ? Quelles en sont les dimensions et quels sont les modèles conçus en vue de son évaluation ?

Autant de questions qui, certes, méritent des éléments de réponse, mais devant par ailleurs orienter notre réflexion dans cette recherche.

Section III. La performance organisationnelle hospitalière

Il est admis que les objectifs doivent être à la taille des moyens. Autrement, les objectifs trop ambitieux seraient difficiles à réaliser et pourraient constituer autant de facteurs de démotivation. La mission de l'hôpital et ses pratiques de gestion ont profondément évolué.

¹ François et al. Rapport réalisé dans le cadre du mandat accordé par le Conseil de la santé et du bien-être Groupe de recherche interdisciplinaire en santé Université de Montréal Septembre 2005.

² DOUKALI. A, Ministre de la Santé PLAN « SANTÉ 2025 » 3 Piliers / 25 Axes / 125 Actions. Agadir janvier 2019.

Cependant, les ressources allouées à l'entité hospitalière demeurent limitées. L'hôpital public est plus, que jamais, aujourd'hui appelé à être performant. Cette performance doit être définie par rapport aux objectifs préalablement fixés. Elle doit, par ailleurs, être mesurable par le moyen d'indicateurs appropriés, pouvant orienter l'action des responsables vers des pistes d'amélioration continue. La littérature fait état de modèles élaborés permettant de saisir, puis d'évaluer la performance organisationnelle de l'hôpital. Ces modèles ont nourri une batterie d'indicateurs retenus aussi bien par des organisations internationales que par des gouvernements de pays.

III.3.1. Les modèles dominants en matière d'évaluation de la performance organisationnelle

La performance organisationnelle hospitalière est liée à la perception de la nature et de la fonction de l'hôpital : ses missions, les conditions de sa prospérité et ses relations avec les parties prenantes. L'analyse de la littérature spécialisée en la matière permet de repérer un consensus des auteurs autour de quatre modèles fréquemment utilisés pour circonscrire le concept de performance organisationnelle¹. Les auteurs, en se référant à quatre modèles d'organisation, proposent une synthèse qui nous semble pertinente :

i) L'atteinte des objectifs (Rational/goal model). Ce modèle suppose une vision instrumentale et rationnelle de l'organisation. On admet que les organisations existent pour remplir un certain nombre de buts et objectifs². Traditionnellement, ces buts et objectifs sont traduits en termes de volume de production et de qualité de biens ou de services. Dans cette vision, l'attention est focalisée sur le degré selon lequel l'organisation arrive à produire des biens et des services. Cette optique de la performance est critiquée à cause de la difficulté qu'il y a à expliciter clairement les objectifs d'une entité et à hiérarchiser ces objectifs en vue d'identifier celui à privilégier parmi les nombreux objectifs envisageables.

ii) Relations humaines (Human relations/satisfaction/strategic constituency/natural System model). Ce courant concerne le facteur humain. Ce facteur couvre deux perspectives très différentes : l'école des relations humaines et la dimension politique. Les tenants de l'école des relations humaines recommandent une plus grande autonomie du personnel et une forte participation de chacun à la prise de décision. Leur logique est basée sur le postulat suivant : plus les individus sont libérés de la lourdeur des contrôles externes et disposent d'une autonomie

¹ Cameron et Whetten, 1983 ; D'Aunno, 1992 ; Morin, 1994 ; Quinn et Rorhbaugh, 1983 ; Sicotte et al, 1998.

² Price JL., 1972. the study of organizational effectiveness, the sociological Quarterly, 13 (winter), 3-15.

suffisante et d'un contrôle sur leur propre travail, plus ils pourront se réaliser et s'impliquer pour la réussite de l'organisation¹. Nous constatons dans ce type de raisonnement une grande confiance dans l'individu ; ce dernier n'a même pas besoin d'être sous contrôle pour agir pour le bien de son organisation. Selon les partisans de ce modèle, la performance est évaluée sur la base des indicateurs tels que le climat social, le moral, l'absence de conflits, ou encore la cohésion des membres et des groupes au sein de l'institution. Selon le modèle des « constituants stratégiques », l'organisation est perçue comme une arène politique, un lieu où les membres du personnel forment des groupes d'intérêt différents qui interagissent².

Dans leur tentative d'explorer empiriquement le rapport GRH-performance, les chercheurs ont identifié différentes pratiques de gestion des ressources humaines considérées comme cruciales à l'avantage concurrentiel³. Cependant, aucun consensus n'existe par rapport aux pratiques à utiliser⁴. De plus, la méthodologie utilisée dans l'évaluation de l'effet de ces pratiques sur la performance diffère entre l'utilisation de pratiques individuelles⁵ et de « bundles » ou « systèmes » de pratiques cohérentes⁶.

iii) Système ouvert sur l'environnement (Open System model). L'organisation est vue comme étant une entité liée à son environnement⁷. L'environnement lui fournit les éléments de son existence tels que les employés, les clients et les fournisseurs. Lorsque l'accent est mis sur les liens ou échanges entre l'environnement et l'organisation, on se situe dans une perspective de système ouvert sur l'environnement. Dans ce cadre, la clé du bon fonctionnement est la capacité de l'organisation d'acquérir et de maintenir un niveau adéquat de ressources. Si l'on traduit cette idée en termes de mesure de performance, on dit qu'une organisation performante est une organisation qui arrive à obtenir les ressources nécessaires à sa croissance grâce à la flexibilité,

¹ Guisset Ann-Lise, Sicotte Claude, Leclercq Pol, D'Hoore William. Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. In: Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 65-104.

² Connolly T, Conlon E., Deutsch S., Organizational Effectiveness: multiple-constituency Approach, Georgia Institute of Technology 1980.

³ Pfeffer, J. et Veiga, J.F. (1999), "Putting People First for Organizational Success", The Academy of Management Executive, Vol.13, 2, 37-48.

⁴ Ferris, G., Arthur, M., Berkson, H., Kaplan, D., Harell-Cook, G. et Frink, H. (1999). Toward a social context Theory of the Human Resource Management Organization effectiveness relationship, Human Resource Management Review, Fall98, Vol. 8, Issue 3, 235-266.

⁵ Pfeffer, 1998. Op. Cit.

⁶ Becker et Huselid, 1998 ; MacDuffie, 1995; Ichniowski et Shaw et Premeaux, 1997.

⁷ Yuchtman, Ephaim; SEASHORE, Stanley, « Factorial Analysis of Organizational Performance ». Administrative Science Quarterly, n°12 (3), 1967, pp. 377-395.

à l'adaptation et au support externe. Ces trois éléments deviennent des critères importants de toute mesure de la performance¹.

iv) Orientation vers les processus internes (Internal/decision process model). Selon cette vision, la performance de l'organisation dépend étroitement de ses processus internes : mécanismes de coordination et de prise de décision, flux de l'information, gestion des relations, procédés de production, etc. La performance n'est pas liée uniquement à la qualité et la quantité de services produits mais aussi à la manière dont on parvient à les produire. Parmi les méthodes utilisées à cette fin, on cite la gestion totale de la qualité. La gestion de l'information est également considérée comme cruciale pour la prise de décision éclairée. C'est un moyen important afin d'arriver à une stabilité et un contrôle, et de donner aux membres du personnel une impression de continuité et de sécurité.

Dans le domaine hospitalier, la performance organisationnelle est appréhendée par un modèle appelé le « modèle intégrateur d'évaluation de la performance ». Celui-ci peut être transposé dans les organisations et établissements de soin.

III.3.2. Le modèle d'évaluation de la performance organisationnelle hospitalière

Sicotte² et al ont élaboré un modèle à visée intégratrice inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons³. Ce modèle reprend les divers éléments de la performance. En effet, le modèle fournit un cadre conceptuel suffisamment large pour comprendre la performance d'une organisation dans toutes ses dimensions. L'intérêt du modèle Parsonien intègre divers modèles dominants de la performance organisationnelle. Il constitue un modèle intégrateur puissant au sein duquel les diverses perspectives de la performance organisationnelle sont bien intégrées alors que la spécificité de chaque perspective est tout de même bien respectée. Le système de l'action sociale de Parsons est composé de deux axes (« intérieur-extérieur » et « fins-moyens ») et de quatre catégories de fonctions (adaptation à l'environnement, atteinte des buts, production, culture et valeurs).

¹ Guisset Ann-Lise, Sicotte Claude, Leclercq Pol, D'Hoore William. Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. In: Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 65-104.

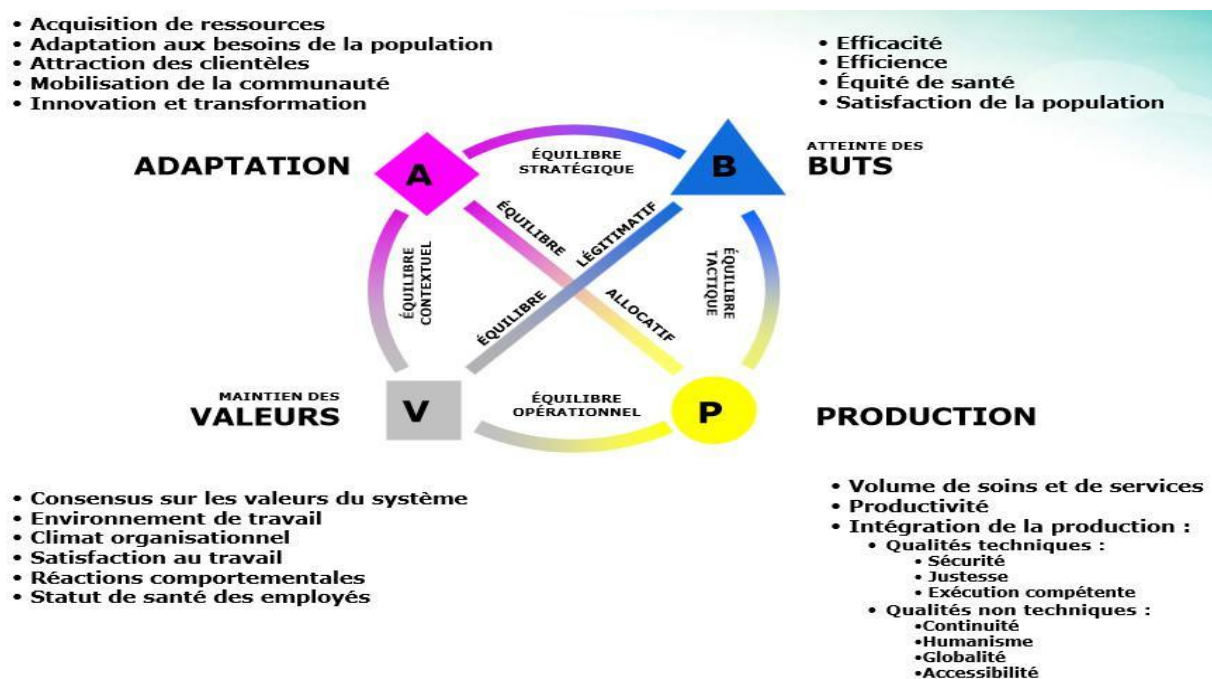
² Claude sicotte & al. (1999) La performance organisationnelle des organismes de santé, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé.

³ La théorie de l'action sociale de Parsons présente l'organisation comme un système social. Ses buts sont définis par sa place dans la société. Elle n'est pas seulement une entité économique mais aussi et surtout un système politique avec une exigence d'intégration de ses différents composants et du partage de valeurs et d'une culture institutionnelle. Vue de l'extérieur, l'organisation est un objet destiné à remplir un certain nombre de buts et objectifs alors que, vue de l'intérieur, elle est un système sociotechnique.

A l'issue de ce modèle, la définition de la performance¹ est la suivante : la performance d'une organisation peut se définir comme sa capacité à établir et maintenir une tension dynamique entre la réalisation de sa mission (**fonction 1**), l'acquisition et le contrôle des ressources (**fonction 2**), le développement des ressources humaines (**fonction 3**) et l'intégration et la prévisibilité de ses activités de production (**fonction 4**).

Le modèle de Parsons a été transposé et testé dans le domaine hospitalier par l'IRSPUM² sous le nom de modèle de l'Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (ÉGIPSS). Ce modèle qui vise à intégrer les fonctions essentielles d'une organisation, comprend quatre fonctions de la performance séparées en deux axes. L'axe vertical intègre la relation entre un système ouvert et son environnement (externe - interne). L'axe horizontal traduit l'équilibre entre les ressources entrantes, le processus d'utilisation, transformation et les résultats (moyens - buts). Les interactions entre ces quatre dimensions sont appelées « équilibres » et sont aussi un facteur fondamental à surveiller selon le modèle pour maintenir un système performant.

Figure 7 : Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé EGIPSS



¹Guisset Ann-Lise, Sicotte Claude, Leclercq Pol, D'Hoore William. Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. In: Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 65-104;

² Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal.

Dans le contexte hospitalier, les quatre fonctions de la performance du modèle EGIPSS doivent s'entendre ainsi:

- ♦ La **production** comprend les différents services et processus de soins avec les moyens d'optimisation pour tirer le maximum de profit des ressources disponibles.
- ♦ L'**adaptation** englobe les activités de croissance et survie de l'hôpital à travers des mesures utilisées pour contrer les menaces et profiter des opportunités sociales, sanitaires, politiques et technologiques de l'environnement. Cette dimension comprend aussi la capacité d'intégration à la communauté et celle de conserver et d'attirer la clientèle (patients).
- ♦ L'**atteinte des buts** comprend les choix stratégiques faits par l'hôpital pour atteindre ses objectifs en termes d'efficacité, d'efficience, de satisfaction et d'équité.
- ♦ Le **maintien des valeurs** : les valeurs d'une organisation font partie de la culture organisationnelle et devraient être un facteur de sens, de signification et de cohésion entre ses membres dans le but d'accomplir leur mission.

Le modèle de Parsons met l'accent sur les interactions et les liens réciproques qui devraient exister entre les quatre fonctions de la performance. Le modèle a mis en œuvre six fonctions d'alignement différentes permettant de gérer l'équilibre qui demeure fondamentalement dynamique parce qu'en permanence renégocié par les différents acteurs de l'organisation¹.

L'équilibre entre les six fonctions est présenté comme suit :

1) Alignement stratégique (Adaptation - Atteinte de buts), c'est l'appréciation d'une part de la compatibilité de la mise en œuvre de moyens en fonction des finalités organisationnelles (les buts) et d'autre part, en réciprocité, cette dimension de la performance évalue la pertinence des buts étant donné l'environnement et la recherche d'une plus grande adaptation organisationnelle.

2) Alignement allocatif (Adaptation - Production), réside d'une part dans la justesse d'allocation de moyens (l'adaptation) parmi les processus de production et d'autre part, en réciprocité, la compatibilité des mécanismes d'adaptation avec les impératifs et les résultats de la production.

3) Alignement tactique (Atteinte de buts - Production), met l'accent d'une part, sur les mécanismes de contrôle découlant des choix des buts organisationnels à gouverner le système

¹ Claude Sicotte. & al Op. Cit.

de production (conformité de la production aux buts) et d'autre part, en réciprocité, on cherche, comment les résultats de la production viennent modifier le choix des buts de l'organisation.

4) Alignement opérationnel (Maintien des valeurs - Production), consiste d'une part à identifier les capacités des mécanismes susceptibles de générer des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser le système de production (l'effet mobilisateur des valeurs professionnelles dans la production des soins et services) et d'autre part, en réciprocité, on cherche à évaluer l'impact des impératifs et des résultats de la production sur le climat et valeurs organisationnelles.

5) Alignement légitimatif (Maintien des valeurs - Atteinte de buts), consiste d'une part à identifier les capacités des mécanismes susceptibles à contribuer à atteindre des buts organisationnels et, d'autre part, en réciprocité, on cherche à évaluer, comment le choix et la poursuite des buts de l'organisation viennent modifier ou renforcer les valeurs et le climat organisationnel.

6) Alignement contextuel (Maintien des valeurs - Adaptation), vise à identifier les capacités des mécanismes susceptibles de générer des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement le système d'adaptation ; et d'autre part, en réciprocité, on cherche à évaluer comment les impératifs et les résultats de l'adaptation viennent modifier ou renforcer les valeurs et le climat organisationnel.

Tableau 12 : Définitions des dimensions de la performance dans le modèle intégrateur

Fonction dans le modèle intégrateur	Dimension de la performance	Définition
Adaptation	Acquisition de ressources	
	Adaptation aux besoins de la population	Jusqu'à quel point les ressources et la structuration du système s'ajustent aux besoins de la population ?
	Adaptation aux exigences et tendances	Adaptation à l'environnement, aux forces externes affectant le système (nouvelles technologies, mondialisation, vieillissement, ...).
	Mobilisation de la Communauté	Étendue et intensité du capital social du système, du support et de l'appui dont il bénéficie.
	Innovation et transformation	Capacité du système à innover et à se transformer.

	Attraction des clientèles	Capacité à maintenir une présence de marché en attirant la clientèle (situation concurrentielle favorable).
Production	Productivité	Optimisation de la production en fonction des ressources.
	Qualité	Ensemble d'attributs du processus qui favorise le meilleur résultat possible tel que défini par rapport aux connaissances, à la technologie, aux attentes et aux normes sociales. La qualité est donc définie par la correspondance du processus de soins à des normes professionnelles, de consommation et sociales sur plusieurs dimensions du processus.
	Volume de soins et Services	
	Coordination de la production	Ensemble des arrangements formels qui permettent un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée.
Atteinte des buts	Satisfaction globale de la population	Niveau d'appréciation de la population à l'égard du système.
	Efficacité	Résultats de santé attribuables aux services du système.
	Efficiencie	Résultats de santé en fonction des sommes investies.
	Équité	Responsabilité collective de solidarité pour répartir de façon juste (en fonction des besoins) les services de santé/la santé entre les individus, des groupes, des régions, etc.
Maintien des valeurs	Consensus sur les valeurs du système : - Respect de la dignité - Sécurité - Service public - Santé	Consensus sur les manières d'être et d'agir reconnues comme idéales. Système commun de références permettant aux acteurs de coopérer pour réaliser de façon efficiente le projet collectif dans lequel ils sont impliqués.
	Climat organisationnel	« Une vaste catégorie de variables, organisationnelles plutôt que psychologiques, qui décrivent le contexte organisationnel dans lequel se déroulent les actions des individus. Ces variables organisationnelles comprennent les pratiques interpersonnelles (le climat social) et les significations établies avec intersubjectivité qui découlent de processus organisationnels logiques ».

Source : Modèle EGIPSS- IRSPUM

Ce modèle intégrateur a servi de référence pour l'élaboration de cadre d'analyse et d'évaluation de la performance des systèmes de santé retenu par des organisations internationales comme l'OMS et l'OCDE. Nous consacrerons les développements ci-dessous à ces expériences internationales.

III.3.3. Exemples de cadres d'évaluation de la performance des systèmes de santé

Trois cadres de référence reconnus intéressants seront présentés ici. Le cadre d'analyse préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le cadre d'évaluation retenu par l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) et le modèle adopté par le gouvernement au Canada.

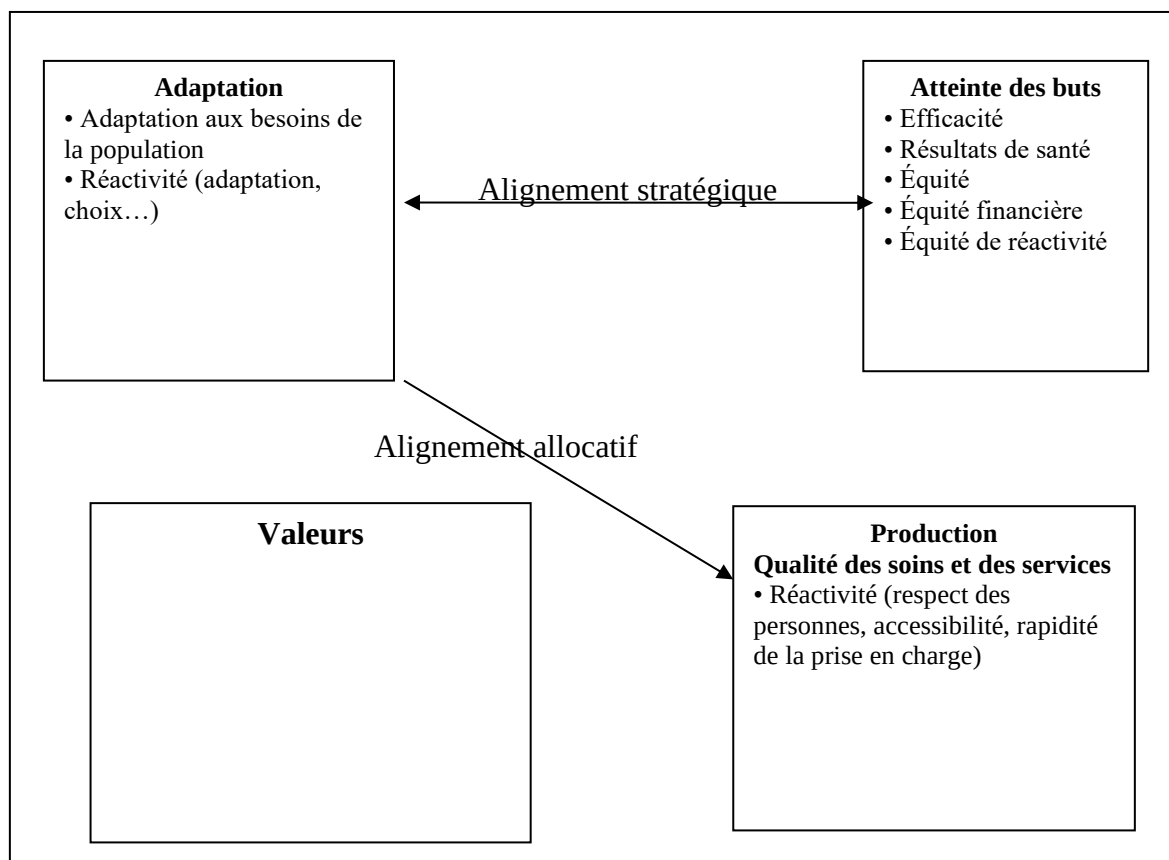
III.3.3.1. Le cadre préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé

Dans son rapport sur la santé dans le monde 2000, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a jugé qu'il est urgent d'évaluer la performance actuelle des systèmes de santé, et de déterminer les mécanismes susceptibles de réaliser pleinement leur potentiel. Cependant, les données disponibles sur les systèmes de santé sont souvent limitées au seul système de soins (c'est-à-dire à la fourniture et le financement des services de santé). Il est donc nécessaire de quantifier et d'évaluer l'ensemble du système de santé pour en juger le coût et l'efficacité. La réflexion engagée par l'OMS a conduit à l'élaboration d'un cadre conceptuel commun de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Celui-ci devrait « aider les gouvernements des Etats Membres à mesurer leur propre performance, comprendre les facteurs qui y contribuent et l'améliorer pour mieux répondre aux besoins et aux attentes de leurs administrés¹. Le système de santé au sens de L'OMS, couvre « l'ensemble des activités dont le but est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé » (OMS, 2000). L'OMS se fixe trois objectifs majeurs à savoir, l'amélioration de la santé de la population desservie, la réponse aux attentes des personnes et l'assurance d'une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé.

A la lumière de ce rapport, nous pouvons retenir qu'un système de santé est performant si les réalisations des objectifs du système sont conformes à ce que le système peut être capable d'accomplir, c'est-à-dire l'atteinte des meilleurs résultats possibles avec les mêmes ressources (OMS, 2000).

¹ OMS, 2000.

Figure 8 : Le cadre d'évaluation de l'OMS dans le modèle intégrateur

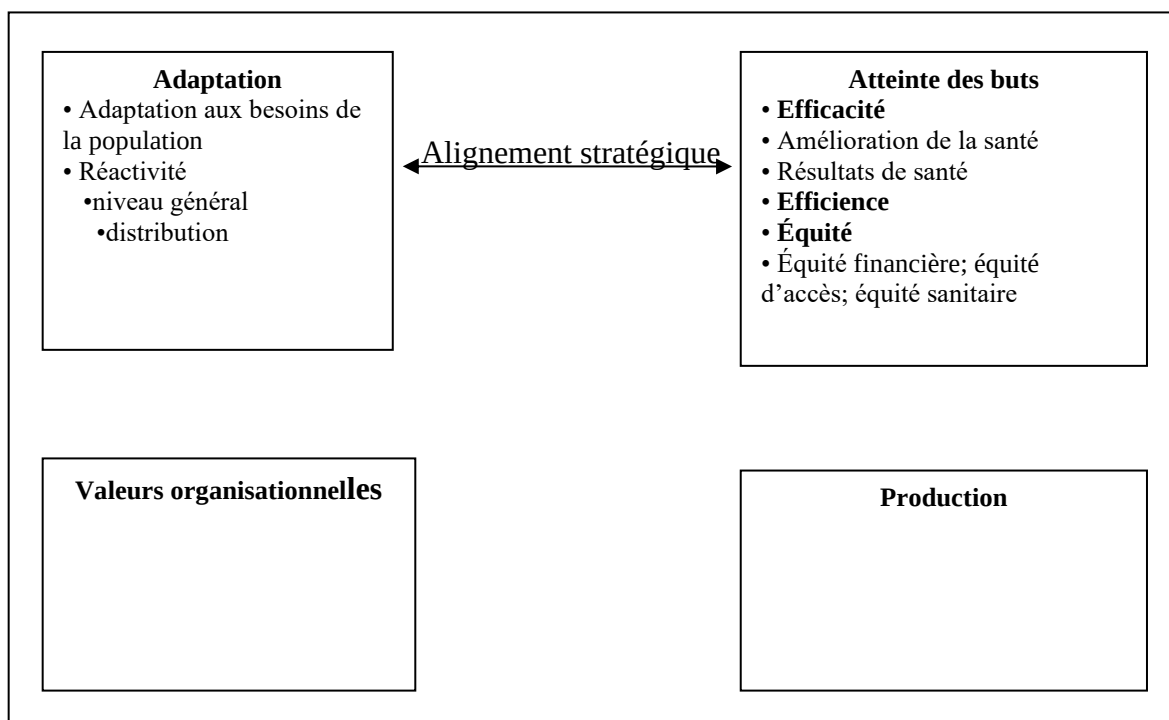


L'OMS met l'accent sur trois dimensions de la performance : L'atteinte des buts, l'adaptation et la production de soins. Une batterie d'indicateurs a été mise en place afin d'évaluer la performance des systèmes de santé. Finalement, c'est l'écart entre les résultats effectifs, les résultats potentiels de performance et les ressources allouées au système de santé qui donne l'indicateur général de performance du système de santé. Après avoir évalué la performance du système de santé, l'OMS préconise ensuite de chercher à comprendre ses déterminants pour pouvoir expliquer une telle performance, et éventuellement l'améliorer. C'est ce que l'OMS appelle les « 4 fonctions-clés » dans son rapport. Il s'agit de : i) l'administration générale : gestion prudente et responsable du bien-être de la population, responsabilité de l'État (ministères); ii) la production de ressources : investissement dans la production de ressources et maintenance de leur qualité et de leur productivité; iii) la prestation de services : manière dont les apports sont combinés pour permettre la prestation d'interventions et d'actions de santé et finalement, vi) le financement : collecte des fonds, mise en commun des ressources et achat de services.

III.3.3.2. Le cadre d'évaluation de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

A l'instar de l'OMS, l'OCDE a mis en place un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé des pays membres, s'inspirant en grande partie de celui de l'OMS (OCDE, 2002). L'OCDE fixe pour cela trois objectifs principaux que les systèmes de services de santé doivent atteindre : i) l'amélioration de la santé et des résultats de santé, ii) la réactivité et l'accessibilité et iii) la contribution financière et dépenses en matière de santé. Pour chacun de ces objectifs, l'OCDE prend en compte d'une part le niveau moyen de satisfaction de chacun de ces trois objectifs, qui permet de mesurer l'efficacité du système de santé ; et d'autre part leur niveau de distribution dans la population qui permet de mesurer l'équité¹.

Figure 9 : Le cadre d'évaluation de l'OCDE dans le modèle intégrateur



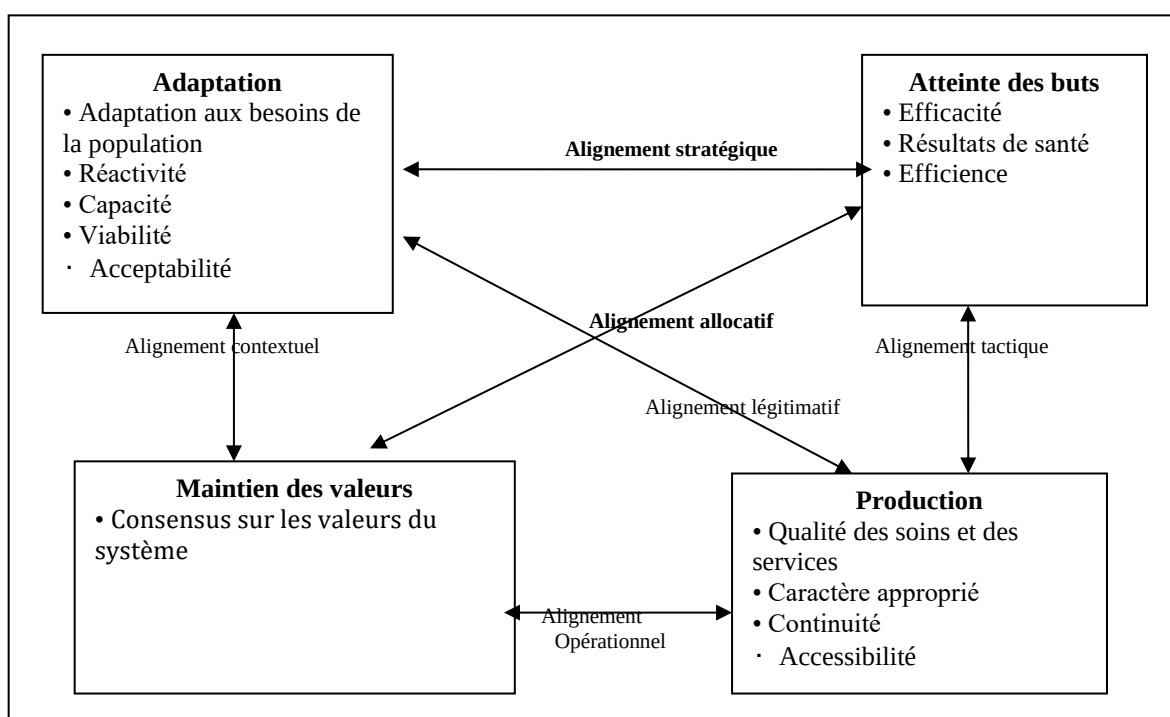
L'OCDE n'a retenu que deux dimensions (Atteinte des objectifs et Adaptation) pour évaluer la performance des systèmes de soins des pays membres. Ces deux dimensions sont articulées autour de quatre objectifs : i) l'amélioration de la santé, résultats sanitaires, ii) la réactivité ; iii) l'équité sanitaire, financière et d'accès et iv) l'efficacité, à la fois à un niveau macro-économique et micro-économique.

¹ Murray, Christopher J. L et Frenk, Julio . (2000). Un cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Bulletin de l'OMS.

III.3.3.3. Le cadre d'évaluation adopté au Canada

Un cadre conceptuel d'évaluation de la performance des systèmes de santé a été élaboré au Canada, en 2000, à l'initiative de l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). Le modèle canadien est basé sur une conception large de la santé, et propose quatre dimensions principales de la performance ayant chacune des sous-dimensions leur correspondant : l'état de santé. Le premier rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé, en 2002, établit des mesures pour évaluer le système public de soins et de services de santé, et identifie trois objets d'évaluation de la performance : l'état de santé, les résultats de santé et la qualité des services. En 2003, de nouveaux indicateurs ont été élaborés pour les objectifs d'état de santé, de résultats de santé et de qualité des services, qui sont tous les trois maintenus. Il est ainsi question d'évaluer le système de santé et, plus particulièrement, le système public de soins de santé, avec une finalité affichée d'information au public et d'imputabilité du rendement.

Figure 10 : Le cadre d'évaluation du Canada



Le modèle canadien est le plus élaboré, dans la mesure où il regroupe les quatre dimensions de la performance. Les indicateurs de mesure ont été aussi élaborés pour les objectifs d'état de santé, de résultats de santé et de qualité des services et finalement de maintien des valeurs organisationnelles.

Les dimensions et les sous-dimensions de la performance prises en considération dans les trois cadres d'évaluation (OMS, OCDE et Canada) ne peuvent pas déterminer à elles seules les

caractéristiques d'un meilleur modèle. Pour mettre les bases d'un bon modèle, il faut impérativement évoquer l'aspect opérationnel et pratique de l'évaluation de la performance des systèmes de soins. Autrement dit, chaque sous-dimension du modèle doit être attachée à un ou plusieurs indicateurs susceptibles à terme de mesurer, d'évaluer la performance du système de services de santé. Un indicateur est ici défini comme « *un élément mesurable qui fournit des renseignements au sujet de phénomènes complexes, qui ne sont pas faciles à saisir*¹. Cette définition met en lumière les caractéristiques essentielles de tout indicateur² : refléter sans le moindre doute ce qu'il tente de mesurer » (OMS, 2004).

Il est vrai que les cadres d'évaluation de la performance, objet des développements précédents, concernent les systèmes de santé au niveau global (Etats ou communautés). Néanmoins, il est possible de transposer le système d'évaluation EGIPSS au niveau de l'établissement hospitalier, à l'image de « Tilquin³ qui aborde le thème de la performance organisationnelle d'un double point de vue : systémique, c'est-à-dire au niveau de l'ensemble d'un système de soin ; et microscopique, c'est-à-dire au niveau de chacune des organisations composant ce système⁴ ». L'idée de l'auteur est de lier le financement aux niveaux de performances réalisés par l'établissement hospitalier. Le financement de l'hôpital doit être établi sur la base des efforts qu'il réalise en matière de réduction des coûts, de pilotage interne et aussi d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers. Au Canada⁵, l'institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal (IRSPUM) et la direction de la performance et de la qualité de l'association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) ont évalué un grand nombre d'établissements par le modèle EGIPSS.

Conclusion du 3^{ème} chapitre

Dans ce troisième chapitre, nous avons présenté la structure du système de la santé au Maroc et les modalités de sa gouvernance. Pour ce faire, nous avons souligné les principales réformes entreprises par les autorités de tutelle en vue de moderniser le secteur et de faire face à

¹ Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, université de Montréal, septembre 2005

² Pour déterminer les indicateurs les plus appropriés, nous aborderons au cinquième chapitre, l'inventaire des indicateurs susceptibles d'être utilisés par les deux hôpitaux qui font l'objet de notre étude.

³ Tilquin, C (1999), Effets pervers associés aux modalités de financement des organisations accueillant des personnes dépendantes. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 6 (1), 47-66.

⁴ Claude Sicotte et al. La performance organisationnelle des organismes de santé, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol 6, n°1, 1999, pp, 34-46.

⁵ Mauricio L, Comparaison de la performance de deux hôpitaux psychiatriques situés l'un en Colombie et l'autre au Québec, Faculté de Médecine, université de Montréal, Canada, avril 2015.

l'insuffisance des infrastructures sanitaires. Nous avons également analysé différentes expériences en matière d'application des principes de la nouvelle gestion publique dans le domaine hospitalier. Cette analyse nous a conduit à nous interroger sur le degré d'intégration des principes de la NGP dans la gestion de l'hôpital public marocain. Par ailleurs, nous avons cherché à appréhender la conception de la performance organisationnelle que se donnent les divers acteurs stratégiques au sein de l'hôpital. Enfin, le modèle méthodologique d'évaluation de la performance des systèmes de soins (EGIPSS) qui a été adopté par certains pays (le Canada) et certaines organisations internationales (OMS, OCDE), a particulièrement attiré notre attention. Par conséquent, ce modèle nous semble pertinent et peut être retenu comme modèle de base de l'évaluation de la performance organisationnelle de l'hôpital public marocain.

Chapitre IV

LE POSITIONNEMENT EPISTEMOLOGIQUE ET LES CHOIX METHODOLOGIQUES

Introduction

La méthodologie représente le chemin qui permet au chercheur de concrétiser son projet de connaissance. Sa discussion fournit au lecteur la reconstitution de la logique des choix effectués par le chercheur. Wacheux¹ postule que la communication des résultats est constituée par un document qui doit impérativement permettre au lecteur de reconstituer la logique des choix effectués par le chercheur. Pourtant, partie émergée de l'iceberg, le document final constitue une rationalisation ex-post.

L'objectif de ce chapitre est de présenter notre démarche empirique. Dans un premier temps, nous justifions notre choix épistémologique, puis dans une deuxième étape, nous exposerons les principales composantes de notre recherche, à savoir la sélection des cas, le recueil et le traitement des informations.

Section I. Posture épistémologique et méthodologie

Les positionnements épistémologique et méthodologique d'une recherche ne sont pas donnés *a priori*. Ils dépendent au contraire largement de la nature de la question de recherche et du contexte dans lequel se trouve le chercheur². Nous rappelons que l'objectif de notre travail est **de chercher le lien entre la performance organisationnelle hospitalière et les capacités organisationnelles générées par les pratiques de gestion des connaissances.**

La question centrale de notre recherche se formule de la manière suivante : **Comment les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC, peuvent-elles devenir des supports à la performance organisationnelle des systèmes de soins ?**

Le chercheur peut s'inspirer de trois grands paradigmes³ de recherche, communément identifiés comme principaux repères épistémologiques en sciences de gestion : le positivisme, l'interprétativisme et le constructivisme. Selon Giordano⁴, afin de positionner sa recherche

¹ Wacheux F., Méthodes qualitatives et recherche en gestion, Economica, 1996

² Denzin N.K. & Lincoln Y.S. (1994), « Introduction: Entering the Field of Qualitative Research », in DENZIN N.K. & Lincoln Y.S. (Eds), *Handbook of Qualitative Research*, London.

³ Girod-Séville & Perret (1999) et Giordano (2003),

⁴ Yvonne Giordano. Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative. Editions Management et Société, pp.318, 2003.

parmi ces trois grands paradigmes épistémologiques, le chercheur doit apporter des réponses à ces trois questions :

- Quelle est la nature de la réalité ? Est-elle objective, interprétée ou construite ? ;
- Quelle relation a le chercheur avec son terrain d'étude ?
- Comment la connaissance scientifique est-elle engendrée ? Par un processus d'explication, de compréhension ou de construction ?

I.1. Une position positiviste aménagée

Le positivisme est l'orientation épistémologique la plus associée à la recherche scientifique. Il postule que la réalité existe en tant que telle et quelle est indépendante du chercheur. Elle est objective et peut être appréhendée, décrite et prédite en termes de lois ou de relations de cause à effet. La réalité a « ses propres lois, immuables, quasi invariables et universelles¹», et les chercheurs parce qu'ils sont extérieurs à celle-ci, ont un regard objectif et ne la modifient pas. La causalité est de type linéaire : il ne peut y avoir de causes sans effets, ni d'effets sans causes. La connaissance créée correspond exactement (ou presque) à la réalité observée et l'objectif du chercheur est de mettre au jour des lois générales qui caractérisent le monde. La connaissance produite dans un cadre positiviste se veut donc objective et généralisable quel que soit le contexte.

Cependant, le constructivisme, s'appuie sur l'expérience subjective du chercheur. Il réfute l'idée de la recherche de lois universelles, et met l'accent sur la nécessité de comprendre et de rendre compte de la façon dont le phénomène est organisé, perçu et construit par les acteurs. La « réalité » est une construction de sujets connaissant qui expérimentent le monde : le « réel » est un construit ou « artefact » social². Cette « réalité » est inconnaissable dans son essence puisque nous n'avons pas la possibilité de l'atteindre directement (le « réel » n'existe pas). Nous ne pouvons que la représenter, voire la construire (principe de représentabilité). Les connaissances produites sont donc subjectives (principe d'interaction sujet-objet). L'objectivité se voit remplacer par l'intersubjectivité, et la connaissance est vue comme une représentation partagée, ou un modèle et non le reflet fidèle de la réalité, qui par la compréhension qu'elle nous apporte sur un phénomène, nous permet de mener une action sur lui.

¹ Girod-Séville M. & Perret V. (1999), « Fondements épistémologiques de la recherche ». Méthodes de recherche en management.

² Simon H.A. (1991), « Bounded Rationality and Organizational Learning », *Organization Science*, vol. 2, n° 1.

Tableau 13 : Les trois paradigmes de recherche

	Positivisme	Interprétativisme	Constructivisme
Nature de la réalité (Ontologie)	La réalité est une donnée objective indépendante des sujets qui l'observent	La réalité est perçue/interprétée par des sujets connaissant	La réalité est une : • construction de sujets connaissant qui expérimentent le monde ; • co-construction de sujets en interaction
Relation chercheur/objet de recherche (Epistémologie)	Indépendance : le chercheur n'agit pas sur la réalité observée	Empathie : le chercheur interprète ce que les acteurs disent ou font qui, eux-mêmes, interprètent l'objet de la recherche	Interaction : le chercheur co-construit des interprétations et/ou des projets avec les acteurs
Projet de Connaissance Processus de construction des connaissances	Décrire, Expliquer, Confirmer Fondé sur la découverte de régularités et de causalités	Comprendre Fondé sur la compréhension empathique des représentations d'acteurs	Construire Fondé sur la conception d'un phénomène/projet

Source : Giordano (2003, p.25)

Le contexte hospitalier dans lequel nous observons la réalité et les contraintes liées au terrain nous ont amené à un choix épistémologique intermédiaire entre la position positiviste et interprétativiste, cette position est qualifiée de « positiviste aménagée » (Huberman & Miles 1991)¹. Les deux auteurs soulignent que la stabilité des relations envisagées « *provient des séquences et régularités qui lient les phénomènes entre eux* ». Le point essentiel développé par les auteurs est que les phénomènes sociaux sont liés par des régularités, des séquences à partir desquelles nous pouvons tirer des construits qui « *sous-tendent à la vie individuelle et sociale*² ». Que ces construits ne soient pas visibles ne remet nullement en cause leur existence objectives et « après tout, nous sommes tous environnés des mécanismes régis par des lois physiques dont nous sommes, dans le meilleur des cas, à peine conscients³ ». Dans un ouvrage publié en 2003, les auteurs classent leur position dans le cadre du « réalisme transcendantal ». Ils montrent que « *les phénomènes sociaux existent non seulement dans les esprits mais aussi dans le monde réel et que des relations légitimes et raisonnablement stables peuvent y être*

¹ Cité par Thietar (extrait de Huberman & Miles 1991), Méthodes de recherche en management page 32, Dunod, 2007.

² Hubermann A. M., Miles M. B. (1991) Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes, Bruxelles, Edition De Boeck Université

³ Idem

découvertes », Le positivisme aménagé propose de découvrir des relations légitimes et raisonnablement stables entre les phénomènes sociaux, qui existent dans les esprits et la réalité en raison de la complexité de l'objet d'étude.

Ce cadre épistémologique est cohérent avec un cadre ontologique, qui considère l'entreprise comme un objet complexe. L'observation des phénomènes complexes demande en effet de dépasser la querelle entre positivisme et constructivisme. Comme le rappelle Edgar Morin¹, il n'y a pas de progrès à substituer une nouvelle simplicité finaliste à l'ancienne simplicité antifinaliste.

I.2. Une méthode d'investigation abductive

Avant d'aborder la recherche, le chercheur doit se poser la question suivante :

Quel mode de raisonnement mobiliser pour produire des connaissances ? Une panoplie de possibilités lui sont offertes : l'approche hypothético-déductive, l'induction ou encore l'abduction. Dans le cadre de notre thèse, c'est la démarche abductive qui nous est apparue la plus adaptée pour répondre à notre question centrale de recherche.

Nous avons opté donc, pour le choix d'une position intermédiaire, réaliste et pragmatique, adaptée à notre discipline, les sciences de gestion : les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC ne sont ni des « machines » dont le fonctionnement obéit à des lois universelles ni des constructions sociales très abstraites relatives à un monde dont le fonctionnement obéit au hasard. Ce sont des objets sociotechniques fonctionnant sous certaines contraintes qui peuvent être explorées et identifiées par le chercheur. Notre raisonnement, en conséquence, n'est ni strictement déductif ni strictement inductif mais se situe entre ces deux extrémités. C'est un raisonnement abductif basé à la fois sur les connaissances théoriques et empiriques². En ce sens, notre méthode est une « exploration hybride », au sens de (Charreire et Durieux)³, qui consiste à procéder par allers retours entre des observations empiriques et des connaissances théoriques tout au long de la recherche.

« L'abduction est l'opération qui, n'appartenant pas à la logique, permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par un essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses (...). L'abduction consiste à tirer de l'observation des

¹ Edgar Morin est un sociologue et philosophe français et penseur de la complexité, il définit sa façon de penser comme « constructiviste »

² David, A. (2000). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion: Trois hypothèses revisitées In Les nouvelles fondations des sciences de gestion (Eds, A. David, A. Hatchuel and R. Laufer). Paris: FNEGE-Vuibert, 83-109.

³ Charreire S., Durieux F., [1999], "Explorer et tester", in Méthodologie de Recherche en Management, coordonné par Raymond-Alain Thiétart, Dunod, chapitre 3, pp.57-80.

*conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter*¹». L'idée de conjecture signifie qu'*a priori*, au cours de cette phase, plusieurs schémas explicatifs vraisemblables sont proposés. Cette étape présente deux enjeux principaux. Tout d'abord, nous souhaitons percevoir correctement la réalité et les éventuels problèmes posés dans le cadre de l'action organisée, et ainsi répondre correctement au critère de pertinence de la recherche. Ensuite, nous disposons d'une instrumentation théorique suffisamment lâche pour être ouvert à des phénomènes inattendus et à des formes d'explications multiples.

L'intégration du terrain de recherche est précédée par une étude préalable, et une certaine maîtrise de la littérature sur les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances et leurs relations avec la performance organisationnelle des systèmes de soin. Dans le cadre de notre recherche, les apports de la littérature nous servent de guide sur le terrain pour collecter les données, puis au cours de l'analyse, pour s'interroger sur les concepts significatifs. De plus, l'étude de cas nous obligera à pré-structurer notre recueil des données, afin de faciliter les comparaisons inter-cas. Ainsi, nous allons aborder le terrain avec des thèmes d'étude et des questions générales, issues de notre revue de la littérature. Ces questions seront affinées et précisées au fur et à mesure du déroulement de la recherche, par une confrontation permanente des données recueillies aux concepts étudiés.

La démarche de recherche que nous allons mener se différencie d'une approche purement inductive, sur la mise en évidence de lois universelles. Même si notre objectif est bien de partir de l'observation pour établir des régularités, celles-ci ne sont pas considérées comme indiscutables et universelles. En fait, c'est le caractère « réfutable » de nos conclusions (au sens de Popper², qui les distingue des lois universelles. Dès lors, notre recherche proposera des résultats plausibles, et non des conclusions certaines. Sur la base de ce qui précède, nous confirmons que notre démarche s'inscrira dans une logique abductive. Selon Peirce³ considéré comme l'un des fondateurs du pragmatisme et de la sémiotique moderne, l'abduction est la seule forme de raisonnement qui puisse activer un processus de recherche. Plus précisément, selon l'auteur, l'abduction est un type d'argument dans lequel on passe de l'observation de certains faits à la découverte de conclusions plausibles, compte tenu de ce que l'on sait grâce aux prémisses. En effet, Peirce⁴ conçoit la création de connaissances nouvelles à la manière

¹ Koenig G. (1993) : "Production de la connaissance et construction des pratiques organisationnelles", Revue de Gestion des Ressources Humaines, n° 9, novembre 1993.

² Popper K.R. (1969), *Conjectures et réfutations : la croissance du savoir scientifique*, Paris, Payot.

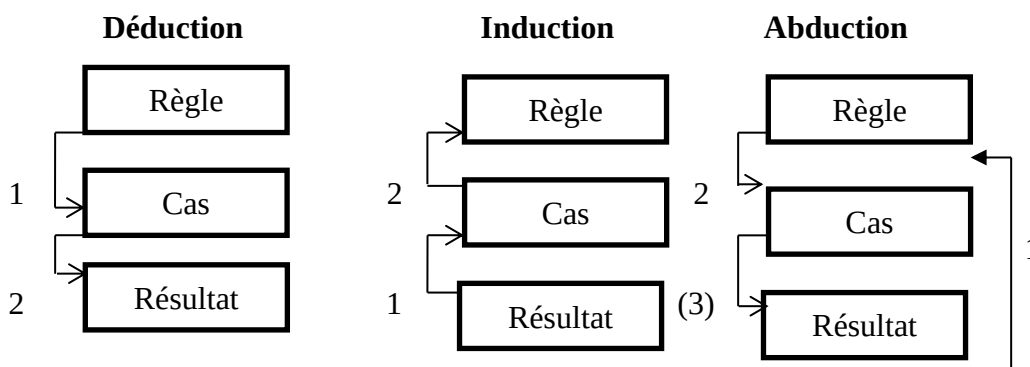
³ Peirce C.S. (1933-1967), *Collected Papers*, Cambridge, Harvard University Press.

⁴ Idem.

d'un processus interprétatif, fortement dépendant des connaissances antérieures. En d'autres termes, créer de nouveaux savoirs n'équivaut pour lui qu'à une nouvelle façon de relier des éléments déjà connus. L'abduction est dès lors un raisonnement qui est de l'ordre de la création autocontrôlée de connaissances nouvelles, laquelle commence dans une impression, une perception, puis se poursuivra par la validation des conclusions émises par inférences déductive et inductive¹. Plus récemment, la notion d'abduction a été reprise dans les recherches qualitatives en sciences de gestion. En particulier, pour Koeing², « *alors que l'induction vise à dégager de l'observation des régularités indiscutables, l'abduction consiste à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter* ».

Pour bien expliquer, les points de divergence entre les trois dimensions, Gaudez³ s'est basé sur les travaux de Eco⁴ afin d'éclaircir la structure logique des modes de raisonnement précités.

Figure 11 : Comparaison des schémas différentiels déductif, inductif et abductif



Eco (1988 :50) Peirce et adapté par Gaudez (2005)

Pour mener une comparaison entre ces trois dimensions, nous nous référons aux apports de la réflexion peircienne⁵. Généralement, la déduction et l'induction n'apportent pas des explications ; alors que la première est purement analytique (la déduction ne produit aucune nouvelle connaissance, puisque les affirmations ou les conclusions sont déduites à partir d'hypothèse générale, de prémisses ou d'un cadre théorique : elles y sont déjà inscrites), la seconde est plutôt synthétique (la règle résulte de l'observation répétée de faits réels et

¹ Angue K. (2006), *Les partenaires de coopération en recherche et développement dans les Sciences du Vivant*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Nice-Sophia Antipolis.

² Koeing. Op. Cit.

³ Gaudez. F. de l'abduction créative comme méthode sémio-anthropologique au service de la sociologie de la connaissance et des représentations. Centre d'étude des rationalités et des savoirs, 2004.

⁴ Eco U. (1988), « Opera aperta ». Milano. Gruppo editorial Fabbri, Bompiani.

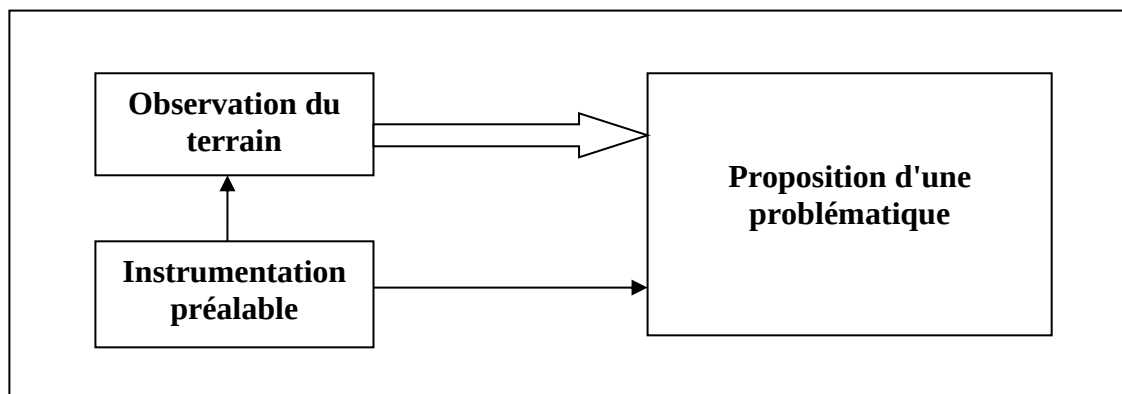
⁵ Charles S. Peirce José Manuel romero Tenorio, Universidad Complutense de Madrid, 2012.

contingents) en remontant du particulier (données, cas et situations singuliers) au général (une loi, une théorie, une connaissance générale)¹.

Selon Peirce, l'abduction est complètement indépendante des deux autres dimensions, car elle apporte une explication des faits « à découvrir » sous la forme d'une hypothèse, donc d'une règle possible. Son utilité est de permettre au chercheur, lorsqu'il observe un fait dont il connaît une cause possible, de conclure à titre d'hypothèse que ce fait est probablement dû à cette cause, tandis que les inférences déductives et inductives assumeront pour leur part les rôles de justification et de vérification.

Pour conclure, David² considère l'abduction comme le raisonnement que l'on tient lorsqu'il s'agit d'interpréter ce que l'on observe, donc de faire coïncider des faits mis en forme et des théories de différents niveaux de généralité. Ainsi, dans le cadre de notre travail, le raisonnement abductif consiste à interpréter les données issues de nos études de cas, en les confrontant à la littérature existante, et ce, pour élaborer des conclusions plausibles qu'il conviendra de tester ultérieurement pour tendre vers le statut de règles.

Figure 12 : La phase d'abduction



I.3. Intérêt de la démarche qualitative pour notre recherche

La méthodologie qualitative s'avère particulièrement appropriée pour notre travail, pour les raisons suivantes :

- la description de la réalité de la relation entre les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC et la performance organisationnelle des systèmes de soin, par la prise en compte de la richesse des mots employés par les acteurs de l'hôpital. (Huberman

¹Martin O. (2010), « Induction –déduction », in Paugam Serge (dir), les 100 mots de la sociologie, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », pp.13-14.

² David, A. (1999). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion. Actes de la VIIIe Conférence de l'Association internationale de management stratégique

& Miles)¹, ont souligné que les mots possèdent un caractère «évocateur », « concret », « significatif », qui s'avèrent souvent plus convaincants que des « chiffres » ;

- la compréhension de notre objet d'étude (le pilotage de la performance organisationnelle par les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances) dans sa globalité, tel qu'il est vécu et interprété par les acteurs hospitaliers, ce qui permet de mieux cerner la complexité du phénomène étudié.

Le recours à l'approche qualitative n'était pas vraiment un choix, mais la nature des données exploitées l'exige comme méthode. Plus tard, au cours de l'évolution de notre recherche, il s'est avéré que « les atouts non négligeables de l'approche qualitative, la rendent particulièrement pertinente dans de nombreux contextes et problématiques de recherche ».

L'intérêt que peut revêtir une étude qualitative pour notre recherche se manifeste à travers plusieurs niveaux :

D'abord, celle-ci est aussi plus adéquate que la méthode quantitative² pour saisir et approfondir la relation entre une cause (action, événement...) et la conséquence qu'elle entraîne. Nous citons à titre d'exemple, l'impact de l'infrastructure de la gestion des connaissances sur la capacité de l'hôpital à s'adapter à son environnement.

L'approche qualitative nous a paru nécessaire pour expliquer à quoi ressemblent les liens entre les éléments « les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC et la performance organisationnelle des systèmes de soins»

Autrement dit, les explications peuvent être générées en présentant des descriptions (détaillées d'événements) issues des données collectées quant au « comment » et « pourquoi » le phénomène se produit ou s'est produit dans des contextes particuliers³.

Ensuite, l'emploi d'une approche qualitative peut être justifié par son caractère exploratoire intensif (Hlady- Rispal)⁴ notamment, en raison des lacunes quant aux connaissances actuelles sur le phénomène investigué (non traité statistiquement). Certes, il existe dans la littérature des

¹ Huberman A.M. & Miles M.B. (1991), Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes, Bruxelles, De Boeck Université

²Pour rappeler la distinction opérée dans la littérature entre les recherche quantitatives et qualitatives, nous nous référons à une idée principale de Bardin (2007) selon laquelle « l'analyse qualitative semble offrir une plus grande liberté d'action ou d'interprétation, alors que le quantitatif propose aux chercheurs des conventions ou des schèmes d'actions plus précis. Il ne s'agit pourtant pas (la méthode qualitative) de donner libre cours à son intuition, mais, bien de la canaliser et de faire preuve de vigilance critique en renonçant à l'illusion de la transparence des faits sociaux, en tenant d'écarter les dangers de la compréhension spontanée » (p : 31).

³ Wynn& Williams, 2012.

⁴ Hlady Rispal, Martine. La méthode des cas. Application à la recherche en gestion. De Boeck Supérieur, 2002.

recherches sur la performance organisationnelle des systèmes de soin, mais, il n'y a pas encore (au moins dans le contexte de notre recherche) des études qui portent sur le lien entre la performance organisationnelle des systèmes de soin et les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC. Effectivement, les méthodes qualitatives permettent d'explorer en profondeur les phénomènes puisque les données colligées ne sont pas délimitées par des catégories d'analyse prédéterminées¹.

Enfin, en considérant notre objectif - mener une recherche exploratoire -, nous avons constamment besoin d'activer nos lectures et de penser à privilégier de nouveaux croisements non programmés auparavant.

A la lumière de toutes ces particularités, notre approche méthodologique doit laisser la place à l'expression des acteurs : les conceptions et le sens qu'ils donnent à leurs actions, que nous ne pouvons saisir que via leurs discours. Constituent les données de base de notre recherche et l'outil précieux pour comprendre puis expliquer les processus, les relations et la perception de la performance organisationnelles par les acteurs de l'hôpital.

Parmi les méthodes qualitatives, l'étude de cas représente le mode d'accès au réel le plus utilisé et est particulièrement recommandée lorsque des champs nouveaux et complexes sont abordés et quand les développements théoriques sont faibles. Celle-ci nous a paru la plus adéquate tant à nos objectifs qu'à nos contraintes.

Section II. Le choix d'une méthodologie qualitative centrée sur une étude de cas

Notre méthodologie qualitative nous pousse à opter pour l'étude de cas. La littérature spécialisée en la matière fournit de nombreuses définitions, mais la plus fréquemment citée est celle de Yin² qui décrit l'étude de cas comme « *une recherche empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte réel, lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte n'apparaissent pas clairement, et dans laquelle de multiples sources d'évidence sont utilisées* ». Suite à des travaux majeurs³, l'étude de cas a su s'imposer au sein des approches qualitatives en gestion, comme une stratégie de recherche à part entière. Pour ces auteurs, l'étude de cas possède en soi des qualités indéniables telles que :

- la compréhension d'un phénomène actuel, encore peu connu de la recherche ;

¹ Mayer & al, 1998.

² Yin R.K. (1994), Case Study Research: Design and Methods, London, Applied Social Research Methods Series.

³ Glaser & Strauss, 1967 ; Eisenhardt, 1989 ; Yin, 1994 ; Wacheux, 1996 ; Stake, 1995, 1998 ; Hlady-Rispal, 2000, 2002 ; Giroux, 2003 ; Miles & Huberman, 2003.

- son aptitude à concilier plusieurs modes de recueil de données de type qualitatif et/ou quantitatif ;
- explorer, décrire, tester ou générer des théories.

II.1. Pertinence de l'étude de cas

Le choix de l'étude de cas comme démarche est justifié par les raisons suivantes :

- En premier lieu, la nature de la question de recherche : pour Yin ses déterminants sont, à la fois, l'étendue du contrôle du chercheur et le degré de focalisation sur les événements contemporains. L'auteur met en exergue un tableau permettant d'inscrire l'étude de cas dans la logique des méthodes qualitatives :

Tableau 14 : Critères de choix d'une stratégie de recherche

Stratégie de recherche qualitative	Type de question de recherche	Contrôle sur les événements contemporains	Focalisation sur des événements contemporains
Expérimentation	Comment ? Pourquoi ?	Oui	Oui
Enquête	Qui, quoi, où, combien ?	Non	Oui
Analyse d'archives	Qui, quoi, où, combien ?	Non	Oui/ Non
Histoire	Comment ? Pourquoi ?	Non	Non
Etude de cas	Comment ? Pourquoi ?	Non	Oui

Source : Yin (2009 :8)

Le choix de l'étude de cas est justifié lorsque la question de recherche porte sur le comment ou le pourquoi d'un ensemble d'événements contemporains sur lesquels le chercheur a peu ou pas de contrôle a priori¹.

Notre recherche, comme indiqué précédemment, porte sur les raisons « comment » les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances peuvent devenir des supports à la performance organisationnelle des systèmes de soin. Cette question peut être scindée en deux sous questions :

- Comment les pratiques de la gestion des connaissances dans l'hôpital public peuvent-elles générer des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances ?
- Comment la présence des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances favorisent-elles l'amélioration de la performance organisationnelle des systèmes de soin ?

¹ Yin 2009. Op. Cit.

Précisons également que nous ne souhaitons pas exercer un contrôle sur le comportement des acteurs et que nous portons un intérêt particulier aux événements réels liés à nos cas d'étude ;

- En second lieu, l'objectif¹ de la recherche : l'étude de cas conviendrait à un objectif d'exploration tandis que la méthodologie quantitative serait convenable pour une étude qui teste des théories. De notre part, nous cherchons à comprendre une thématique qui reste encore peu étudiée et produire une connaissance qui émerge de la réalité des acteurs², l'exploration est donc notre ultime finalité. Nous prêtons attention à la perception qu'ont les acteurs hospitaliers de ce qu'est la performance, de leur implication au sein de ce qui la forme et plus particulièrement le rôle de la gestion des connaissances, de leur expérience en tant qu'acteurs et des avantages qu'ils considèrent en tirer en faveur du pilotage de la performance organisationnelle. Ainsi, nous qualifions notre stratégie d'étude de cas comme exploratoire.

Pour résumer, nous sommes de l'avis de Giordano³, que l'étude de cas est une stratégie de recherche dynamique qui trouve son intérêt dans les recherches de type diachronique, processuel et contextuel. Il indique qu'elle est d'une grande utilité si le chercheur tente de répondre à des questions telles que : Que s'est-il passé ? Comment et pourquoi un phénomène s'est-il produit ?

En ce qui nous concerne, si nous faisons recours à l'étude de cas c'est pour bénéficier de ce que Girin⁴ appelle « opportunisme méthodique » : l'étude de cas nous permet d'effectuer des observations dynamiques à partir d'un grand nombre de variables en interaction qu'elles soient historiques, contextuelles ou circonstanciées. Dans ce cadre, deux types de recherches sont possibles : d'un côté, celles formulant des théories a priori pour les tester. De l'autre côté, des recherches choisissant d'approcher le terrain pour essayer d'en extraire des théories. Nous avons choisi de mener une recherche du second type, notamment pour :

- Comprendre une situation, ses déterminants et les représentations qu'elle engendre chez les répondants ;
- Analyser des processus ;

¹ « La méthode des cas vise deux objectifs. Elle permet ; (1) de mettre à l'épreuve une théorie ou des propositions en dégagant des pistes de généralisations théoriques. De même, (2) si le chercheur désire décrire un phénomène dans toute sa complexité selon une approche dite compréhensive en prenant en compte un grand nombre de facteurs, elle s'avère nécessaire » (Giroux, 2003 : 43).

² (Glaser & Strauss, 1967).

³ Giordano Y. (2003), « Les spécificités des recherches qualitatives », Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative, Paris.

⁴ GIRIN. J. L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations. École Centrale de Paris. 1989

- Et mettre en évidence des causalités récursives.

Par ailleurs, l'utilisation de l'étude de cas implique que :

- Les situations observées dépendent en grande partie du contexte ;
- La réalité s'explique différemment selon le mode d'appréhension des acteurs du même titre que leurs actions qui résultent, également, d'une combinaison des intentions, des capacités d'action et de contraintes « perçues ».

Après avoir précisé l'intérêt de notre méthode de recherche, nous nous préoccupons à présent d'une question méthodologique qui ne manque pas d'importance à nos yeux : comment réaliser une bonne étude de cas et une analyse rigoureuse des données collectées ?

Comme le souligne Yin¹, la stratégie d'étude de cas est choisie « lorsque se pose une question du type « comment » ou « pourquoi » à propos d'un ensemble contemporain d'évènements, sur lesquels le chercheur a peu ou pas de contrôle ».

L'étude de cas permet de répondre à ces questions sans avoir besoin de contrôle sur les comportements, mais en se focalisant sur les évènements actuels par opposition aux évènements historiques.

Enfin, selon Hlady-Rispal² et Giroux³, si le chercheur souhaite décrire un phénomène dans toute sa complexité, selon une approche dite « compréhensive », en prenant en compte un grand nombre de facteurs, alors la méthode de cas est tout à fait indiquée.

L'étude de cas nous est apparue encore une fois adaptée à notre recherche, dans la mesure où elle nous permettrait de décrire et de comprendre comment les capacités organisationnelles peuvent-elles constituer des supports à la performance organisationnelle des systèmes de soin. Une fois décidée la méthode de cas comme stratégie d'accès au réel, nous avons dû définir si notre recherche devait s'appuyer sur un ou plusieurs cas. Nous avons opté pour l'étude de deux cas.

Cependant, Yin précise que cette méthode de recherche n'exclut pas des défauts. Elle expose le chercheur à des biais, dont les principaux sont:

- le manque de rigueur

¹ YIN R.K. (1994), *Case Study Research: Design and Methods*, 2nd Edition, London, Applied Social Research Methods Series, vol. 5, Sage Publications.

² Hlady-Rispal. Op. Cit.

³ Giroux N. 2003 L'étude de cas, in Y. Giordano (Ed.), *Conduire un projet de recherche : une perspective qualitative*, Colombelles.

- la généralisation scientifique : ce qui est attendu d'une étude de cas c'est une généralisation théorique et non pas statistique en énumérant les fréquences (généralisation de populations ou d'univers).
- La longue durée et les documents en masse et donc non lus qui en résultent.

II.2. Des cas multiples dans une logique de réplication littérale

Nous avons choisi de mener une recherche basée sur l'analyse de cas multiples (deux hôpitaux), notre choix est guidé par les trois raisons suivantes :

Tout d'abord, une recherche basée essentiellement sur un cas unique permet certes une compréhension fine d'un contexte spécifique, cependant elle génère des connaissances idiosyncratiques qui facilitent la validité interne mais nuisent à la validité externe¹.

Ensuite, une étude fondée sur de cas multiples permet d'améliorer la validité externe et de procéder à des comparaisons². Elle se justifie donc dans le cadre d'une mise en évidence de régularités³. Yin⁴ aborde le concept de réplication des résultats. Il oppose la réplication « théorique » à la réplication dite « littérale ». La réplication théorique, signifie que les cas sont choisis en vue d'aboutir à des résultats différents pour des raisons prédictibles, alors que la réplication littérale repose au contraire sur la volonté de produire des résultats similaires. Notre objectif de recherche est essentiellement fondé sur la découverte de régularités, nous avons donc privilégié une logique de réplication littérale.

Enfin, l'étude de cas multiples est qualifiée par certains auteurs⁵ d'étude de cas « collective » car, elle correspond à une approche instrumentale, destinée à améliorer la compréhension d'un phénomène étudié à partir de cas multiples, dans une optique plutôt exploratoire. Ainsi, l'étude de cas multiples nous semble convenable à notre recherche qui se veut exploratoire, avec pour objectif de comprendre la complexité de la relation entre les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances et la performance organisationnelle.

Après tout, en traitant plusieurs cas, nous pouvons éviter les erreurs d'évaluation concernant l'importance accordée à un ou plusieurs événements. Nous limitons dès lors les effets de «

¹ Miles M.B. (1979), « Qualitative Data as an Attractive Nuisance: The Problem of Analysis », *Administrative Science Quarterly*,

² Huberman et Miles. Op. Cit.

³ Koeing G. (1993), « Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*.

⁴ Yin R.K. (1994), *Case Study Research: Design and Methods*, 2nd Edition, London, Applied Social Research Methods Series,

⁵ Stake R.E. (1998), « Case Studies », in denzin N.K. & Lincoln Y.S. (Eds), *Strategies of Qualitative Inquiry*, London, Sage Publications

l'illusion holiste », défini par Miles & Huberman comme le fait « *d'accorder aux événements plus de convergence et de cohérence qu'ils n'en ont en réalité, en éliminant les faits anecdotiques dont la vie sociale est faite* ». Ainsi, un événement au départ anodin peut prendre de l'importance s'il se retrouve dans plusieurs cas. Ceci nous oblige également à ne pas éliminer d'emblée les faits qui peuvent nous paraître d'importance moindre.

Quel est alors le nombre minimal de cas à étudier ?

Plusieurs auteurs¹ se sont penchés sur cette question, ils avancent que le nombre approprié de cas à étudier se situe le plus souvent entre quatre et dix. Cette limite inférieure est niée par Yin (1994), pour lequel deux ou trois cas sont jugés suffisants pour dresser les premiers résultats d'une recherche exploratoire s'inscrivant dans une logique de réplique littérale. En l'absence de règle absolue en termes de nombre de cas à traiter, Eisenhardt (1989) et Yin (1994) mettent en évidence le principe de saturation comme élément d'appréciation. Selon ce principe, un nombre suffisant de cas est atteint lorsqu'un cas supplémentaire n'apporte plus d'informations clés venant enrichir la théorie. Même si une telle appréciation apparaît délicate puisqu'*« on ne peut jamais avoir la certitude qu'il n'existe plus d'information supplémentaire capable d'enrichir la théorie »* (Royer & Zarlowski, 1999b, p. 216), nous avons eu recours à deux cas dans notre recherche (hôpital de santé mentale et psychiatrie et l'hôpital des spécialités). En outre, les contraintes temporelles dans lesquelles s'inscrit notre recherche, ainsi que notre terrain de recherche ne permettaient pas d'envisager un nombre plus élevé de cas.

Section III. La sélection des cas

Les recherches qualitatives dépendent largement de la sélection des cas. Pour Eisenhardt², la généralisation des résultats est déterminée par la qualité de la sélection des cas. Les études de cas multiples exigent que le chercheur soit explicite sur le choix des cas à étudier³. Cependant, la pertinence des résultats dépend d'une sélection rigoureuse, la réponse à notre question centrale de recherche, nous a obligé à suivre la démarche suivante : après avoir défini un type d'organisation qui peut faire l'objet de notre étude, nous avons établi un inventaire des organisations potentielles susceptibles d'être étudiées. La sélection proprement dite des cas s'est établie sur la base des critères d'échantillonnage théorique retenus.

¹ Eisenhardt, K.M (1989), « Building theories from case study research », *Academy of Management Review*, vol.14, n°4, pp.532-550.

Savall & Zardet, 2004. Op. Cit.

² Eisenhardt, K.M (1989), Op. Cit.

³ Yin (1994) et Miles & Huberman (2003)

III.1. Performance et gestion des connaissances au sein des établissements de soin comme champ d'investigation

Avant de procéder à la sélection proprement dite des cas, il est important de définir le champ d'investigation sur lequel portera la recherche¹. Le champ d'investigation est le terrain auquel le chercheur a accès, sur quoi vont porter les observations, ou sur quoi va se déployer le dispositif de recherche². Notre objet d'étude a l'avantage d'avoir un terrain d'investigation bien délimité : la performance organisationnelle des systèmes de soin. Par ailleurs, à partir de notre revue de la littérature sur la performance organisationnelle en milieu hospitalier, nous avons pu définir des critères qualitatifs nous permettant de repérer les types d'hôpitaux pouvant faire l'objet de notre étude de cas :

- L'existence d'une infrastructure de gestion des connaissances (infrastructure technologique, structures organisationnelles etc.) ;
- La présence des processus de gestion des connaissances (les mécanismes de production, de mobilisation et de partage de connaissances) ;
- La présence des compétences exigées pour gérer les connaissances (corps médical, corps de soin etc.)
- L'existence des critères d'évaluation de la performance organisationnelle (les quatre dimensions de la performance)

III.2. Les critères de choix du terrain d'investigation

Nous avons orienté dès le début, nos recherches de terrains vers le secteur hospitalier où l'amélioration de la performance est fortement liée à la gestion des connaissances. J-Y PRAX³ justifie l'existence de la gestion des connaissances par l'objectif d'amélioration de la performance. « *La gestion des connaissances n'a de sens que si elle est reliée au business, à la capacité à améliorer la performance* ». A l'hôpital, la gestion des connaissances est orientée vers l'objectif d'améliorer l'accès de tous les patients à un service de qualité (performance hospitalière). Pour répondre à notre question centrale de recherche, nous avons cherché une structure hospitalière susceptible d'être un terrain d'investigation adéquat. Nous avons jugé pertinent le choix du Centre Hospitalier Universitaire Hassan II. Ce choix est motivé par les raisons suivantes :

¹ Eisenhardt, 1989. Op. Cit.

² GAREL, G. et C. MIDLER, An analysis of co-development performance in automotive development processes : a case study testing a win-win hypothesis, Italy, 1998

³ Prax Jean-Yves. (2012) Manuel du Knowledge Management 3e édition DUNOD.

- La préférence pour l'étude de cas multiples relevant d'une même structure (Hlady-Rispal¹. Le CHU HII - Fès comprend au total cinq hôpitaux, ce qui permet de sélectionner des cas au sein d'une même structure.
- L'existence d'une infrastructure favorisant la gestion des connaissances. Le CHU HII a mis en place un système d'information hospitalier SIH, en l'occurrence le progiciel HOSIX, permettant de relier tous les acteurs du centre. Cette nouvelle technologie présente une excellente plate-forme pour la gestion des connaissances.
- La volonté de suivre une logique de réplication littérale. Cette dernière implique que les cas soient suffisamment proches pour être comparés et produire des résultats similaires². Autrement dit, pour être inclus dans l'échantillon théorique, un cas doit posséder suffisamment de traits en commun avec les autres cas. Il sera exclu s'il possède une différence fondamentale par rapport aux autres³. Les cas faisant l'objet de notre recherche appartiennent tous les deux au même hôpital, ils ont impérativement des caractéristiques communes.

III.2.1. Le centre hospitalier universitaire CHU Hassan II de Fès : un terrain d'investigation riche mais complexe

Le Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès a été inauguré en Janvier 2009, d'une capacité d'accueil de 880 lits répartis sur 42 services de médecine et de chirurgie. La gestion du centre est assurée par un conseil d'administration et un conseil de gestion. La direction du CHU est assistée par le secrétaire général et une équipe managerielle des services administratifs et financiers. Le centre est composé de cinq hôpitaux (hôpital des spécialités, hôpital d'oncologie, hôpital Omar Drissi d'ORL, ophtalmologie, hôpital de la mère et enfant et hôpital Ibn Al Hassan de psychiatrie). Chaque hôpital est géré par un directeur qui dépend étroitement du directeur général.

Les différents hôpitaux sont découpés en services dirigés chacun par un professeur chef de service souvent assisté par un infirmier chef major et une secrétaire. En outre, au sein de chaque hôpital, on trouve des médecins, des infirmiers, des aides-soignants. Hiérarchiquement, nous distinguons deux types de structures qui coexistent au sein du CHU Hassan II. La première structure la plus influente est celle du corps médical, dominée par les professeurs d'enseignement supérieur, les professeurs agrégés et les professeurs assistants médecins résidents, internes et externes avec des liens fonctionnels bien définis. La deuxième structure,

¹ Hlady-Rispal. M (2002). Op. Cit.

² (Yin, 1994). Op. Cit.

³ Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago, IL : Aldine.

celle des infirmiers qui est pratiquement subordonnée aux chefs du service des soins infirmiers (SSI) de la direction générale et le SSI de l'hôpital. Le pouvoir de l'infirmier chef est d'une importance considérable selon l'organisation et la répartition du pouvoir dans le service. Pour des raisons d'occupations scientifiques telles que l'enseignement, la plupart des chefs de services hospitaliers délèguent la gestion du personnel infirmier au major du service. La délégation de cette tâche au major de service s'explique par le fait que ce type de profil incarne la continuité de l'administration. Les deux structures travaillent ensemble, il existe de fortes interactions entre ces deux formations, la relation entre corps médical et infirmier est sous forme de liens de prescrire, d'ordonner de faire faire, ces liens revêtent aussi des délégations de tâches à exécuter, supervision du travail effectué par l'infirmier.

III.2.2. La gestion des connaissances en milieu hospitalier

La littérature en sciences de gestion ainsi que les pratiques des organisations accordent une importance capitale à la reconnaissance, la formalisation et la mobilisation des connaissances des acteurs dans le support de l'innovation et de la concurrence¹. Le secteur hospitalier ne peut pas faire l'exception et donc s'y soustraire, on assiste aujourd'hui à la prolifération des initiatives, au niveau des établissements de santé, aux études consacrées à l'apport de la gestion des connaissances dans la performance de ces organisations. Cet intérêt croissant dans la littérature pour les applications de la gestion des connaissances laisse entrevoir les bénéfices que peuvent aller chercher les organisations du secteur de la santé. Pour prouver l'intérêt et le rôle de la gestion des connaissances pour les organisations de santé, Beveren² affirme que celles-ci devraient mettre des informations et des connaissances pertinentes à la disposition des consommateurs, des patients, des cliniciens, des dirigeants, des gestionnaires et des autres membres du personnel. Les organisations de santé selon Wahle & Groothuis³ ont besoin de trois catégories d'informations et de connaissances (Tableau ci-dessous) :

¹ Drucker, 1993 ; Earl, 1994 ; Nonaka, 1991.

² Beveren 2003. Op. Cit.

³ Wahle, A. E., & Groothuis, W. A. (2005). How to handle knowledge management in healthcare: a description of a model to deal with the current and ideal situation.

Tableau 15 : Processus et catégories de données, informations et connaissances dont une organisation de santé a besoin.

Processus primaires	Processus de soutien aux soins de santé	Processus de soutien en général
<u>1^{ère} catégorie</u> ● Registre central ● Consultations externes ● Admission des patients ● Administration des médicaments ● Traitement à domicile ● Traitement clinique	<u>2^{ème} catégorie</u> ● Médication ● Procédure de diagnostic ● Autres soutiens aux soins de santé	<u>3^{ème} catégorie</u> ● Apport des questionnaires ● Finances ● Apports de l'information ● La gestion ● Les facilités ● La formation

Source : IRSPUM

En effet, les organisations de santé ont besoin de capturer, préserver, transformer, stocker et appliquer les connaissances sur les expériences et les leçons du passé afin de répondre à leurs besoins actuels et futurs¹. Par conséquent, la gestion des connaissances est devenue un instrument irréversible pour les établissements de santé. Ces derniers sont appelés à gérer le capital d'expertise que détiennent les acteurs hospitaliers (médecins, infirmiers, techniciens, etc.) dans les domaines qui constituent le cœur de leur métier afin d'améliorer leur performance organisationnelle. La synergie des ressources des établissements de santé, qui sont entre autres, les ressources humaines (médecins, infirmiers, techniciens, corps administratif, etc.), les ressources techniques donne lieu à la naissance des capacités spécifiques qui progressent continûment grâce au partage et à l'acquisition de connaissances organisationnelles structurées. Ces capacités sont appelées « capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC ». Les établissements de santé se doivent donc de créer et de développer les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC. C'est ce qui justifierait la pertinence de notre étude de cas au sein du centre hospitalier universitaire CHU Hassan II de Fès.

III.2.3. La gestion des connaissances et émergence des capacités organisationnelles spécifiques au sein du CHU Hassan II

Les centres hospitaliers universitaires CHU ont un rôle clé à jouer dans la société parce qu'ils prodiguent des soins de niveau tertiaire. Ils fournissent des prestations médicales et chirurgicales courantes et spécialisées en urgence et en activités programmées. Ils assurent les tâches de l'enseignement, en partenariat avec la faculté de médecine et de pharmacie et les instituts supérieurs des professions infirmières et techniques de santé. A ce titre, ils concourent à l'enseignement clinique universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et

¹ Rubenstein & Geisler, 2005. Installing and Managing Workable Management systems. Westport. CT : Praeger.

participent à la formation pratique du personnel infirmier. Enfin, ils assurent aussi les travaux de recherche médicale et des soins infirmiers qui sont menés en collaboration avec la faculté de médecine et de pharmacie et les unités de formation et de recherche étrangères. Ils concourent aussi à la réalisation des objectifs fixés en matière de politique de santé prônée par l'Etat.

Cependant, les acteurs hospitaliers (médecins, infirmiers, techniciens, cadres administratifs etc.) sont appelés à collaborer entre eux pour pouvoir mieux gérer les flux massifs de données, d'informations et de connaissances qui circulent au sein de l'hôpital. Cette obligation de collaboration entre tous les acteurs de l'hôpital est accentuée selon Beveren¹ par le fait que l'organisation hospitalière a avantage de développer des capacités de créer, de diffuser ou de partager les connaissances à travers l'organisation afin d'améliorer les soins à prodiguer. Les établissements de santé qui gèrent et partagent leurs connaissances pourraient effectivement obtenir la réduction des temps de traitement, la réduction des coûts, le retour sur l'investissement, un niveau élevé de satisfaction et une bonne formation du personnel médical et paramédical². Dans ce contexte, la gestion des connaissances devient un instrument de première importance pour le fonctionnement correct de ces établissements. La caractéristique principale du CHU réside dans la diversité de ses acteurs, parmi lesquels, on peut citer ceux qui ont des responsabilités managériales, comme par exemple le directeur d'un hôpital des spécialités, mère et enfant, psychiatrie..), qui gère le travail développé au sein de l'hôpital ainsi que les rapports hiérarchiques avec les acteurs de l'hôpital (médecins, infirmiers, personnel d'administration, etc.), le directeur d'un service non médical (par exemple, le chef de service financier et comptable, ou le chef de service des affaires juridiques et sociales), le directeur général de l'hôpital et dans certains cas, le conseil d'administration. Les équipes managériales de l'hôpital établissent des rapports hiérarchiques, non seulement avec les différents managers, mais aussi avec les autres acteurs de l'organisation hospitalière. Pour converger tous les acteurs hospitaliers vers le même objectif et faciliter la coordination entre toutes les composantes de l'entité hospitalière, le ministère de la santé au Maroc a introduit le projet d'établissement hospitalier PEH dans les différents CHU. Ces derniers sont appelés à fonctionner au même titre que les entreprises privées.

Néanmoins, les CHU, à l'instar des organisations privées, font face à un défi difficile à surmonter : établir un équilibre entre les objectifs managériaux (les quatre dimensions de la

¹ Beveren. (2003). «Does Health Care for Knowledge Management? », Journal of Knowledge Management, Vol. 7, No 1, pp. 90-95.

² Sharma et al, 2005 & Antrobus, 1997.

performance) et les stratégies mises en place pour les atteindre. L'intérêt d'analyser ce défi réside dans le fait que, souvent, le déséquilibre entre ces deux facteurs est à l'origine de la défaillance des systèmes de gestion des connaissances.

Par ailleurs, la gestion des connaissances au sein des CHU est parfois influencée par le manque de coordination entre les différents acteurs. Cette défaillance est due parfois au poids excessif de la hiérarchie et à la méfiance des acteurs. Cette situation est expliquée par la présence de deux groupes d'acteurs (médecins et infirmiers) ayant des intérêts contradictoires et antagonistes - le personnel infirmier subit plus de pression et fait souvent face au burn-out (épuisement psychique et émotionnel à cause de la charge de travail)¹- Cette réalité peut conduire parfois à des résultats indésirables, comme par exemple la circulation d'une quantité d'informations qui est en décalage avec le ressenti des acteurs de l'hôpital. Les établissements de santé en général, et les CHU en particulier, présentent souvent des écarts défavorables² entre le travail réellement perçu et vécu et le travail prescrit, c'est-à-dire ce qui est attendu des acteurs hospitaliers et formalisé dans des procédures, cette situation illustre la défaillance de la gestion des connaissances de ces organisations.

III.2.4. Etat des lieux des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC du centre hospitalier universitaire Hassan II

La gestion des connaissances organisationnelles ne peut constituer un support à la performance que si l'organisation développe les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances. C'est dans cet ordre d'idées qu'Abou Zeid³ propose trois catégories de capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances, à savoir : les infrastructures, les processus et les compétences en gestion des connaissances.

✓ L'infrastructure de gestion des connaissances du CHU HII

Les problèmes auxquels le CHU H II est confronté et qui entravent son fonctionnement sont multiples. Ils concernent essentiellement la complexité et le cloisonnement ainsi que la saturation des portes de l'hôpital (urgences et centre de diagnostic) en raison de l'absence d'un système de régulation à l'échelle régionale et la dégradation de la prestation dans les hôpitaux préfectoraux et provinciaux, la résistance à la performance et à la culture des chiffres, l'impact des intérêts personnels et des notions de pouvoir et d'autorité, les conflits interpersonnels, la

¹ Pablo Medina et Ghizlaine Lahmadi, « La dimension communicationnelle du management hospitalier », Communication et organisation Presses universitaires de Bordeaux 1 juin 2012 : 157-168.

² Maulini, O. (2010). Travail, travail prescrit, travail réel. In FORDIF-Formation en direction d'institutions de formation, Glossaire (p. 23). Lausanne : FORDIF.

³ Abou Zeid. Op. Cit.

duplicité dans le langage et le comportement, le malaise du personnel opérant dans les services « chauds », les mutations et les démissions¹. Pour remédier à ces problèmes le CHU Hassan II-Fès a implanté des systèmes de gestion destinés à assurer une communication des données entre tous les sous-ensembles de l'hôpital et tous les acteurs, sans entrainer de perturbations majeures dans le déroulement des activités médicales². Pour Claire³ le partage de l'information du patient est une base de communication entre services, qui favorise le décloisonnement de l'organisation hospitalière (échanges d'informations, constitution de bases de données communes). Le système d'information hospitalier (SIH) mis en place par le CHU HII a permis de modifier la représentation que les acteurs ont de leur métier et a facilité le travail collectif de capitalisation de l'expérience. Cette capitalisation de l'expérience n'est possible que si elle est articulée autour de la connaissance. Autrement dit, la capitalisation de l'expérience consiste à transformer cette expérience en connaissance et la mettre au service de l'action et du savoir. Le SIH est un élément déterminant dans la définition de la performance du CHU HII, car, cette technologie spécifique est susceptible d'aider l'entité hospitalière à développer ses capacités d'acquisition, de stockage, de partage et d'intériorisation des connaissances par les professionnels et par les autres intervenants⁴. L'infrastructure de gestion des connaissances qui représente l'une des principales catégories des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC est donc présente au niveau du CHU HII.

✓ Les processus de gestion des connaissances au CHU HII

Les processus de gestion des connaissances comportent généralement trois étapes, la génération, la mobilisation et l'application. Le processus de gestion des connaissances se réfère à l'ensemble des mécanismes de production de nouvelles connaissances au sein du centre hospitalier. À ce titre le CHU HII a adopté un progiciel de gestion intégrée, HOSIX, basé sur la communication entre tous les acteurs de l'établissement, et facilitant l'accès à l'ensemble des informations du patient. Le progiciel HOSIX permet de stocker toutes les informations du patient aussi bien administratives (âge, sexe, dates d'entrée/sortie, mode d'entrée/sortie, etc.), que médicales (diagnostic, actes, etc.). Cette étape a obligé à une étape de saisie sur terminaux informatiques des données médicales directement dans les services cliniques et le plateau

¹ M. Meskani Abderrahmane, Apport du système d'information hospitalier en oto-rhino-laryngologie, thèse en médecine, Faculté de médecine Fès, 2017.

² Chaudet H., Anceaux F., M.C. Beuscart, S.Pelayo et L.Pellegrin. Informatique Médicale, chapitre 19 « Facteurs humains et ergonomie en informatique médicale ». Paris 2013

³ Gonnetan Claire. Avantages et inconvénients du Dossier Médicale Informatisé dans le cadre de l'odontologie médico légale. 24 mars 2017 [16-32].

⁴ Oxbrow & Abell, 1998; « Putting knowledge to work: what skills and competencies are required? », in SLA State-of-the-Art Institute, Knowledge Management: A New Competitive Asset, Washington, DC.

technique. Ce nouveau système d'information hospitalier SIH permet de transformer les informations collectées sous forme de données statistiques et/ou de ratios afin d'être exploitées par les utilisateurs finaux. Les informations produites par le SIH prennent la forme de connaissances¹. La mise en commun des informations en provenance de plusieurs sources et la réflexion sur l'articulation de celles-ci à l'intérieur d'un modèle génère de la connaissance utile pour l'action. Le SIH ambitionne donc de faciliter la gestion des connaissances au sein du CHU pour améliorer la qualité des soins prodigués. Les processus de gestion des connaissances améliorent directement les processus organisationnels, tels que l'innovation, la prise de décision collaborative, l'apprentissage individuel et collectif². Le CHU HII a bien développé des processus de gestion de connaissances qui sont beaucoup plus favorisés par la mise en place du SIH.

✓ **Les compétences en gestion des connaissances au CHU HII**

La dernière catégorie des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances est relative à la nature des compétences exigées pour gérer et exécuter les processus de gestion des connaissances. Cette dimension concerne la culture en gestion des connaissances, la motivation à la gestion des connaissances, les récompenses à la gestion des connaissances et les incitatifs à la gestion des connaissances. En matière de culture en gestion des connaissances, certains auteurs³ constatent que la culture des organisations de santé est de combattre la culture de résistance et la culture de protection des connaissances individuelles. Ce constat a conduit la direction du centre hospitalier universitaire Hassan II à fonder son style de management sur des bases où les patients sont au centre des soins prodigués à l'hôpital. De ce fait, la génération, la mobilisation et le partage des connaissances entre les acteurs de l'établissement n'a qu'un seul et unique objectif : satisfaire le patient.

On assiste dans ce contexte, au développement d'une culture organisationnelle hospitalière tournée vers le patient. Cette réalité a été soulevée par Beveren⁴, « *la coopération par les échanges de données, d'informations et de connaissances entre professionnels de santé œuvrant autour du malade et l'administration de l'hôpital s'avère*

¹ Philippe Paquet, 2006, de l'information à la connaissance, Laboratoire orléanais de gestion, Orléans.

² King, W. R. (2009). Knowledge management and organizational learning. In W. R. King (Ed.), Knowledge management and organizational learning (Annals of Information Systems, vol. 4). (pp. 3-13). New York : Springer.

³ Sveiby & Simons, 2002 « Collaborative Climate and Effective Knowledge of Work: an empirical study », Journal of Knowledge Management.

⁴ Beveren, 2003 « Does Health Care for Knowledge Management? », Journal of Knowledge Management, Vol. 7, No 1.

capitale et suppose un changement de culture organisationnelle ». La direction du CHU HII est consciente du fait que la performance hospitalière dépend aussi de la motivation du personnel (médical, soignant, technique et administratif etc.). En effet, la motivation des acteurs hospitaliers constitue un élément extrêmement pertinent pour faciliter les processus du partage des connaissances. Cependant, la motivation accordée au personnel, sous forme de primes de rendement, des primes de risques, n'est pas liée aux processus de gestion de connaissances mais beaucoup plus attachée au rendement individuel. Enfin, la motivation, les récompenses et les incitatifs à la gestion des connaissances ne figurent pas parmi les objectifs prioritaires du CHU HII.

III.3. Critères de sélection et nombre de cas

Dans le cadre d'une étude qualitative, la sélection des cas doit se faire pour des raisons théoriques et non pas statistiques¹. C'est pour cette raison que nous avons opté pour un échantillonnage orienté au sens de (Miles & Huberman)², c'est-à-dire non aléatoire. Pour (Gilles ; 1994), cette méthode d'échantillonnage non probabiliste est une démarche dans laquelle les unités sont choisies suivant un profil bien défini³, c'est-à-dire, selon des critères d'échantillonnage. Pour ce faire nous avons retenu les cinq critères d'échantillonnage théorique proposés par (Hlady-Rispal)⁴ : la représentativité théorique, la variété, l'équilibre, le potentiel de découverte et la prise en compte de l'objectif de recherche. Le tableau suivant récapitule ces critères d'échantillonnage.

¹ - D'Ailleurs, aucune méthode statistique ne permet de déterminer précisément et à l'avance combien de cas sélectionné (Miles & Huberman, 2003).

² Miles & Huberman. (2003). «Analyse des données qualitatives»(traduction de la deuxième édition américaine. Paris. De boeck supérieur.

³ - Gilles Alain, « Eléments de méthodologie et d'analyses statistiques pour les sciences sociales » Ed. Mc Graw Graw-Hill, Québec, Canada, 1994.

⁴ Hlady-Rispal .Op. Cit.

Tableau 16 : Les critères d'échantillonnage théorique proposés par Hlady-Rispal

Critères d'échantillonnage théorique	Implications	Degré d'exigence
Représentativité théorique	Homogénéité des cas, du point de vue de la question à étudier ou des entités examinées.	Indispensable.
Variété	Recherche de cas très différents les uns des autres (secteurs, stades de développement, modes relationnels, etc.).	Indispensable si étude de cas multi-sites à visée de génération de théories.
Equilibre	Recherche d'un échantillon de cas offrant une variété équilibrée de situations différentes.	Souhaitable.
Potentiel de découverte	Sélection de cas riches en données sur le phénomène à l'étude, où les acteurs sont ouverts à une démarche d'investigation en profondeur.	Indispensable.
Prise en compte de l'objectif de recherche	Sélection différente selon l'objectif recherché : test, génération de théorie, validation de théorie.	Logique.

Source : Hlady-Rispal (2002, p. 82)

Le critère majeur de notre échantillonnage est la représentativité théorique de chaque cas. Nous rappelons que notre recherche ayant pour objectif la découverte de régularités, nous avons privilégié une logique de répllication littérale. Cette dernière implique que les cas soient suffisamment proches pour être comparés et produire des résultats similaires¹. Autrement dit, pour être inclus dans l'échantillon théorique, un cas doit posséder suffisamment de traits en commun avec les autres cas. Il sera exclu s'il possède une différence fondamentale par rapport aux autres². Dans le cadre de notre recherche, les cas présentent un ensemble de traits communs, assurant la comparaison et la production de résultats similaires, dans une logique de répllication littérale. En effet, la logique de gestion des connaissances au sein des deux hôpitaux est identique, car les processus de gestion de connaissances impliquent les mêmes profils (médecins, infirmiers, cadres administratifs etc.). Ainsi, les deux hôpitaux étudiés possèdent la même structure qui est souvent hiérarchique. Les deux structures hospitalières ayant le même objectif qui est la satisfaction du patient et sont soumises aussi aux mêmes contraintes imposées généralement par la direction générale du centre hospitalier Hassan II.

¹ Yin, 1994. Op. Cit.

² Glaser & Strauss, 1967. Op. Cit.

En plus des caractéristiques communes à ces deux cas, nous avons recherché des spécificités afin d'obtenir une variété dans notre échantillon de cas, en vue d'accroître la compréhension du phénomène et la validité des découvertes opérées. Les deux cas sélectionnés se différencient par le degré d'exigence de leurs clients (la nature des patients). En hôpital des spécialités, les patients viennent volontairement pour se faire soigner, et la décision d'hospitalisation des malades est décidée par les médecins. Par contre, au niveau de l'hôpital de psychiatrie, les malades peuvent être hospitalisés contre leur volonté, soit pour les protéger soit pour protéger la société de leurs comportements. La décision de l'hospitalisation des patients ne relève pas uniquement des médecins et des soignants, mais de plusieurs intervenants tels que la justice, l'administration territoriale et la famille du patient. Cette réalité pèse lourdement sur le fonctionnement de l'hôpital.

Le troisième critère d'échantillonnage à respecter est celui de l'équilibre. Toutefois, pour Hlady-Rispal¹, même si la répartition équilibrée est importante, elle est difficile à atteindre, notamment pour des raisons d'accès au terrain (logistique, disponibilité des personnes, ressources). Dans la sélection de nos cas, nous avons essayé, autant que possible, de les équilibrer au niveau des critères de variété. L'équilibre est maintenu au niveau des ressources humaines mobilisées et plus particulièrement le corps infirmier. Nous constatons que le rapport patient/infirmier est presque identique dans les deux hôpitaux. Le taux est de 2 patients par infirmier (52 infirmiers pour 100 patients hospitalisés au niveau de l'hôpital de psychiatrie, alors que pour l'hôpital des spécialités, ce rapport est légèrement inférieur soit 5 patients pour 2 infirmiers). Nous signalons qu'en nombre de médecins, l'écart entre les deux hôpitaux est trop élevé.

Enfin, nous avons retenu le potentiel de découverte comme critère d'échantillonnage. Ce critère dépend de la richesse des données disponibles et de la liberté de collecte et d'analyse². Dans la constitution de notre échantillon, nous avons fait en sorte de sélectionner des cas au sein desquels les acteurs sont ouverts à une démarche d'investigation en profondeur sur le phénomène étudié. Par exemple, lors de l'entretien de contact avec les hôpitaux potentiels, si nous observions une culture de secret de la part de la personne interrogée, nous ne donnerions pas de suite à notre initiative. Soulignons que les acteurs hospitaliers avec qui nous avons eu des entretiens ont fait preuve d'une grande disponibilité et d'une forte coopération. La présence et la disponibilité de ces personnes nous a été très utile et a contribué fortement à la qualité des

¹ Hlady-Rispal (2002). Op. Cit.

² Idem.

informations collectées. Sur la base de ces quatre critères (représentativité théorique, variété, équilibre et potentiel de découverte), nous avons contacté plusieurs centres hospitaliers et avons retenu deux hôpitaux comme champs d'investigation.

III.4. L'entretien : source privilégiée de données

L'entretien constitue une source privilégiée de recueil de données dans le cadre des études de cas¹. Dans notre recherche, il en a été la source principale. Nous présenterons la manière dont se sont réalisés les entretiens que nous avons menés. Enfin, nous soulignerons les modalités de recueil des données au cours des entretiens et leurs implications sur la conduite de la recherche.

III.4.1. Le recours aux entretiens semi-directifs

L'entretien² est un des outils privilégiés de la recherche qualitative³. Il constitue un instrument puissant de recueil des perceptions, des comportements et des interactions sociales à travers le discours des acteurs⁴. Sa fréquente utilisation, doublée de précisions méthodologiques nombreuses et nuancées, semble un critère prometteur pour retenir ce dispositif⁵.

L'entretien peut être défini comme « un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour récolter des informations, en relation avec le but fixé⁶ ». Pour (Ibert et al)⁷, c'est « une technique destinée à collecter dans la perspective de leur analyse, des données discursives reflétant notamment l'univers mental conscient ou inconscient des individus »

L'entretien est différent des autres formes de recueil des contenus verbaux. Comme le souligne Vilatte⁸, un entretien n'est pas une conversation dans le sens où l'interviewé peut s'exprimer sans être contredit ou jugé explicitement par son intervieweur ; et ce dernier ne doit pas faire retour sur l'exposé de l'interviewé qui ne sait pas ce que l'intervieweur pense de ses propos :

¹ Yin, 1994 ; Faucheux, 1996.

² A la fin du XIX^{ème} siècle, le français a emprunté à l'anglais le terme interview, qui titre lui-même son origine du français entrevue. L'emprunt est généralisé et accepté depuis plusieurs années en français européen ; au Québec, c'est le terme entrevue qui s'est davantage imposé et que l'on tend à privilégier. Toutefois, le mot interview est considéré comme un synonyme acceptable, puisqu'il a donné naissance à des dérivés comme le verbe interviewer et les substantifs « intervieweurs » / « intervieweuse », qui comblent une lacune en français (Interview) L'utilisation de l'emprunt ne doit pas être étendue à tous les domaines.

³ (Denzin& Lincoln, 1998).

⁴ (Wacheux, 1996).

⁵ (Royer, Baribeau& Duchesne, 2009).

⁶ (Grawitz, 1991).

⁷ Ibert J, Baumard P, Donada C& Xuereb J M (1999) « La collecte des données et la gestion de leurs sources » Méthodes et recherche en management Chapitre IX, Paris Dunod.

⁸ Vilatt. J-C. Méthodologie de l'enquête par questionnaire. Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon. 2007.

l'échange est maintenu absent. En outre, l'entretien n'est ni un interrogatoire, ni une interview journalistique, ni un questionnaire, ni même un simple enregistrement passif dans la mesure où il y a un traitement complexe de l'information : il faut réfléchir sur ce que l'interviewé vient de dire, tout en écoutant ce qu'il est entrain de dire, tout en réfléchissant sur la relance à lui proposer, aux thèmes à aborder ou pas par la suite et à comment réorienter le cours de l'entretien si c'est nécessaire pour répondre aux objectifs fixés.

Si l'entretien était considéré au départ comme un outil irrecevable d'un point de vue scientifique, c'est aujourd'hui une technique de recherche à part entière, à la fois sur le plan des résultats et des fondements théoriques. Selon Quivy & Campenhoudt¹, il est indispensable à nombre d'égards :

- ❖ L'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations conflictuelles, leur lecture de leur propre expérience, etc. ;
- ❖ L'étude de la perception par l'interlocuteur d'un événement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences ;
- ❖ L'analyse d'un problème précis, notamment, ses données, les points de vue en présence, ses enjeux, les systèmes de relation, le fonctionnement d'une organisation, etc.

En fait, les critiques vis-à-vis de l'entretien sont moins fortes dans le sens où l'entretien compense ses propres faiblesses par la richesse heuristique des productions discursives par rapport à l'archaïsme des questionnaires. Blanchet² à juste titre considère cette technique comme irremplaçable.

Ainsi, pour la réalisation de la présente étude, nous avons fait recours à l'entretien dit :

➤ Exploratoire : si cette technique a été mobilisée au début, précisément au stade de pré-enquête, nous l'employons dans cette phase de collecte de données en tant que méthode d'observation systémique. L'objectif, ici, est de récolter des informations³ susceptibles d'apporter des réponses pertinentes à notre problématique de recherche. Le caractère exploratoire de nos entretiens nous permet de prélever des éléments de réflexion très riches et expressifs en mettant au point le lien entre la gestion de connaissances au sein de l'hôpital et la performance hospitalière.

¹ A Quivy, R & A van Campenhoudt, L. Manuel de recherche en sciences sociales. Duno. 1995.

² Blanchet A. : Dire et Faire Dire : L'Entretien ; A. Colin ; Paris ; 1991.

³ Cette information était, contenue dans l'ensemble des représentations associées aux événements vécus par l'interviewé qui la restitue, durant l'entretien, par rapport à sa propre expérience.

➤ Individuel : le fait de nous entretenir avec nos sujets, un par un, crée un cadre d'interaction personnalisé, plutôt, une opportunité d'échange susceptible de nous faciliter la tâche de retracer le parcours et le vécu de nos interlocuteurs, le rôle de chacun dans les processus de gestion des connaissances. A l'inverse de l'enquête par questionnaire, les méthodes d'entretiens individuels (par opposition à l'entretien collectif ou de groupe) se caractérisent par la souplesse, l'adaptabilité au sujet et au contexte, la possibilité de rendre compte de la motivation, des réactions affectives, bref, de la dimension émotionnelle de l'interviewé ainsi que son implication. Ce protocole, nous a permis de saisir en profondeur ou encore d'apprendre davantage sur le phénomène étudié et de mieux cerner des situations et/ou des événements ambigus au-delà des préjugés ;

➤ Semi- directif : de manière générale, les manuels de méthode distinguent trois catégories d'entretiens¹, à savoir, l'entretien directif, l'entretien non-directif et l'entretien semi-directif. Le premier est basé sur une suite de questions courtes et précises ayant un objectif confirmatoire ; dans le second, c'est la personne interrogée qui choisit le sujet à traiter, quant au troisième, il offre une flexibilité à l'intervieweur et laisse une grande liberté d'expression au répondant. Notons que le choix d'un type d'entretien ou d'un autre n'est pas neutre, au contraire, il détermine la nature des données à collecter et les résultats obtenus. Ici, après l'étude préliminaire, nous avons abordé le terrain avec un projet de recherche plus mûr, une vision plus claire et une série de thèmes préalablement définis² sans qu'il préexiste un modèle d'évaluation de la performance hospitalière à confirmer ni un modèle de gestion de connaissances dédié à soutenir cette performance (ce qui convient d'ailleurs avec l'essence exploratoire de notre travail doctoral).

Pour éviter le risque de réduire la diversité des cas de figure possibles, nos entretiens ne pouvaient être directifs et comme nous disposons d'un guide d'entretien structuré que nous voulons employer avec une attitude plus ou moins marquée de non-directivité, nos entretiens ne seront certainement pas non-directifs.

Au final, les données principales de la présente étude proviennent essentiellement des entretiens semi-directifs approfondis, parce que nous avons veillé à ce que l'ensemble des thématiques à

¹ Il est très difficile de dresser une liste d'entretiens, il existe vraisemblablement plus d'une dizaine. Toutefois, si nous retenons les critères de degré de directivité du chercheur et le niveau de profondeur visé, comme le suggèrent Baumard, Donada, Ibert & Xuereb (2003), il est possible de distinguer les trois catégories d'entretien susmentionnées.

² Nous avons défini une trame relativement précise (nous la détaillerons dans les paragraphes consacrés au guide d'entretien) issue, d'abord, de notre revue de la littérature, puis, de notre premier tâtonnement du terrain, notamment, la phase de pré-enquête.

explorer -déterminées au préalable- soient abordées en tenant compte de la possibilité que l'ordre de ces thématiques et leur formulation puissent être modifiés (si le sujet interviewé évoque lui-même certains d'entre eux ou si des questions sont abandonnées au profit d'autres selon le cours de l'entretien mais aussi en fonction des connaissances de l'individu et du niveau de précision demandé...)

Section IV : Protocole d'analyse des données

Nous présenterons dans la présente section la démarche d'analyse utilisée pour produire les résultats de notre recherche. L'élaboration d'une telle démarche nous a conduit à procéder par triangulation méthodologique en associant différentes techniques. Cette analyse comprend deux niveaux : la condensation des données et l'organisation des données pour extraire les résultats. Nous exploitons dans un premier temps, l'ensemble des entretiens effectués avec les acteurs hospitaliers puis nous procédons au codage thématique. Cette démarche analytique est largement inspirée des travaux de (Huberman & Miles)¹.

IV.1. L'étape de condensation des données

La condensation comprend « l'ensemble des processus de sélection, centralisation, simplification abstraction et transformation des données brutes de terrain². Les auteurs ajoutent « on ne peut pas dissocier la condensation des données de l'analyse. Elle en fait partie. La condensation des données est une forme d'analyse qui consiste à élaguer, trier, distinguer, rejeter et organiser les données de telle sorte qu'on puisse en tirer des conclusions finales ». Nous pouvons déduire que la condensation est omniprésente dans les différentes étapes de la recherche selon qu'elle intervient avant, pendant ou en fin de la collecte des données, pour cela, nous distinguons trois types de condensation (anticipée, concomitante et a posteriori)³. Cette section de travail met l'accent particulièrement sur le troisième type de condensation d'autant que la réduction des données est beaucoup plus variée.

Pour l'analyse des données de notre recherche, nous avons opté pour la technique de « codage thématique »⁴ : le « codage » ou « la codification » est un processus qui a pour but d'explorer

¹ D'après ces auteurs, la procédure comprend la construction d'un instrument d'analyse pour étudier la signification des propos et établir le sens du discours. Souvent les difficultés sont de rassembler des informations ambiguës, incomplètes, et contradictoires, d'interpréter les similitudes et les différences entre les répondants et de parvenir à une analyse objective.

² Miles & Huberman (2003). Op. Cit.

³ Condensation « anticipée » est celle déjà à l'œuvre dans la formation de la problématique et dans l'ébauche de la démarche de recherche. Condensation « concomitante » permet au chercheur d'effectuer plusieurs formes de condensation à la fois (résumés, repérage de thèmes, regroupements, divisions, rédaction des rapports d'étapes ou de travail), Condensation « a posteriori », c.-à-d., après le travail sur le terrain et jusqu'à l'achèvement du rapport final.

⁴ Miles & Huberman, 2003. Op. Cit.

ligne par ligne, étape par étape, les textes d'interview ou d'observations¹. Il consiste à décrire, classer et transformer les données qualitatives brutes en fonction de la grille d'analyse. Il s'agit d'un procédé lourd et minutieux qui est fait à la main et pour lesquels il n'existe aucun système automatique.

Le processus de codification est qualifié de « thématique » car les données sont classées en fonction de « thèmes »², les thèmes sont déterminés en fonction des préoccupations et des objectifs de l'étude qui sont assimilés aux unités d'analyse. Ainsi, le codage thématique est une modalité pratique de « catégorisation » des données brutes suivant les règles édictées par Mucchielli³ : homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité et pertinence.

La classification catégorielle doit en effet être homogène, c'est-à-dire regrouper les idées des enquêtés en éléments de signification semblables et ne fonctionne que sur une seule dimension. Le deuxième principe est celui d'exhaustivité selon lequel il faut rendre compte de tout ce qu'ont dit les répondants pour savoir quoi coder au juste. La troisième condition est que les catégories doivent être exclusives mutuellement les unes des autres et qu'un élément ne peut être classé que dans une catégorie et une seule. La règle d'objectivité stipule que l'analyste ou le codeur doit se mettre en garde contre ses préjugés, laisser de côté ses convictions personnelles et prendre de la distance face aux informations qui plaisent ou déplaisent en les critiquant et en expliquant pourquoi. Enfin, le choix d'une catégorie doit être fait selon le critère de pertinence correspondant, de façon optimum aux interviews et en répondant aux objectifs de l'enquête. Cette opération de création de « catégorie⁴ d'analyse » consiste à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche à préciser les aspects perceptibles d'un phénomène, il s'agit d'aller au-delà de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification (Paillé & Mucchielli)⁵.

¹ (Berg, 2003, cité par Andreani J.C. et Conchon F. « Fiabilité et validité des enquêtes qualitatives. Un état de l'art en marketing », *Revue Française du Marketing*, n°201, 1-5, 5-21.2005

² D'après Fallery & Rodhain (2007), les analyses thématiques ont précisément comme problème la définition du concept de « thème ». Ils précisent que le thème, « construction intellectuelle élaborée par le lecteur à partir d'éléments textuels récurrents, est une abstraction. Il est donc tout fait possible que le thème construit ne corresponde à aucune expression précise du texte, autrement dit que le thème ne soit pas inscrit dans le texte (un thème peut être prépondérant dans un texte, sans que les mots le traduisant n'y apparaissent jamais) » (p :23). Nous appelons thème un ensemble d'éléments qui peuvent être rassemblés dans une même catégorie plus vaste.

³ Mucchielli, Laurent. *La découverte du social. Naissance de la sociologie en France (1870-1914)*. La Découverte, 1998.

⁴ Pour Mucchielli (1996), une catégorie est un mot ou une expression qui désigne, à un niveau relativement élevé d'abstraction, un phénomène perceptible dans un corpus de données. Les catégories de codes peuvent émerger de la littérature ou du contact avec le terrain. Dans la présente recherche, les catégories sont transversales (déterminées à partir des allers-retours entre les deux).

⁵ Paillé, Pierre & Mucchielli, Alex. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*.

Tableau 17 : Modèle de catégorie de codes (exemple des concepts de COSGC)

Concepts	Catégories d'analyse
Infrastructure de gestion des connaissances	<i>Infrastructures technologiques</i> - Les technologies de l'information qui facilitent la gestion des connaissances pour créer, stocker, rechercher, distribuer et analyser les informations. <i>Les structures organisationnelles spécifiques</i> - Les modalités d'affectation formelle des tâches de travail, des rôles, des responsabilités ; - Les politiques, procédures, relations hiérarchiques ; <i>La culture organisationnelle en gestion des connaissances</i> - Les règles, les normes, les valeurs et les croyances qui sont partagées par les acteurs au sein de l'hôpital et affectent la façon de penser et de prendre les décisions.
Processus de gestion des connaissances	<i>Le processus de génération des connaissances</i> - L'ensemble des mécanismes de production de nouvelles connaissances. <i>La mobilisation des connaissances</i> - Les modalités de partage ou de transfert des connaissances. <i>L'application des connaissances</i> - L'utilisation des connaissances par les acteurs hospitaliers.
Compétences en gestion des connaissances	La nature des compétences exigées pour gérer et exécuter des processus de gestion des connaissances. <i>La culture en gestion des connaissances</i> La politique de lutte contre la culture de protection des connaissances individuelles. <i>La motivation à la gestion des connaissances</i> L'ensemble des mesures facilitant les processus de partage et de renouvellement des connaissances. <i>Les récompenses à la gestion des connaissances et les incitatifs à la gestion des connaissances</i> L'ensemble de mécanismes susceptibles de briser les barrières au succès du stockage des connaissances.

Source : Réalisé par nos soins

Les catégories d'analyse sont assimilées aux critères /indicateurs d'« opérationnalisation » des variables à observer. Par ailleurs, les « codes » permettent de transformer les données selon des

règles et de présenter les cas sous un même format¹. Ils peuvent se situer à différents niveaux d'analyse. (Miles & Huberman) distinguent trois classes :

- i) les codes descriptifs qui sont généralement créés et utilisés dès le début et ne suggèrent aucune interprétation mais consistent tout simplement en l'attribution d'une classe de phénomènes à un segment du document analysé ;
- ii) les codes interprétatifs révélant un sens plus implicite à l'action ou au discours ;
- iii) les codes plus différentiels et explicatifs qui illustrent un leitmotiv émergent, un « pattern », un thème ou un lien causal que l'analyse a décelé en déchiffrant la signification des événements ou relations locales.

Nous avons choisi le codage de notre matériel à l'aide de deux procédés différents mais complémentaires : dans un premier temps la déconstruction et ensuite la reconstruction des données² grâce auxquelles l'information véhiculée par un interlocuteur ou incluse dans son discours est réduite et uniformisée dans le but d'en produire une reformulation du contenu de ses affirmations (ou des indices notés ou observés) sous une forme condensée et formelle : nous avons donc dissocié les données de manière analytique, puis construit des branches³ pour les regrouper. Nous avons entamé ce cheminement lorsque notre premier travail exploratoire est terminé, notamment dès l'identification des thèmes autour desquels nos guides d'entretien ont été construits. Certes, nous avons compté sur un ensemble de questions à poser qui avaient été formalisées, développées, subdivisées et rédigées pour servir de base à la conduite de l'étude en question et pour faciliter également le déroulement des étapes de l'analyse ; toutefois, notre grille initiale d'analyse s'est enrichie d'autres catégories non prédéterminées qui ont émergé du terrain.

Le protocole de condensation des données⁴ nous a permis de commencer le traitement des informations collectées directement après chaque entretien. Cette stratégie est d'une importance considérable, dans la mesure où elle nous a permis d'une part de nous rappeler facilement des

¹ Saubesty Vallier, C., (2004), « Codage de données qualitatives dans les processus de construction de coopérations en management de projets : le cas d'un "pôle confort" à la SNCF », Séminaire "Les Ficelles du métier", ENS Cachan, Université de Marne la Vallée, Ecole Polytechnique, Ecole des Mines de Paris, Décembre.

² La déconstruction des données réfère au découpage et réduction des informations en petites unités comparables, en noyaux de sens pouvant être rassemblés. Lors de l'étape de reconstruction, il s'agit pour le chercheur de reconsidérer les catégories et les éléments qui y sont contenus, de les éprouver et de les raffiner afin de dégager un sens et de pouvoir décrire adéquatement la réalité (Deslauriers, 1991 : 82).

³ Ce sont les catégories thématiques formalisables dans des énoncés simples, explicites et exhaustives.

⁴ Ce protocole s'est effectué à l'aide d'un plan général de codage indiquant les grands domaines dans lesquels les codes devront être conçus, il s'agit de codes parfois préétablis et d'autres émergents des données collectées. Le choix de cette méthode se justifie par deux raisons. D'une part, notre recherche est de type exploratoire. D'autre part, parce que nous pouvons, dans le présent travail, qualifier nos catégories de codes comme celui-ci porte sur le rôle des COSGC dans le processus d'amélioration de la performance organisationnelle.

détails des réponses et des réactions de nos interviewés ; et d'autre part, parce que nous avons veillé à prendre des notes pendant ou après les entretiens¹.

Examinons maintenant la seconde composante inspirée du modèle interactif d'analyse des données de Miles & Huberman et précisons la démarche conduite.

IV.2. L'étape de restitution des résultats

Cette seconde étape a pour objectif de tirer les conclusions finales, d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche. Cette étape consiste à organiser les informations recueillies pour les rendre directement accessibles à l'analyse de manière à savoir quelle source d'information faut-il consulter si besoin est.

Nous avons utilisé aussi des données issues d'autres sources autres que les entretiens (documents sur papiers ou numériques), ces données étaient principalement utilisées pour vérifier la validité des données provenant des entretiens par la technique de la triangulation. Cette étape s'est avérée nécessaire pour obtenir une vue d'ensemble des données dont nous disposons. Au cours des entretiens auxquels nous avons porté une attention particulière, nous nous sommes attachés à noter le maximum de ce qui nous a été dit. Les notes d'observation que nous avons collectées faisaient l'objet d'une rédaction et d'un traitement selon une démarche de restitution et non sur un récit exhaustif. Nous avons procédé à une légère modification tout en gardant le même contenu des discours, notre objectif était d'éviter les prises de position (c'est exactement, effectivement, c'est évident, tout à fait ...), le style d'un discours impliqué (nous, moi, à mon avis, par rapport à moi) ; les opinions (pour /contre/neutre, je suis d'accord...). Les notes d'observation s'attachent à découvrir les thèmes moins fréquents, ceux émergents ou porteurs d'avenir (afin de ne pas biaiser l'analyse et pour éviter que nos notes déforment les mots de nos interlocuteurs, nous avons veillé à les écrire exactement comme ils les ont énoncés sans les replacer et sans les interpréter). Notre démarche analytique consiste donc à synthétiser les réponses principales et les renseignements importants de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible. Ce travail nous a permis de réduire le volume des données à traiter, d'en éliminer celles sans rapport avec la question de recherche que (Miles & Huberman) appellent « déchet » et en nous appropriant les éléments saillants.

¹ Nous notons que nous n'avons pas eu l'autorisation d'enregistrement des entretiens, nos interlocuteurs refusent catégoriquement l'idée d'être enregistré.

Dans le souci de restituer aussi fidèlement que possible les propos des répondants, nous avons construit une fiche de synthèse pour chaque entretien, et effectué une codification manuscrite des données. Cette codification a permis de répertorier les passages importants des entretiens selon leur nature. Pour analyser les données, nous avons construit diverses matrices et procédé à des comptages de fréquences d'apparition des schémas répétés dans les entretiens sur les perceptions de la performance et des COSGC. De cette façon, nous avons analysé, comme le suggère la méthode d'Eisenhardt¹, l'ensemble des entretiens individuellement (cas par cas) d'une part ; et d'autre part, nous avons comparé les entretiens (analyse inter-cas).

IV.3. Validité et fiabilité de la recherche

Les recherches basées sur les études de cas sont séduisantes et présentent de nombreux avantages pour ceux qui les utilisent, mais, elles font l'objet de nombreuses critiques. Les principales concernent la faiblesse de la généralisation possible des résultats obtenus, la dimension subjective de l'interprétation des données et le manque de rigueur de l'analyse. Pour répondre à ces différentes critiques, de nombreux auteurs² soulignent l'importance d'une réflexion sur la validité et la fiabilité de toute recherche qualitative. Le dernier point de cette section sera réservé à la qualité scientifique ainsi que les normes d'éthique qui guident notre recherche.

IV.3.1. Critères de scientificité

Il n'existe aucun consensus à l'heure actuelle, concernant la définition des critères de scientificité³ dans le domaine des études quantitatives. Il importe, de ce fait, de se baser sur la littérature en la matière, afin de colliger les critères les plus pertinents permettant d'asseoir la scientificité d'une étude qualitative.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question de la scientificité des recherches qualitatives, nous citons l'apport de Hirschman⁴ qui a retenu les critères de « crédibilité, transférabilité, conformabilité et fiabilité » qui font le pendant à ceux de « validité interne, validité externe, fidélité, fiabilité » qu'elle réserve au positivisme. Notons toutefois que d'autres auteurs les emploient de façon interchangeable⁵. Pour répondre à la question « comment peut-on évaluer

¹ Eisenhardt (1989). Op. Cit.

² (Yin, 1994 ; Drucker-Godard et al., 1999 ; Miles & Huberman, 2003)

³ Flick, U. (2009). Une introduction à la recherche qualitative (4^{ème} éd.). Sage Publications Ltd.

⁴ Hirschman E.C. (1986), Humanistic inquiry in marketing research: philosophy, method, and criteria, Journal of Marketing Research.

⁵ Miles & Huberman, 2003. Op. Cit.

la scientificité d'une recherche non positiviste ? » Lallemand¹ (2013) avait proposé un classement des critères de scientificité propres aux recherche non positivistes selon qu'elles correspondent aux précautions à prendre en amont et pendant la recherche, pour asseoir la crédibilité de la recherche² ou aux attitudes (qui se rapprochent pour certaines de conceptions éthiques) que le chercheur devrait adopter tout au long de sa recherche.

Tableau 18 : critères de scientificité de la recherche

		Auteurs cités par Lallemand (2013)
Précautions Permettant d'asseoir la crédibilité (ou « plausibilité ») de la recherche	Expliquer finement le design de la recherche	Gavard –Perret et al. (2008), Miles et Huberman (2003), Paillé et Mucchielli (2012).
	S'assurer de l'adéquation empirique des données	De Sardan (2008), Flick (« Findings [...] Grown in empirical material », 2009).
	Contextualiser	Perret et Séville (2007), de la Ville (2000), Denzin (2001).
	Réaliser des triangulations	Webb et al. (1999), Flick (2009), denzin (2006), Yin (1989, 2003, 2009)
Attitude Permettant d'améliorer la qualité de la recherche	Empathie	Perret et Séville (2007)
	Ouverture et échanges avec les autres chercheurs	Miles et Huberman (« peer debriefing », 2003).
	Rigueur	Gavard-Perret et al. (2008), Olivier de Sardan (« quête de rigueur », 2008).

Source : adapté de Lallemand (2013)

A la lumière de ces critères, la scientificité de notre démarche sera ensuite brièvement documentée.

VI.3.2. Concordance empirique des données

Une attention particulière a été portée aux verbatims qui constituent le socle de notre recherche, à cet effet, nous avons pris le soin de les inclure dans les résultats car, comme le notent (Gavard-

¹ Lallemand, A-S. « L'évaluation de la performance des réseaux territorialisés d'organisations : le cas des pôles de compétitivité français » Thèse 2013. Université Panthéon-Assas.

² (Miles & Huberman, 2003 ; 504).

Perret et al)¹, les verbatims « permettent, dans une certaine mesure, une assurance fournie, quant à la qualité de l'analyse de contenu réalisée. En effet, par ce moyen, le chercheur permet à toute autre personne de vérifier la pertinence du codage proposé ». En d'autres termes, les verbatims permettent au lecteur de juger de l'adéquation du produit scientifique aux données recueillies et participent donc à l'adéquation empirique globale de la recherche.

IV.3.3. Triangulation

La triangulation des données renforce la scientificité d'une recherche². Cette démarche permet de fonder l'argumentation sur plusieurs sources de données, et donc sur un véritable « faisceau de preuves³», lui conférant ainsi plus de poids. La scientificité de notre recherche se trouve ainsi consolidée par la multiplication des :

- i) sources de données (entretiens semi-directifs et entretiens informels, observation non-participante, recherche documentaire et autres documents institutionnels, articles de presse, rapports d'activité, sites officiels, etc.) ;
- ii) temps de collecte de données (2018, 2019 et 2020, à noter que nous avons passé six mois de stage à mi-temps à l'hôpital IBN AL HASSAN du mois de février au mois de juillet 2018) ;
- iii) méthodes (récits biographiques, codage thématique).

Nous signalons finalement que pour (Miles et Huberman), les intérêts de la triangulation dépassent le simple aspect corroboratif. En effet, ces auteurs postulent que le fait de chercher à trianguler les données, en légitimant la démarche proposée par le chercheur, assure la validité du construit.

¹ Gavard-Perret, M.-L & Gotteland, D. & Haon, Christophe & Jolibert, Alain. (2008). Méthodologie de la recherche : Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion.

² Yin, 1989, 2003., 2009. Op. Cit.

³ Idem.

Tableau 19 : Synthèse des choix effectués au cours de la recherche

CHOIX	JUSTIFICATIONS
<u>Positionnement épistémologique</u> une position « positiviste aménagée » au sens de Huberman & Miles (1991)	- inscription dans une logique de découverte de régularités (Koeing, 1993), qui vise à mettre en évidence des structures sous-jacentes permettant de comprendre la performance organisationnelle et COSGC ; - hypothèse d'un ordre caché qu'il est possible de révéler ; - mise en évidence de faits ; - position d'extériorité du chercheur ; - prise en compte du sens donné par les acteurs.
<u>Choix méthodologiques</u> Un mode de raisonnement abductif	- pas de formulation de propositions ou d'hypothèses à la suite de notre revue de la littérature ; - impossibilité du principe de « tabula rasa » ; le caractère réfutable et non universel des résultats de la recherche ; - confrontation permanente entre les données de terrain mises en forme et les travaux antérieurs ; - élaborer des conclusions plausibles qu'il conviendra de tester ultérieurement pour tendre vers le statut de règles.
Une démarche qualitative	- décrire la réalité de la relation entre les COSGC et la performance organisationnelle des systèmes de soin, par la prise en compte de la richesse des mots employés par les acteurs hospitaliers ; - comprendre un phénomène dans sa globalité, tel qu'il est vécu et interprété par les acteurs hospitaliers
Reposant sur une étude de cas	- stratégie de recherche majeure dans les récents travaux traitant la performance organisationnelle des systèmes de soin ; - question centrale de recherche de type « comment » (Yin, 1994) ; visée compréhensive de notre projet (Hlady-Rispal, 2002 Giroux, 2003).
dans une logique de cas multiples	Faire émerger des régularités comparables (Koeing, 1993) ; logique de répllication littérale (Yin, 1994) augmenter la validité externe et permettre les comparaisons (Huberman & Miles, 1998) caractère exploratoire de la recherche (Stake, 1998)
Choix relatifs à la réalisation de l'étude de cas multiples	- représentativité théorique des cas, assurant la comparaison et la production de résultats similaires, dans une logique de répllication littérale (Yin, 1994) ;

une sélection minutieuse des cas reposant sur quatre critères d'échantillonnage	- recherche de variété entre les cas, en vue d'accroître la compréhension du phénomène et la validité externe des résultats ; - recherche d'un échantillon de cas offrant une variété équilibrée ; - sélection de cas riches en données sur le phénomène étudié.
un recueil de données basé sur plusieurs sources d'évidence	- répondre aux exigences de l'étude de cas (Yin, 1994) ; l'entretien a été la source principale de données. Il a été complété par l'analyse de documents et dans une moindre mesure, par l'observation non participante.

Source : inspiré de Ayerbe (2000, pp.169-170)

Conclusion du 4^{ème} chapitre

La qualité d'une recherche est fortement liée à la posture épistémologique et aux choix méthodologiques. Pour Koeing, « *pour apprécier une recherche à sa juste valeur, il est indispensable de tenir compte des options qui la fondent* ». En guise de conclusion et considérant l'avis de Denzin & Lincoln : « les options du chercheur sont fortement conditionnées par le contexte où se déroule sa recherche, notamment quelles données y sont-elles disponibles et quel type d'étude peut-il réaliser dans ce contexte¹ ? ». De surcroît, la principale difficulté rencontrée dans la conduite de cette recherche était de savoir comment répondre aux exigences d'une recherche scientifique rigoureuse pour que les résultats soient valides. Nous nous sommes donc efforcés de respecter des paradigmes régulateurs, et ce, en parcourant la littérature consacrée aux questionnements épistémologiques, d'abord, pour choisir des outils convenables, spécifiquement, à notre recherche, puis pour examiner les articulations possibles entre les théories et les données empiriques, ainsi que les différents modes d'accès au réel d'où une démarche reproductive axée sur des allers-retours entre le terrain et la littérature.

En nous inspirant du paradigme positiviste aménagé et en adoptant une démarche qualitative (étude de cas), nous avons mis en évidence nombre de résultats dont la présentation et la discussion feront l'objet du prochain chapitre.

¹ Cite dans : Baumard, Donada, Ibert & Xuereb (2003), "la collecte des données et la gestion de leur sources", in Thietart & al., Méthodes de recherche en management, 2^{ème} édition, Dunod, paris, pp 224-256.

Chapitre V

LES COSGC : LEVIER DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE DES ORGANISATIONS HOSPITALIERES RESULTATS DE L'ETUDE EMPIRIQUE

Introduction

Ce chapitre présente les résultats de l'étude empirique que nous avons conduite au sein de deux établissements hospitaliers. Cette étude s'est assignée comme objectif l'évaluation de la performance organisationnelle de deux hôpitaux et la mise en évidence du rôle que peuvent jouer les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances en matière de pilotage de la performance des systèmes de soins. Signalons de prime abord que dans la mesure où les deux hôpitaux présentent de fortes similitudes sur le plan des COSGC, nous avons limité l'étude à une seule entité en raison de sa taille et de la qualité de son organisation interne. Pour le reste, il nous a semblé opportun de présenter chaque cas individuellement, selon l'ordre dans lequel nous avons mené les deux études de terrain.

Pour chaque cas étudié, nous avons porté notre attention sur : **i)** les quatre dimensions de la performance organisationnelle telles qu'elles sont décrites par le modèle EGIPSS ; **ii)** l'état des capacités COSGC et leurs relations avec les quatre dimensions de la performance; et **iii)** le BSC comme voie de développement des COSGC et comme levier de pilotage de la performance organisationnelle dans le contexte hospitalier.

Nous avons, par ailleurs, procédé à une analyse comparative des deux cas afin de mettre en évidence des régularités (au sens d'éléments communs) et les divergences éventuelles entre les deux cas. Cette synthèse des résultats obtenus dans chacun des cas repose sur une logique de réplique littéraire¹ qui a pour objectif principal de produire des résultats similaires.

Section I. Le cadre d'évaluation de la performance organisationnelle des deux hôpitaux

Le cadre d'évaluation de la performance organisationnelle, mobilisé dans cette thèse, est celui du modèle intégrateur conçu par *SICOTTE* et inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons. Ce modèle a été affiné et officialisé par IRSPUM sous le nom d'EGIPSS. Le modèle comprend quatre dimensions :

¹ Yin, 1994. Op. Cit.

Dimension n°1 : la réalisation des buts

Cette première dimension est étroitement liée à la capacité de l'établissement hospitalier à atteindre ses principaux buts. Pour l'hôpital public, cette dimension qui traduit la capacité d'améliorer l'état de santé des citoyens est mesurée par des indicateurs tels que : l'efficacité, l'efficience, l'équité et la satisfaction des parties prenantes.

Dimension n°2 : l'adaptation à l'environnement

L'environnement est la raison d'être de l'établissement hospitalier, il lui fournit les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités telles que les ressources humaines (médecins, infirmiers, techniciens de soins, administrateurs, patients...), les ressources financières et les ressources techniques. Cette dimension est évaluée par des indicateurs comme : la capacité d'attraction des patients, la capacité d'acquérir les ressources et la réponse aux besoins des citoyens, l'aptitude de l'hôpital à s'adapter aux changements technologiques, populationnels, politiques et sociaux (habileté à innover et à se transformer).

Dimension n°3 : les processus internes de production

Il s'agit du noyau dur de l'hôpital, qui traduit les processus de production de soins au sein de l'établissement, c'est au niveau de cette dimension qu'on retrouve la majorité des indicateurs qui sont généralement utilisés pour mesurer la performance des systèmes de soin (volume de services produits, les mécanismes de coordination, les niveaux de productivité et qualité des soins).

Dimension n°4 : les valeurs organisationnelles

Cette dimension fait référence à l'environnement de travail et s'attache au maintien des valeurs et des normes qui facilitent et contraignent les trois dimensions précédentes. C'est la dimension qui produit du sens, de la cohésion au sein de l'hôpital. Il est possible de la mesurer par des indicateurs tels que : la satisfaction du personnel, le climat organisationnel et la réaction comportementale.

L'évaluation des indicateurs des quatre dimensions :

Les indicateurs de chaque dimension seront qualifiés et classés sur une échelle à trois niveaux : Elevé, Moyen et Faible. Le premier niveau « Elevé » pour qualifier un indicateur satisfaisant et optimal, le niveau « Moyen » attribué aux indicateurs qui peuvent être corrigés et que des actions correctives sont possibles ; quant au dernier niveau « Faible » il qualifie des indicateurs insatisfaisants et qui sont susceptibles de compromettre gravement la performance de l'hôpital.

Pour les indicateurs quantitatifs qui font référence aux éléments chiffrés tels que les taux ou les ratios, le niveau de qualification a été attribué tenant compte de combien ils tendent vers l'objectif de l'hôpital. Pour les indicateurs qualitatifs, la qualification est entièrement basée sur l'opinion moyenne des participants aux entretiens. La mesure des opinions a été réalisée à l'aide de l'échelle de LIKERT (Tableau 20) qui nous a permis de quantifier des informations d'ordre qualitatif pour aboutir éventuellement à un score. Pour chaque indicateur sur l'échelle de LIKERT, les différentes opinions des participants sont classées par des graduations comprenant cinq choix de réponse qui permettent de nuancer le degré de qualification de chaque indicateur par les acteurs hospitaliers. A chaque modalité de réponse est attribué un nombre entier naturel de 1 à 5 (5-Très satisfaisant, 4-Satisfaisant, 3-Indécis, 2-Moyennement satisfaisant et 1-Insatisfaisant), en conséquence, le calcul de la moyenne des opinions devient possible. Pour ramener les stades d'évaluation à 3 niveaux à l'instar des indicateurs quantitatifs, nous avons décidé à ce que les deux modalités de réponse (Très satisfaisant et satisfaisant) correspondent au niveau de qualification (Elevé).

Tableau 20 : Echelle de LIKERT pour évaluer les indicateurs qualitatifs des dimensions de la performance des deux hôpitaux

Indicateurs qualitatifs	Elevé			Moyen	Faible
	Score ≥ 3			$2 \leq \text{Score} < 3$	$1 \leq \text{Score} < 2$
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Indécis	Moyennement satisfaisant	Insatisfaisant

I.1. Le terrain de recherche

Notre stratégie de recherche, basée sur l'étude de cas, a pour objectif la restitution de toute la complexité de la performance organisationnelle des deux hôpitaux. A ce titre, plusieurs modes de collecte d'information ont été employés : entretiens semi-directifs, sources documentaires internes et externes, observation non participante. Les entretiens approfondis constituent la principale source d'information. Les entretiens ont été réalisés de manière semi-directive, sur la base d'un guide d'entretien structuré, abordant une série de thèmes préalablement définis, permettant de cerner le phénomène sans trop le contraindre. Ce guide a été élaboré à l'issue de notre revue de la littérature. Il a été enrichi et précisé au fur et à mesure de l'avancement de notre étude de cas. En tout, l'effectif interrogé est de 10 personnes en hôpital de psychiatrie (2 médecins, 4 infirmiers et 4 cadres administratifs). A l'hôpital des spécialités nous avons réalisé 20 entretiens (5 médecins, 7 infirmiers et 8 cadres administratifs). En plus des entretiens, plusieurs observations ont été faites sur le terrain : observations de situations de travail telles que des dialogues entre différents agents participant au fonctionnement de l'hôpital. Certains

dialogues ont donné lieu à des notes d'observations détaillées. Enfin, certaines sources documentaires ont été essentielles à la compréhension des enjeux de la performance organisationnelle : fiches de poste, site intranet, site du ministère de la santé, la documentation réglementaire, etc.

I.1.1. L'hôpital IBN AL HASSAN

L'hôpital IBN AL HASSAN est un établissement hospitalier de 3^{ème} niveau, créé en 1983, avec une capacité litière de 83 lits répartie entre deux services : 44 places pour hommes et 24 pour femmes au service de psychiatrie et 15 lits au service d'addictologie. L'hôpital est situé au nord-ouest de la ville de Fès sur une superficie de 20.245 m², il relève du Centre Hospitalier Universitaire CHU Fès. Il emploie environ 96 personnes (21 médecins, 54 infirmiers, 9 cadres administratifs et 12 techniciens). L'hôpital IBN AL HASSAN est un acteur majeur de la santé publique dans la région de Fès-Meknès. La région comprend aussi deux autres centres hospitaliers de psychiatrie de 2^{ème} niveau, l'hôpital Moulay Ismail à Meknès avec une capacité de 58 lits et l'hôpital Ibn Baja à TAZA avec une capacité de 40 lits.

I.1.2. L'hôpital des spécialités

L'hôpital des spécialités, inauguré en 2009 sur une superficie 45 060 m², est le plus grand des cinq hôpitaux du CHU Hassan II, il regroupe presque toutes les spécialités à l'exception de la psychiatrie, l'oncologie et la gynécologie. L'hôpital comprend 19 services hospitaliers (dont 10 chirurgicaux et 8 médicaux) ; il dispose aussi d'un service des urgences munis de soins intensifs et d'un bloc opératoire et radiologie, et abrite également deux services de réanimations polyvalentes et deux blocs opératoires centraux. La capacité litière de l'hôpital s'élève à 471 lits répartie entre les différents services de l'hôpital.

Tableau 21 : La capacité litière des services au titre de l'année 2019

Services	Capacité litière	Services	Capacité litière
Urgences adultes	14	Neurochirurgie	20
Chirurgie thoracique	22	O.R.L	20
Chirurgie cardio-vasculaire CCV	20	Chirurgie vasculaire	21
Chirurgie viscérale C3	28	Réanimation polyvalente A1	14
Gastro-entérologie	18	Réanimation polyvalente A4	20
Radiologie	0	Bloc opératoire central B.O.C A2	8
Dermatologie	21	Bloc opératoire central B.O.C A3	8
Pneumologie	27	Endocrinologie	14
Cardiologie	22	Rhumatologie	18
Médecine interne	24	Traumatologie - orthopédique 1	18
Néphrologie	18	Traumatologie-orthopédique 2	20
Urologie	28	Exploration fonctionnelle	4
Chirurgie viscérale E3	20	Laboratoire	0
Médecine physique	0	Neurologie	24

L'hôpital des spécialités emploie un effectif total de 1189, réparti entre 576 médecins dont 104 enseignants (PES, Professeurs agrégés et PESA), 360 infirmiers, 95 techniciens de santé et 55 personnel administratif. En termes d'infrastructure, l'hôpital occupe 6 bâtiments (A, B, C, D, E et F). Seuls les adultes qui peuvent être pris en charge par l'hôpital, pour les enfants de 15 ans, leur prise en charge n'est acceptée que dans certaines disciplines comme la neurochirurgie.

I.2. Les dimensions de la performance organisationnelle des systèmes de soins

Nous examinerons successivement, les quatre dimensions de la performance organisationnelle à savoir : la production, l'adaptation, les buts et les valeurs organisationnelles.

I.2.1. La dimension « Production »

La dimension «Production» met l'accent sur l'intégration des processus internes de l'hôpital pour produire. Il s'agit du noyau technique de l'établissement hospitalier. C'est la dimension qui regroupe des indicateurs qui sont généralement utilisés pour mesurer la performance des établissements de services de santé. Cette dimension est liée aux volumes de soins et services offerts par l'hôpital, et aussi par leur optimisation en fonction des ressources investies. Elle

concerne également la coordination des services, qui permet un agencement logique et fonctionnel, dans la perspective d'un parcours de soins fluide et continu. La production inclut aussi les services collectifs de promotion, de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé. Nous allons évaluer les indicateurs de cette dimension, en abordant respectivement : le volume de services offert et la productivité qui en découle, l'indicateur de la pertinence pour mesurer le degré d'intégration de la recherche et de la formation en hôpital, puis nous mettrons l'accent sur la politique de l'hôpital en matière de diversification de services pour couvrir les besoins des patients. Enfin nous chercherons à évaluer l'indicateur d'accessibilité pour mesurer la qualité de l'accès des patients aux différentes étapes de soin.

- Le volume de services et productivité : Cette sous-dimension mesure la quantité de services produits par l'hôpital. Les principaux indicateurs de cette sous-dimension sont la capacité litière et celle d'occupation. En conséquence, son évaluation peut être réalisée à travers l'analyse des services disponibles, leur organisation et en observant le taux d'occupation. La production des services au sein de l'hôpital doit être optimisée par rapport aux ressources disponibles. Une production non optimisée provoque des gaspillages de ressources. La productivité en hôpital est mesurée par la quantité de services produits par rapport au travail des professionnels et les matériaux utilisés.

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN
• La capacité litière de l'hôpital est de 83 répartie entre deux services : ✓ Psychiatrie 68 lits, soit 44 pour hommes et 24 pour femmes. ✓ Service d'addictologie 15 lits. • Le temps moyen de séjour est d'environ 25 jours. • Le nombre de consultations : ✓ Consultation en urgence : 12 008 ✓ Consultation au centre diagnostic : 10 188 ✓ Consultation au centre addictologie : 1 055 • Nombre de journées d'hospitalisation est d'environ 36 603 • Nombre de séances de la psychothérapie individuelle : 2 431 • Nombre de séances de la psychothérapie collectives : 2615 • Nombre de médecins : 21 • Nombre d'infirmiers : 54
Hôpital des spécialités
• La capacité litière de l'hôpital est de 471 répartie entre les 19 services. • Le temps moyen de séjour est d'environ 9 jours. • Le nombre de consultations : 6036 • Nombre de journées d'hospitalisation est d'environ 131759 • Nombre de médecins : 576 • Nombre d'infirmiers : 360 • Nombre de techniciens de santé : 96

L'hôpital IBN AL HASSAN :

Les principaux problèmes de cette dimension sont liés aux volumes des services offerts, qui restent loin des attentes de la population. Une forte pression est exercée sur les ressources humaines (médicales et de soins), une moyenne de 70 consultations en urgence est enregistrée chaque jour. Cette forte demande sur les services de l'hôpital est expliquée par un cadre de l'établissement : *« la plupart des patients de l'hôpital sont des jeunes et de sexe masculin, ils souffrent généralement d'une forte dépendance de la drogue, des grands consommateurs de cannabis. Cette situation est due à l'abondance de cette plante dont la culture a envahi la plupart des régions voisines de la ville de Fès comme Taounate, Al-Hoceima »* J. D. Hôpital Ibn al Hassan, 03/04/2018.

La production des soins à IBN AL HASSAN est affectée par des facteurs externes, tels que la consommation excessive de la drogue par des jeunes issus des provinces qui connaissent une forte prolifération de la culture des cannabis. Cette situation met les ressources de l'hôpital sous une forte pression où le taux d'occupation peut atteindre parfois des niveaux record 190%.

« Nous ne pouvons pas prévoir avec précision ou même avoir une idée sur l'effectif des patients qui sera présent dans les locaux de l'hôpital, dans les prochains mois ou les jours à venir. Les méthodes scientifiques de prévision sont inadaptées pour notre contexte pour de multiples raisons. Nous travaillons souvent en collaboration avec les autorités publiques et plus particulièrement avec les autorités judiciaires. Ces dernières peuvent contacter l'administration de l'hôpital à n'importe quel moment en lui demandant de trouver une place pour un délinquant (atteint d'une maladie mentale) qui a commis un crime contre quelqu'un » A.B. Ibn Al Hassan, 05/05/2018.

L'hôpital des spécialités :

A l'image de l'hôpital IBN AL HASSAN, l'hôpital des spécialités souffre de la faiblesse de volumes des services offerts, qui ne répondent pas aux besoins de la population. Un énorme fossé est enregistré entre l'offre et la demande de soins, en raison de la masse de la population qu'il dessert, soit 4 236 892 habitants. A noter que pour certaines spécialités qui ne sont pas disponibles ailleurs - hôpitaux provinciaux ou préfectoraux de la région - telles que la médecine interne, le nombre de lits disponibles dans cette spécialité ne dépasse pas 28 lits. Le manque de ressources en termes de capacité litière et de ressources humaines conduit les services à programmer l'admission des patients sur plusieurs semaines, la durée d'attente peut être parfois assez longue. L'hôpital est obligé d'accueillir des patients en dehors de la région de Fès-Meknès, ce qui constitue une forte pression sur ses différents services. Un responsable du service neurochirurgie nous explique la situation au sein de son service :

« L'offre de soin de l'hôpital des spécialités est destinée, en vertu de la carte sanitaire à la population de la région Fès-Meknès. Outre ces deux grandes villes, Fès et Meknès, l'hôpital dessert d'autres provinces : Boulemane, Séfrou, Moulay Yaâcoub, Taounate, Taza, El Hajeb, Ifrane. La capacité actuelle de l'hôpital ne permet pas de satisfaire la demande de ces 9 villes, dans certaines spécialités telles que la Neurochirurgie où je suis affecté, nous avons déjà 600 demandes en instance, certaines personnes doivent attendre parfois jusqu'à 3 ans, sachant que la capacité litière est de 28 lits et la durée de séjours peut atteindre parfois plus de 30 jours. Nous avons reçu récemment une note ministérielle qui nous oblige à prendre en charge des patients qui viennent des villes hors région Fès-Meknès, telles que Khénifra , Errachidia, Alhoceïma... ce qui pèse lourdement sur le fonctionnement normal de l'hôpital ». H.L. L'Hôpital des spécialités CHU HII 05/02/2020.

Malgré la forte pression exercée sur ses services, l'hôpital IBN AL HASSAN affiche des améliorations en matière de la quantité de soins offerte par rapport aux ressources utilisées. L'hôpital enregistre annuellement une baisse moyenne de 5% du taux d'hospitalisation, cela est dû essentiellement à l'amélioration de l'offre de soins en ambulatoire. La durée moyenne de séjour est en baisse depuis les 3 dernières années sous l'effet de l'amélioration de la qualité de la prise en charge hospitalière. L'amélioration de ces indicateurs n'a pas été généralement accompagnée par l'allocation des ressources supplémentaires. En hôpital des spécialités, le volume de soins reste en dessous des attentes de la population, en raison de manque de ressources humaines et techniques, alors que la productivité est relativement élevée.

- **La pertinence** fait référence aux choix appropriés en relation avec les connaissances et les besoins. L'utilisation de stratégies non pertinentes peut mener à des résultats non optimaux et même nocifs. L'évaluation de la pertinence peut se faire par l'analyse du niveau d'intégration de la recherche et la formation au sein de l'hôpital.

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN

- Recherche presque inexistante : le taux d'encadrement est beaucoup plus faible : 2 professeurs de l'enseignement supérieurs sur un total de 19 entre médecins internes et résidents.
- Manque de formation en psychiatrie générale des médecins généralistes.

Hôpital des spécialités

- La recherche scientifique est considérée parmi les activités principales de l'hôpital, 109 médecins enseignants couvrant toutes les spécialités, répartis comme suit :
 - ✓ 22 Professeurs de l'enseignement supérieur ;
 - ✓ 20 Professeurs agrégés ;
 - ✓ 67 Professeurs de l'enseignement supérieur assistants.

L'hôpital IBN AL HASSAN :

La production est affectée aussi par l'absence de services de soins à domicile et l'insuffisance de la recherche. La vocation de l'hôpital de 3^{ème} niveau est celle de promouvoir la recherche dans le domaine de la santé mentale, alors que le centre IBN AL HASSAN exerce les tâches des hôpitaux du 1^{er} et du 2^{ème} niveau. Ce constat a amené les autorités de tutelle à le transformer en un hôpital de 2^{ème} niveau. L'examen des moyennes des opinions provenant de l'échelle de Likert pour l'indicateur « Pertinence » permet de constater que les répondants ont une attitude moyenne insatisfaisante à l'égard de l'intégration de la recherche et la formation à l'hôpital IBN AL HASSAN (score 1,9).

L'hôpital des spécialités :

A l'hôpital des spécialités, le soin à domicile est également inexistant ; par contre, la recherche clinique y est bien structurée. L'hôpital assure la mission de recherche scientifique en santé en partenariat avec la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, conformément aux politiques du ministère de tutelle. Le nombre d'encadrants s'élève à 109 (soit 22 PES, 20 Professeurs agrégés et 67 PESA) pour un total de 541 médecins résidents et internes. Le taux d'encadrement est donc relativement élevé soit moins de cinq médecins internes et/ou résidents) par encadrant. L'examen des moyennes des opinions provenant de l'échelle de Likert pour l'indicateur « Pertinence » permet de constater que les répondants ont une attitude moyenne satisfaisante à l'égard de l'intégration de la recherche et la formation à l'hôpital des spécialités (score 3,8).

- **Humanisme et globalité** : L'humanisme fait référence au respect du patient et de sa dignité. Le non-respect de la personne peut affecter mal son adhérence au traitement. Quant à la globalité, cette sous-dimension est mesurée par des indicateurs tels que le niveau de couverture des besoins des patients par la diversification des spécialités.

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN
• Attribution de nouvelles ressources aux services dont le nombre de patients augmente. • Manque de quelques ressources destinées aux loisirs et sports pour les patients. • Absence de suivi des patients ayant quitté l'hôpital. • Absence de chambres privées et d'enquêtes de satisfaction auprès des patients.
Hôpital des spécialités
• Allocation des ressources supplémentaires pour les services ayant un nombre élevé de patients. • L'hôpital abrite presque toutes les spécialités et les installations sont adéquates et adaptées aux besoins des patients. • Absence de suivi des patients ayant quitté l'hôpital. • Absence de chambres privées et d'enquêtes de satisfaction auprès des patients.

Les deux hôpitaux suivent la même politique en matière de traitement et de prise en charge des patients, le personnel médical et de soin exercent leurs missions dans le respect total de la vie humaine et de la dignité de leurs patients. Les moyennes des opinions provenant de l'échelle de Likert pour l'indicateur « Humanisme » permet de constater que les répondants ont une attitude satisfaisante quant au respect du patient et de sa dignité par le personnel des deux hôpitaux qui enregistrent un score de (4,4) à l'hôpital IBN AL HASSAN et (4,65) à l'hôpital des spécialités. En raison de l'insuffisance de ressources techniques et humaines, les deux hôpitaux ne disposent pas de chambres privées dédiées aux patients. Par ailleurs, des enquêtes de satisfaction auprès des patients n'ont jamais été réalisées. Faute de moyens aussi, les deux hôpitaux n'arrivent pas à suivre l'état des patients qui quittent l'établissement.

Pour ce qui est de l'indicateur de « globalité » qui renseigne sur la variété des services destinés à la couverture des besoins des patients, les services des deux hôpitaux offrent presque toutes les spécialités, prenant ainsi en charge tous les besoins des patients.

- L'accessibilité : L'accessibilité traduit la capacité d'accès des patients aux soins, leur prise en charge et le suivi des différentes étapes de leur processus de soins. L'accessibilité peut être financière ou temporelle. Le manque d'accessibilité empêche les patients de se faire soigner. Cette sous-dimension peut être améliorée par l'élimination ou la réduction des barrières à l'accès aux soins.

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN
• Temps moyen d'attente au service des urgences de 30 min (accessibilité temporelle). • La difficulté d'accès pour les patients qui habitent loin de la ville de Fès (accessibilité géographique). • Pour les non mutualistes (CNOPS, CNSS...) et les patients non-inscrits au régime d'assistance médicale RAMED l'hospitalisation est payante. • Une part de médicaments est offerte par la pharmacie de l'hôpital pour les patients dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation, les patients hospitalisés ont un accès total aux médicaments.
Hôpital des spécialités
• Temps moyen d'attente des urgences est de 1 heure (accessibilité temporelle). • La difficulté d'accès pour ceux qui habitent loin de Fès (accessibilité géographique). • Pour les non mutualistes (CNOPS, CNSS...) et les patients non-inscrits au régime d'assistance médicale RAMED l'hospitalisation est payante. • Existence dans la région des hôpitaux qui fournissent quelques services identiques à ceux de l'hôpital. • L'inclusion de la pharmacie dans le réseau de l'hôpital facilite l'accès aux médicaments pour les patients hospitalisés.

Pour l'indicateur d'accessibilité, les deux hôpitaux mènent une politique identique en suivant les directives de la direction du CHU Hassan II.

Pour l'accessibilité temporelle, l'hôpital des spécialités affiche un temps d'attente plus élevé (60 min) par rapport à l'hôpital de psychiatrie (30 minutes). Cela est dû essentiellement au grand nombre de patients aux portes des urgences et à la capacité limitée du bloc (3 salles d'opérations avec 3 équipes).

En matière de l'accessibilité financière, les actes médicaux ne sont pas gratuits pour tous les patients ne disposant pas de carte RAMED, les mutualistes (CNOPS, CNSS...) doivent verser à la caisse de l'hôpital le reliquat non couvert par leurs mutuelles.

Au plan de l'accessibilité géographique, l'hôpital de psychiatrie étant l'unique dans la région, une part importante de patients éprouvent des difficultés pour y accéder en raison de l'éloignement de l'établissement de leur lieu de résidence. Pour l'hôpital des spécialités, malgré l'existence dans la région des établissements de soin qui disposent des services similaires à ceux de l'hôpital, ce dernier ne cesse d'accueillir des patients qui viennent de toute la région. Les raisons qui poussent les gens à se rendre à l'hôpital des spécialités, malgré la disponibilité des soins dans des établissements plus proches sont explicitées par un responsable :

L'hôpital reçoit des patients envoyés par les médecins des hôpitaux de la région, le plus simple pour un médecin est de rédiger une fiche de liaison pour se débarrasser de certains patients, alors qu'il est possible de les faire soigner sur place. Nous avons reçu récemment, un patient envoyé par le médecin d'un grand hôpital de la région, sous prétexte de l'absence de l'appui-tête, alors qu'il est possible de rectifier le tir en dépannant par un oreiller ou un coussin. Ce genre de pratiques crée un état de détresse et peut même mettre en péril le fonctionnement normal de l'établissement. A.M. Hôpital des spécialités, 12/04/2019.

Tableau 22: Synthèse de la dimension production

Dimension Production		
Sous-dimensions	Hôpital de psychiatrie	Hôpital des spécialités
● Volume de soins et productivité	Faible	Faible
● Pertinence	Faible	Elevé
● Humanisme	Elevé	Elevé
● Globalité	Moyen	Elevé
● Accessibilité	Moyen	Moyen

Pour cette dimension, l'hôpital des spécialités présente un état global plutôt positif avec trois sous-dimensions qualifiées «Elevé» (pertinence, humanisme et globalité) et deux sous-dimensions (accessibilité et volume de soins) qualifiées respectivement de «Moyen» et « faible ». De l'autre côté, l'hôpital IBN AL HASSAN présente une seule sous-dimension évaluée « Elevé», et les quatre autres sous-dimensions sont qualifiées de «Moyen» pour la globalité et l'accessibilité ou « faible » pour la pertinence qui présente un état préoccupant en raison de la faiblesse de la recherche scientifique et pour le volume de soins et productivité.

En somme, la dimension « production » présente des niveaux de performance mitigés au niveau des deux hôpitaux. Cependant, l'hôpital des spécialités se trouve en avance par rapport à l'hôpital de psychiatrie.

I.2.2. Dimension « Adaptation »

La dimension « Adaptation » mesure le degré d'interaction de l'hôpital avec son environnement pour acquérir des ressources et s'adapter au changement induit par cet environnement. Cette dimension reflète la capacité de structurer et de configurer la politique de soins à l'hôpital et d'y acquérir les ressources adéquates pour répondre aux besoins de la population de la région dans laquelle l'hôpital est implanté. Cette dimension englobe des données liées aux capacités financières, matérielles et humaines, telles que les ressources professionnelles ou les dépenses

en santé par habitant. Comme le système de soins et services est en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des décideurs à anticiper les besoins et les tendances émergentes dans un contexte en perpétuel changement.

- **Acquisition de ressources** : cette sous-dimension exprime la capacité de l'hôpital à acquérir des ressources financières, matérielles et humaines nécessaires pour son fonctionnement. L'insuffisance des moyens peut mettre la performance de l'établissement en danger. Cette sous-dimension peut être mesurée par des indicateurs de type : le budget alloué à l'hôpital, la vente des services, la relation avec les partenaires...

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN
• Les dotations du ministère de la santé est la principale source de financement. Les recettes propres ne constituent qu'une très faible partie de financement. • Absence de budget spécifique destiné au centre hospitalier, les dépenses ainsi que leur affectation sont décidées par la direction du CHU. • L'hôpital ne dispose d'aucun pouvoir en matière de recrutement de son personnel, cette décision est confiée à la direction générale du CHU en étroite collaboration avec le ministère de la santé. • L'hôpital enregistre un manque important de ressources humaines. • Présence de formation et faiblesse de recherche.
Hôpital des spécialités
• Les dotations du ministère de la santé est la principale source de financement. Les recettes propres ne constituent qu'une très faible partie de financement. • Absence de budget spécifique destiné au centre hospitalier, les dépenses ainsi que leur affectation sont décidées par la direction du CHU. • L'hôpital ne dispose d'aucun pouvoir en matière de recrutement de son personnel, cette décision est confiée à la direction générale du CHU en étroite collaboration avec le ministère de la santé. • L'hôpital enregistre un manque important de ressources humaines. • Absence de stratégie pour retenir le personnel • Recherche et formation très présents.

En matière de financement : En principe, le budget de l'hôpital est constitué des versements des journées d'hospitalisation et des soins dispensés par l'établissement, les subventions de l'Etat et d'organismes publics ou privés, les avances remboursables du trésor et d'organismes publics ou privés ainsi que les emprunts autorisés, les dons et legs autorisés et les produits divers. Malgré la diversité de ces sources de financement, l'Etat reste le premier bailleur de fonds des deux hôpitaux. Plus des trois-quarts des dépenses des deux entités proviennent du budget général de l'Etat. Une autre source de financement provient des organismes

gestionnaires (CNOPS et CNSS). Ces derniers et sous l'égide de l'Agence Nationale de l'Assurance maladie (ANAM) se sont engagés dans un cycle de négociations des conventions nationales fixant la tarification nationale de référence (TNR) avec les Centres Hospitaliers Universitaires CHU. Ces conventions régissent les relations entre les parties signataires et fixent la tarification nationale de référence. Une autre source de financement a été mise en place en 2008, il s'agit du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) qui est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des démunis. Les recettes de RAMED ne couvrent même pas le coût de l'acte médical, selon le Ministère de la Santé à travers ses différents rapports diffusés, les montants accordés aux prestataires de soins ne couvrent ni les besoins ni les prestations facturées dans le cadre du régime. Ils ne couvrent que la moitié de la facturation établie par les prestataires de soins, étant donné que cette facturation elle-même n'est pas exhaustive. A noter que les deux hôpitaux ne disposent pas d'un budget autonome et propre à chaque établissement, les affaires financières relèvent de la responsabilité de la direction du CHU.

Acquisition des ressources humaines : Le recrutement du corps médical, de soin ou les techniciens de santé relève de la compétence de la direction du CHU, les deux hôpitaux n'ont aucun pouvoir en matière d'acquisition de leurs ressources humaines. Pour l'embauchage, ils s'adressent à la direction générale du CHU en précisant leurs besoins en termes de ressources nécessaires tels que le nombre de postes et les spécialités demandées. De son côté, le Directeur Général du CHU présente une demande au Ministère de la Santé, qui dans la limite de son budget accorde les postes demandés. Pour retenir le corps médical, le ministère de tutelle a verrouillé la procédure de la démission, le nouveau décret stipule à ce que la démission d'un médecin spécialiste ne sera acceptée qu'après avoir passé un délai minimum de huit ans au sein de l'hôpital public. Cette mesure au lieu d'être un facteur de rétention surtout pour les médecins, avait produit au contraire des effets négatifs, une part importante de jeunes médecins préfère la voie du secteur privé. La migration massive des compétences médicales vers le secteur privé conduit à la pénurie de personnel dans les deux hôpitaux et plus particulièrement au sein de l'hôpital des spécialités. Pour la recherche et la formation, un grand écart est enregistré entre les deux établissements en matière de taux d'encadrement (en hôpital de psychiatrie 2 encadrants pour 21 médecins résident et/ou internes contre 104 encadrants pour 234 médecins résident et/ou internes pour l'hôpital des spécialités).

Adaptation aux besoins de la population : elle fait référence à l'aptitude de l'hôpital à adapter ses activités aux besoins de la population, cette sous-dimension peut être mesurée par la

capacité de l'hôpital à développer de nouvelles activités pour répondre aux exigences de la population.

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN
• Absence de services et de soins à domicile. • Absence de programmes de lutte contre la consommation de drogue et la violence. • Absence de programmes de lutte contre la dépression.
Hôpital des spécialités
• Absence de services et de soins à domicile. • Variété des spécialités pour répondre favorablement aux besoins de la population.

Les deux établissements n'ont pas encore développé des services de soins hospitaliers à domicile, ils prennent en charge leurs patients selon le procédé classique de soins réalisés au sein de l'hôpital. Aucun de ces deux hôpitaux ne prend en charge ses patients sur leur lieu de vie. Pour l'hôpital IBN AL HASSAN, le ministère de la santé a institutionnalisé un certain nombre de programmes de lutte contre la violence, tels que le programme national de la santé pour la prise en charge des femmes et enfants victimes de violence. Le programme vise à assurer une prise en charge intégrée médicale et médico-sociale des femmes et des enfants victimes de violence au niveau des unités intégrées de prise en charge au niveau des hôpitaux de psychiatrie et de santé mentale. Ce programme n'a pas été mis en pratique par l'hôpital en raison de manque de ressources humaines, financières et techniques. En hôpital des spécialités, les ressources humaines médicales et de soins hautement qualifiées, la diversité des spécialités offertes et les équipements techniques à la pointe de la technologie font de cet hôpital un acteur majeur de la pyramide sanitaire dans la région de Fès-Meknès. Les services de l'hôpital sont souvent submergés par des patients qui nécessitent des prestations de premier ou de deuxième niveau. Les cas de ces patients auraient pu être pris en charges par les centres de santé proches de leurs résidences habituelles ou dans un hôpital provincial ou préfectoral. Cet état de fait se traduit par des rendez-vous de plus en plus éloignés.

- **Attraction** : Mesure la capacité de l'hôpital à attirer ses patients, de multiples démarches peuvent être utilisées pour augmenter l'attraction d'un établissement hospitalier comme des campagnes de sensibilisation, de publicité, etc.

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN
• Absence de publicité et faible présence de campagnes d'information et de sensibilisation, • Les familles et proches des patients ne sont pas intégrés dans le processus de soins. • Une forte augmentation du volume des patients depuis les dernières années.
Hôpital des spécialités
• Absence de publicité et présence timide des campagnes de sensibilisation • Une forte augmentation annuelle de l'effectif de patients.

Les deux hôpitaux ne mènent aucune publicité afin d'attirer des patients. Pourtant, les différents services subissent une forte pression, ce qui se traduit par un rallongement des délais d'attente des patients. Évidemment, un rendez-vous rapide signifie moins d'angoisse et de douleur. Souvent, des patients exaspérés par les délais s'orientent vers le secteur privé en dépit des frais souvent élevés. En matière de la sensibilisation, on enregistre une absence de campagnes d'information institutionnelles ; le ministère de la santé reste le principal acteur en ce qui concerne ces campagnes de sensibilisation. L'hôpital des spécialités, à travers les initiatives de certains services à l'image de Gastro-entérologie, organise des campagnes de sensibilisation au profit de la population de la région par son association FMC Fondation Médicale Continue. Cependant, ces campagnes restent limitées. Les moyennes des opinions provenant de l'échelle de Likert pour le principal indicateur de cette sous-dimension permet de constater que les répondants ne sont pas satisfaits quant au volume de campagnes de sensibilisation et de publicité au profit de la population. Les deux hôpitaux enregistrent un score de (1,6) pour l'hôpital IBN AL HASSAN et (1,5) pour l'hôpital des spécialités.

- **Mobilisation** : Mesure la capacité de l'hôpital à mobiliser les acteurs sociétaux pour lui apporter un soutien financier et de la main-d'œuvre bénévole. Un hôpital qui n'arrive pas à mobiliser la population peut finir par perdre une opportunité importante d'appui.

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN
• Manque de main-d'œuvre bénévole. • Modeste collaboration avec la société civile. • Les dons représentent une part très faible en matière de financement. • Grand nombre et différents types de partenaires
Hôpital des spécialités
• Manque de main-d'œuvre bénévole. • Modeste collaboration avec la société civile. • Absence de donations importantes • Grand nombre et différents types de partenaires

Les conventions avec les acteurs de la société civile, en l'occurrence les associations, sont conclues le plus souvent par la direction du CHU. Le partenariat avec ces associations est destiné à appuyer de nombreuses spécialités au sein du CHU qui pâtissent du manque d'équipements médicaux modernes. Malgré le nombre important de ces conventions et partenariats conclus entre le CHU et le tissu associatif, les résultats restent en dessous des attentes des responsables du centre hospitalier. Les dons accordés sont le plus souvent sous forme d'équipements pour des salles de soins (climatiseurs, des écrans plats, des chaises...). Les deux hôpitaux enregistrent l'absence quasi-totale de la main d'œuvre bénévole exception faite de quelques initiatives de médecins étrangers pour quelques spécialités et pour des séjours de courtes durées. L'analyse de la moyenne des opinions par l'échelle de Likert de la capacité des deux hôpitaux à drainer de la main d'œuvre bénévole permet de constater que les répondants manifestent une certaine satisfaction à l'égard de cet indicateur. Les hôpitaux enregistrent un score de (1,9) pour l'hôpital IBN AL HASSAN et (1,45) à l'hôpital des spécialités.

Tableau 23 : Synthèse de la dimension « Adaptation »

Dimension « Adaptation »		
Sous-dimensions	Hôpital de psychiatrie	Hôpital des spécialités
• Acquisition des ressources	Faible	Faible
• Adaptation aux besoins de la population	Faible	Moyen
• Attraction	Faible	Faible
• Mobilisation	Faible	Faible

La situation des deux hôpitaux est loin d'être satisfaisante au niveau de la dimension « Adaptation ». Tous les indicateurs de cette dimension restent à un niveau faible, à l'exception de l'indicateur « Adaptation aux besoins de la population » pour l'hôpital des spécialités qui est qualifié de « Moyen » et cela grâce à la diversité des spécialités offertes à l'hôpital. La présence de différentes spécialités au sein de cet hôpital est à la base d'une offre de soins à même de répondre aux besoins de la population.

En matière d'acquisition des ressources, l'Etat reste le principal bailleur de fonds sinon l'unique financeur des deux établissements. Le fait de dépendre uniquement du budget général de l'Etat peut s'expliquer, entre autres, par l'incapacité des deux hôpitaux à mobiliser d'autres apporteurs de fonds pour les soutenir à travers des dons, du bénévolat ou d'autres formes de collaboration. Les initiatives de la mobilisation de la population à travers des campagnes et des événements pour la récollection des fonds restent très limitées et surtout concentrées entre les mains de quelques associations de certains services. En ce qui concerne les ressources humaines, les deux

établissements souffrent de l'insuffisance de personnel en raison des contraintes budgétaires. Le recrutement est décidé par la direction du CHU dans la limite du budget alloué.

En ce qui concerne l'indicateur de l'attraction, les hôpitaux n'agissent pas en vue d'attirer les patients. Les campagnes de sensibilisation organisées par le ministère de la santé se limitent à prévenir la population de la maladie et à l'inciter à prendre des précautions nécessaires.

I.2.3. Dimension « Réalisation des objectifs »

La concentration sur la réalisation des objectifs est liée à la capacité de l'hôpital à atteindre ses principaux buts. Il s'agit ici d'améliorer l'état de santé des patients, qui constitue pour l'hôpital une sorte d'obligation de résultat accompagnée d'un ensemble de contraintes liées aux ressources utilisées. Cette dimension reflète la connotation classique du contrôle de gestion des systèmes de soins.

L'atteinte des buts comprend la politique générale des soins et les choix stratégiques faits par l'hôpital pour aboutir à ses objectifs en termes d'efficacité, d'efficience, de satisfaction et d'équité. Pour l'efficacité, on s'interroge sur la capacité de l'hôpital à atteindre ses objectifs préalablement fixés par la direction générale. En matière d'efficience, l'hôpital est appelé à réaliser ses buts avec une quantité des moyens donnés et sans gaspillage de ressources qui demeurent rares.

La réalisation des objectifs de l'hôpital dépend aussi de l'équité en santé qui traduit l'absence de disparités et de distinction entre les patients. Le dernier indicateur de mesure de l'atteinte des objectifs est celui de la satisfaction des patients, qui met l'accent sur le niveau d'appréciation des citoyens à l'égard de l'hôpital. La satisfaction de patients par les services de santé est fortement liée à une meilleure adhérence au traitement, à une plus grande utilisation des services et à une perception d'amélioration de la part du patient.

- **L'efficacité** met l'accent sur la capacité de l'hôpital à obtenir les résultats souhaités ou attendus, c'est-à-dire l'aptitude de l'établissement hospitalier à atteindre ses objectifs en termes de résultats de santé, qualité, rapidité, coûts, etc. En hôpital l'inefficacité pourrait mettre en danger la santé des patients. Cette sous-dimension peut être mesurée en termes de réadmissions et de l'effectif de patients qui font des complications.

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN
• Une part importante des patients fait des complications (les rechutes), • L'hôpital offre des services qui ne sont pas disponibles ailleurs tels que l'addictologie, la pédopsychiatrie et la prise en charge des patients médico-légaux. • Le nombre de réadmissions a sensiblement augmenté ces dernières années. • Absence de critères quantitatifs de mesure de l'efficacité due à l'absence d'objectifs préalablement définis.
Hôpital des spécialités
• Une part importante des patients fait des complications (les rechutes), • L'hôpital offre 18 spécialités de soins, • Le nombre de réadmissions enregistre une légère augmentation, • Absence de critères quantitatifs de mesure de l'efficacité due à l'absence d'objectifs préalablement définis.

La **complication** : l'hôpital de psychiatrie affiche un état préoccupant en termes de rechutes. De nombreux patients subissent des complications chaque année, surtout à cause de l'absence d'un suivi rigoureux de traitements après avoir quitté l'hôpital. Un infirmier responsable explique cette situation.

Le problème de rechute est fortement lié à l'absence de suivi et à la non continuité des traitements par le patient en dehors de l'hôpital. Les médicaments prescrits fonctionnent le plus souvent bien et vite et que le patient se sent guéri et a donc tendance à ne pas suivre son traitement jusqu'au bout. Un autre problème qui provoque des rechutes certaines, est la dépendance de la drogue, qui détériore la santé et la vie sociale du patient.

L.A. hôpital IBN AL HASSAN 20 avril 2018.

Pour l'hôpital des spécialités, le taux de complications reste inférieur à celui enregistré à l'hôpital IBN AL HASSAN, ce taux peut augmenter ou baisser selon les services. Les complications les plus fréquentes rencontrées à l'hôpital concernent des complications de type cardio-vasculaires, urinaires et digestives, cutanées, respiratoires et rhumatologiques.

Le taux de réadmissions est l'indicateur principal du succès de cette dimension, il se définit par les réadmissions d'un patient après sa sortie de l'hôpital. Cet indicateur mesure la qualité des soins délivrés aux patients par l'établissement hospitalier. L'importance de cet indicateur est liée principalement au coût élevé de ces réadmissions aussi bien pour l'hôpital que pour les patients et leur entourage.

L'hôpital de psychiatrie : Le retour régulier de certains patients vers les services de l'hôpital augmente le taux de réadmission en hôpital de psychiatrie et santé mentale. L'hôpital se trouve parfois obligé de réadmettre des patients dans ses services pour prévenir la dégradation de leur

état de santé. La plupart de ces ré-hospitalisations ne sont pas programmées à l'avance, c'est-à-dire après la sortie du premier séjour. A cela s'ajoutent, aussi, les réadmissions sous contrainte-décision conjointe des autorités judiciaires et des services hospitaliers- concernant des patients ayant un comportement agressif et violent et qui représentent un réel danger pour la société. La fréquence et la multiplication des réadmissions témoignent, par ailleurs, d'une mauvaise insertion sociale des patients.

L'hôpital des spécialités enregistre un taux relativement faible par rapport à l'hôpital de psychiatrie, en ce qui concerne la réadmission des patients après hospitalisation antérieure. Le taux et la fréquence de la ré-hospitalisation varient d'un service à un autre. Cette variation s'explique généralement par la prise en charge clinique plutôt que par l'évolution de la maladie. La prise en charge clinique comprend autant les gestes posés par le membre du personnel hospitalier que les processus et le système de soins vus dans une perspective plus large ; elle inclut les actes d'omission, (ex : défaut de diagnostiquer ou de traiter) et de commission (ex : diagnostic ou traitement inadéquat, performance médiocre). Certains services affichent des taux de réadmissions élevés, 47 patients ont été réadmis au service de chirurgie viscérale en 2018, soit un taux de 24 %. La ré-hospitalisation a eu lieu suite à l'aggravation de lésions chez certains patients, ou pour la simple raison d'assurer une surveillance étroite et des soins locaux adéquats.

Les objectifs assignés aux deux hôpitaux concernent aussi bien les objectifs fixés par le ministère de tutelle que ceux fixés parfois par la direction générale du CHU. Dans certains cas, ces objectifs ne sont pas définis de façon claire. En effet, pour faciliter le contrôle des résultats, les objectifs doivent être quantifiés et échelonnés dans le temps. Les objectifs fixés pour chaque hôpital se limitent à la dispense des soins médicaux, la réalisation des travaux de recherche médicale, dans le strict respect de l'intégrité physique et morale et de la dignité des malades, la participation à l'enseignement clinique universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel para médical et finalement la contribution à la réalisation des objectifs fixés en matière de santé publique par l'Etat.

- **Efficienc** : Le terme «efficienc» fait référence à la capacité de l'hôpital à obtenir de bons résultats en utilisant le moins de ressources possibles (financières, humaines, matérielles, etc.). L'efficienc renvoie à maximiser les résultats pour un budget fixé (augmenter le nombre de séjours) ou diminuer les coûts pour un résultat donné (diminuer le coût par séjour). Un hôpital est qualifié d'efficace si, le critère étant la durée de séjour, celle-ci est la plus courte possible, alors qu'il est effcient si, pour une même durée de séjour, il réduit ses coûts. Cependant, la finalité de l'hôpital ne se réduit pas à la durée de séjour la plus courte possible, mais elle dépend

de la mission que l'on assigne à l'hôpital public (les objectifs fixés par le ministère de la tutelle précédemment cités).

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN • La durée moyenne de séjour est 25 jours, • Le taux d'occupation moyen avoisine 120 %, • Psychiatrie 169%, • Service des hommes 168%, • Service des femmes 80%, • Service d'addictologie est de 51%, • Sur- utilisation du service (psychiatrie- hommes).
Hôpital des spécialités • La durée moyenne de séjour est 9 jours • Le taux d'occupation moyen atteint 90 %

La durée moyenne de séjour à l'hôpital représente un indicateur pertinent pour rendre compte de l'efficience de l'hôpital. Un séjour de courte durée diminue le coût par sortie et déplace les soins vers le cadre moins onéreux des soins de suite. Les deux hôpitaux n'affichent pas la même durée moyenne de séjour (soit 25 jours pour le centre de psychiatrie et 9 jours, toutes spécialités confondues, pour l'autre l'hôpital). Pour le centre de psychiatrie, le séjour peut prendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois pour certains patients dans le but de réduire le risque de réadmission.

A l'hôpital des spécialités, la durée de séjour diffère d'un service à l'autre. Dans certaines spécialités, la durée ne dépasse même pas un ou deux jours, dans d'autres cette moyenne peut atteindre deux mois et plus. La variation de la DMS s'explique aussi par la nature des morbidités prises en charge. Certains services, notamment la CCV, la Rhumatologie, la Néphrologie, la Dermatologie, recrutent des pathologies lourdes et chroniques, ce qui se répercute sur la DMS qui tend à s'élever. Certains patients peuvent attendre des semaines dans leur chambre avant d'être opérés ce qui fait augmenter considérablement le taux. Par contre elle diminue dans les services chauds à savoir, les réanimations, la chirurgie thoracique, la cardiologie. Les séjours plus longs ne sont pas synonymes d'une détérioration de la qualité des soins, mais ils sont liés au manque de ressources humaines et matérielles.

Le taux d'occupation moyen des lits figure aussi parmi les indicateurs de mesure de l'efficience de l'hôpital. Cet indicateur est calculé par la somme des journées d'hospitalisation au cours d'une année, pondérée par le nombre de lits disponibles. Il indique le degré d'utilisation des lits disponibles durant un an. A l'hôpital IBN AL HASSAN, ce taux est très élevé, il atteint 120%,

alors que dans la psychiatrie et plus particulièrement « service hommes », le taux s'élève à 169%. La capacité litière du centre (83 lits) est surutilisée, le nombre de patients dépasse largement la capacité disponible, ce qui engendre un désordre difficile à gérer. Cette situation a conduit l'administration de l'hôpital IBN AL HASSAN à aménager un espace dédié à accueillir le flux de patients en excédent. A l'hôpital des spécialités, le taux d'occupation varie d'une spécialité à l'autre, certains services - Neurochirurgie, Chirurgie viscérale, Urologie - enregistrent un taux de 100%, un patient sorti est immédiatement remplacé par un autre inscrit sur la liste d'attente.

- **Équité** : Selon l'OMS, l'équité en santé désigne « l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population, qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement ». L'équité en santé fait donc référence à l'absence de disparités systématiques entre les patients de différents niveaux.

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN • Tous les patients sont traités sur le même pied d'égalité, aucune différence entre les patients en matière de traitement.
Hôpital des spécialités • Tous les patients sont traités sur le même pied d'égalité, aucune différence entre les patients en matière de traitement.

L'équité de l'offre de soins figure parmi les priorités du ministère de la santé. C'est la raison pour laquelle les acteurs hospitaliers des deux établissements mettent au centre de leur préoccupation l'égalité en matière de soins entre les patients. Malgré la pression exercée sur les services des deux hôpitaux - en raison de la forte demande de soins et l'insuffisance des ressources- le personnel hospitalier déploie des efforts considérables pour assurer un traitement équitable au profit des patients. Que ce soit en centre de psychiatrie ou en hôpital des spécialités, les patients ont accès aux mêmes commodités (protocoles de soins).

-**La satisfaction des patients** est un aspect important de la qualité des soins, elle mesure le niveau d'appréciation du patient à l'égard des services offerts par l'hôpital. Les patients expriment souvent des attentes et priorités différentes de celles des prestataires de soins. Il est donc nécessaire d'en tenir compte dans l'évaluation de l'efficacité du système des soins. Les enquêtes de santé renseignent sur le degré de satisfaction des patients, et servent de base pour une éventuelle comparaison des services fournis par différents prestataires de soins.

Hôpital de psychiatrie et santé mentale IBN AL HASSAN
• Absence d'indicateurs et d'étude de satisfaction auprès des patients.
Hôpital des spécialités
• Absence d'indicateurs et d'étude de satisfaction auprès des patients.

L'insuffisance des ressources et l'éloignement des rendez-vous affectent négativement l'indicateur de satisfaction. L'appréciation des patients à l'égard des deux établissements varie en fonction des spécialités, certains services sont bien appréciés que d'autres en raison de la gentillesse leur personnel. En hôpital de psychiatrie, le sentiment d'insatisfaction chez certains patients est dû au fait que le traitement est centré uniquement sur les médicaments. A noter que les deux hôpitaux n'ont jamais mené des enquêtes de satisfaction, et ne disposent, par ailleurs, d'aucune réclamation pouvant orienter les actions et les politiques en vue de l'amélioration de la qualité des prestations.

Tableau 24 : Synthèse de la dimension « Réalisation des objectifs »

Dimension « Réalisation des objectifs »		
Sous-dimension	Hôpital de psychiatrie	Hôpital des spécialités
• Efficacité	Moyen	Elevé
• Efficience	Elevé	Elevé
• Equité	Elevé	Elevé
• Satisfaction	Faible	Moyen

Les deux hôpitaux affichent un bilan positif en ce qui concerne la dimension « Réalisation des objectifs ». Les indicateurs de toutes les sous-dimensions présentent un état de performance favorable, à l'exception de l'indicateur relatif à la sous-dimension « satisfaction des usagers » à l'hôpital de psychiatrie qui est en dessous de l'objectif. Une légère différence a été enregistrée entre les deux hôpitaux au niveau de la sous-dimension « efficacité ». Le nombre élevé de rechute et de réadmission explique la détérioration de cette sous-dimension au niveau de l'hôpital IBN AL HASSAN comparativement à l'hôpital des spécialités. En contrepartie l'hôpital offre des services qui ne sont pas disponibles ailleurs tels que l'addictologie, la pédopsychiatrie et la prise en charges des patients médicolégaux. Le jugement porté sur l'efficacité des deux hôpitaux reste aussi relatif, en raison de l'absence des objectifs clairement définis. En matière d'efficience, les deux hôpitaux présentent un indicateur identique en ce qui concerne la durée moyenne de séjour DMS, alors que pour le taux d'occupation moyen, l'hôpital de psychiatrie arrive en tête avec un TOM de 120% qui traduit la surutilisation des services. Les deux hôpitaux enregistrent une très forte utilisation des ressources humaines. En

matière d'équité, la politique de soins des deux établissements est basée sur la non-discrimination, où tous les patients sont traités sur la même base. Les points faibles de cette dimension sont liés à l'absence des enquêtes de satisfaction des patients dans les deux établissements. Plus particulièrement à l'hôpital de psychiatrie, le traitement est centré sur les médicaments. Cela est à la base d'un sentiment d'insatisfaction chez les patients et influence négativement le taux de satisfaction au sein de l'hôpital.

I.2.4. Dimension « Valeurs organisationnelles »

Les valeurs de l'hôpital représentent une partie de sa culture organisationnelle qui devrait être un facteur de sens, de signification et de cohésion entre ses membres dans le but d'accomplir leur mission. Cette dimension est mesurée par le degré de l'accord entre le personnel sur les façons idéales pour exécuter les tâches, et aussi par la qualité de vie au travail. Les sous-dimensions relatives à l'évaluation de « Maintien des valeurs » peuvent être regroupées en deux grandes catégories : consensus sur les valeurs du système et la qualité de vie au travail. Cette dernière catégorie englobe l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction au travail et les réactions comportementales.

- **Consensus sur les valeurs du système** : Cette sous-dimension est favorisée par la présence d'un système commun de valeurs sous lequel l'hôpital travaille pour accomplir sa mission et l'accord entre ses acteurs sur les façons idéales d'atteindre les objectifs. Le désaccord sur les valeurs au sein de l'établissement hospitalier peut conduire à des problèmes en raison de différentes façons d'agir au sujet d'éléments de base dans la prestation des services. Le système commun de valeurs fait référence à l'esprit d'équipe basée sur la solidarité, l'entraide, la communication et le partage. Dans ce sens les intérêts du groupe doivent prévaloir sur les intérêts individuels et personnels. La communication semble un élément indispensable pour trancher des litiges et éviter des conflits, le cas échéant. L'évaluation du consensus sur les valeurs pourrait se faire à travers des sondages et l'analyse de certains types de réactions comportementales telles que les grèves ou les manifestations du personnel.

Hôpital IBN AL HASSAN
➤ Accord du personnel avec les valeurs de l'hôpital. ➤ Tensions tendues entre le syndicat et la direction.
Hôpital des spécialités
➤ L'accord du personnel avec les valeurs de l'hôpital est fragilisé parfois par la pratique et le style de gestion de l'établissement.

Que ce soit à l'hôpital de psychiatrie ou des spécialités, le style de fonctionnement et de la gestion donne implicitement naissance à deux clans. Le premier clan qui a plus de pouvoir regroupe les médecins, alors que le second est représenté par les infirmiers et les techniciens de santé. Cet état de fait est parfois source de désaccord sur les valeurs au sein des deux établissements. A l'hôpital IBN AL HASSAN, malgré les différences qui opposent la direction et le syndicat, ce problème est moins visible en raison du faible effectif du personnel. A l'hôpital des spécialités où l'effectif global est dix fois plus qu'au centre de psychiatrie, les mésententes existent même si elles ne sont pas ouvertement déclarées. La principale cause de ce désaccord est l'absence d'un statut propre aux infirmiers (définition du champ de compétence) à l'instar des médecins. Le rapport social entre les deux clans se caractérise par une forte délégation d'actes médicaux au personnel de soins. Cette délégation peut s'effectuer de façon officielle et/ou à titre personnel dans certains services sans aucune réglementation professionnelle. Cette délégation est motivée par le fort pouvoir des médecins hospitaliers, et plus particulièrement les chefs de service qui ont une entière liberté pour l'orientation. La délégation parfois excessive de certaines tâches oblige l'infirmier de s'adapter au médecin, à sa pratique de travail, à ses habitudes, à sa disponibilité notamment pour la détermination du temps de la visite, espace-temps où le médecin effectue ses prescriptions.

- **La qualité de vie au travail** regroupe l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction du personnel et les réactions comportementales. L'environnement de travail et le climat organisationnel sont des caractéristiques qui déterminent le degré de satisfaction des acteurs hospitaliers. L'importance de cela se reflète dans le fait que les conditions de travail dans lesquelles les professionnels exercent quotidiennement leurs tâches constituent à côté de la rémunération l'élément essentiel de satisfaction. Une mauvaise qualité de vie au travail peut induire des effets négatifs tels que le stress chronique ou l'épuisement professionnel. Le perfectionnement de la qualité de vie au travail passe par l'amélioration de l'environnement de travail, pour transformer le climat organisationnel en un climat de satisfaction. Cet enchaînement produira des réactions comportementales positives chez les acteurs hospitaliers.

Hôpital IBN AL HASSAN
➤ Les conditions de travail sont conformes aux normes.
➤ Sentiment de surcharge de travail pour le personnel qui assure la garde.
Hôpital des spécialités
➤ Les conditions de travail sont conformes aux normes.
➤ Sentiment de surcharge de travail pour le personnel qui assure la garde.

Les conditions de travail dans les deux hôpitaux sont presque identiques. Le travail quotidien à l'hôpital est marqué généralement par une surcharge, notamment pour le corps médical et de soins. L'épuisement physique provoqué par les activités de soins est source de pénibilité et de stress. Le personnel médical et de soins se trouve parfois confronté à l'exécution des tâches exceptionnelles telles que la manutention de patients, charriots de soins, brancardage, etc. Ces tâches peuvent générer des troubles musculo-squelettiques, l'effectif croissant des patients et le manque de ressources accentuent ce phénomène. Malgré ces conditions de travail qui ont tendance à devenir plus difficiles et une relation avec les patients marquée par une exigence plus forte, le personnel considère que les conditions de travail restent acceptables.

	Hôpital IBN AL HASSAN & Hôpital des spécialités
Climat organisationnel	Climat organisationnel ➤ Faible rotation du personnel (à l'exception des médecins résidents) ➤ Climat organisationnel plutôt favorable.
Satisfaction au travail	Satisfaction au travail ➤ Relations tendues parfois entre la direction, les syndicats et le personnel qui se traduit par une source d'insatisfaction ; ➤ Excellente collaboration entre collègues ; ➤ Le travail est considéré comme source de réalisation et de fierté pour le personnel permanent et source d'insatisfaction pour le personnel intérimaire.
Réactions comportementales	Réactions comportementales ➤ Faible taux d'absentéisme.

Le climat organisationnel fait référence à la perception des acteurs de leur milieu de travail. Cette perception est influencée par la personnalité de l'établissement. Certains auteurs¹ ont identifié l'existence d'une relation positive entre le climat organisationnel et la satisfaction au travail. La satisfaction au travail semble largement conditionnée par le climat organisationnel. En général un climat organisationnel favorable ne peut que contribuer positivement à la satisfaction au travail. En effet plus le climat organisationnel encourage et favorise l'épanouissement de l'individu plus ce dernier est satisfait dans son travail.

¹ Bhutto et al.2012 et Hunjra et al 2010.

Le climat organisationnel dans les deux établissements est qualifié de favorable en raison de l'ambiance de travail et de la qualité des relations entre collègues du même corps. Un autre facteur prépondérant qui témoigne de la qualité du climat dans les deux hôpitaux est le faible taux de rotation du personnel médical et de soins (à l'exception des médecins résidents et internes). Malgré, des relations parfois tendues entre la direction, les syndicats et le personnel qui se traduisent par une source d'insatisfaction de la part de certaines personnes, le personnel hospitalier se dit satisfait de son métier et que l'hôpital est un bon endroit pour travailler. Le personnel hospitalier met en avant le caractère passionnant et enrichissant de son métier, ainsi que les relations humaines avec les patients, et entre collègues. Ces facteurs conjugués génèrent souvent des réactions comportementales favorables qui se traduisent par un faible taux d'absentéisme.

Tableau 25 : Synthèse de la dimension « Maintien des valeurs »

Dimension « Réalisation des objectifs »		
Sous-dimensions	Hôpital de psychiatrie	Hôpital des spécialités
• Consensus sur les valeurs de l'hôpital	Moyen	Moyen
• Environnement de travail	Moyen	Moyen
• Climat organisationnel	Moyen	Moyen
• Satisfaction au travail	Moyen	Moyen
• Réactions comportementales	Moyen	Moyen

Malgré les tensions entre les syndicats et la direction sur un certain nombre de sujets, qui conduisent parfois à la discorde et à l'insatisfaction au sein de l'établissement, la dimension « Maintien des valeurs » affiche un niveau moyennement satisfaisant pour les deux hôpitaux. L'analyse de la moyenne des opinions par l'échelle de Likert permet de constater que les répondants expriment une satisfaction moyenne sur l'ensemble des indicateurs de cette dimension. Sur le plan de la sous-dimension « consensus sur les valeurs », le score enregistré est de (2,6) à l'hôpital IBN AL HASSAN et (2,8) à l'hôpital des spécialités.

Le travail en équipe est un point important pour le personnel de l'hôpital, il permet de développer la solidarité, l'entraide et le partage. La nature multidimensionnelle de la qualité de vie au travail fait référence à de multiples composantes qui sont en interaction, de sorte qu'il est préférable de ne pas les analyser isolément. Il ne peut être donc question d'analyser séparément les causes et les effets de la qualité de vie au travail composée de quatre éléments : l'environnement de travail, le climat organisationnel, la satisfaction au travail et les réactions comportementales qui en découlent. L'engagement des acteurs hospitaliers suppose une forte identification de ces derniers à leur établissement au niveau des objectifs et des valeurs partagés.

Que ce soit à l'hôpital de psychiatrie ou de spécialités, le personnel hospitalier n'a pas le même comportement organisationnel. Le degré d'engagement et d'implication dans la réalisation des objectifs n'est pas du tout identique. Le corps médical adopte un comportement organisationnel basé sur le sentiment d'appartenance et crée en conséquence un environnement favorable à son épanouissement. Un tel environnement lui permet d'évoluer et de progresser conformément à ses objectifs. Le corps de soins quant à lui, se sent toujours lésé et milite en permanence en faveur d'un statut d'infirmier à l'instar du médecin. Les deux corps qui opèrent dans un même milieu, ne font pas l'objet de la même reconnaissance sociale. L'activité médicale, étant de l'ordre de l'affirmation publique, est socialement plus visible, alors que l'activité de soins fait partie du non quantifiable, du non reconnu et socialement invisible, et même une dissymétrie se retrouve en termes de niveau de salaire.

En dépit de tout ce qui précède, l'ambiance de travail et la relation entre collègues semblent au beau fixe, pour une partie importante du personnel hospitalier des deux établissements. L'analyse de la moyenne des opinions par l'échelle de Likert permet de constater que les répondants ont une attitude moyennement satisfaite à l'égard des deux sous-dimensions « l'environnement de travail et le climat organisationnel ». Les deux établissements affichent un score de (2,4) pour l'hôpital IBN AL HASSAN et (2,3) à l'hôpital des spécialités. Pour la sous-dimension « Satisfaction » la moyenne des opinions fait état d'une attitude aussi moyennement satisfaite avec (2,7) au centre psychiatrie et (2,45) à l'hôpital des spécialités.

Figure 13 : Synthèse des dimensions de la performance de l'hôpital IBN AL HASSAN

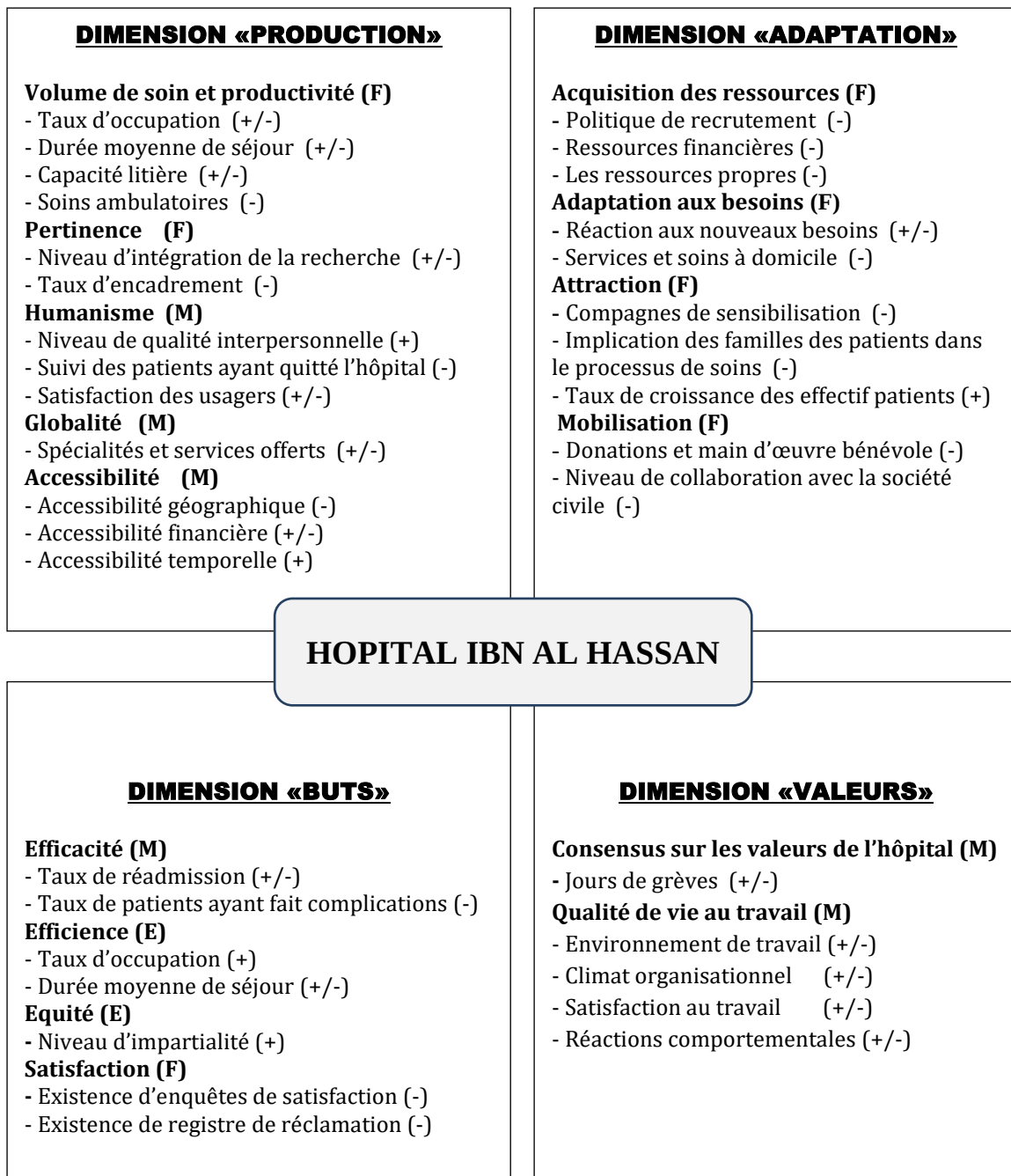
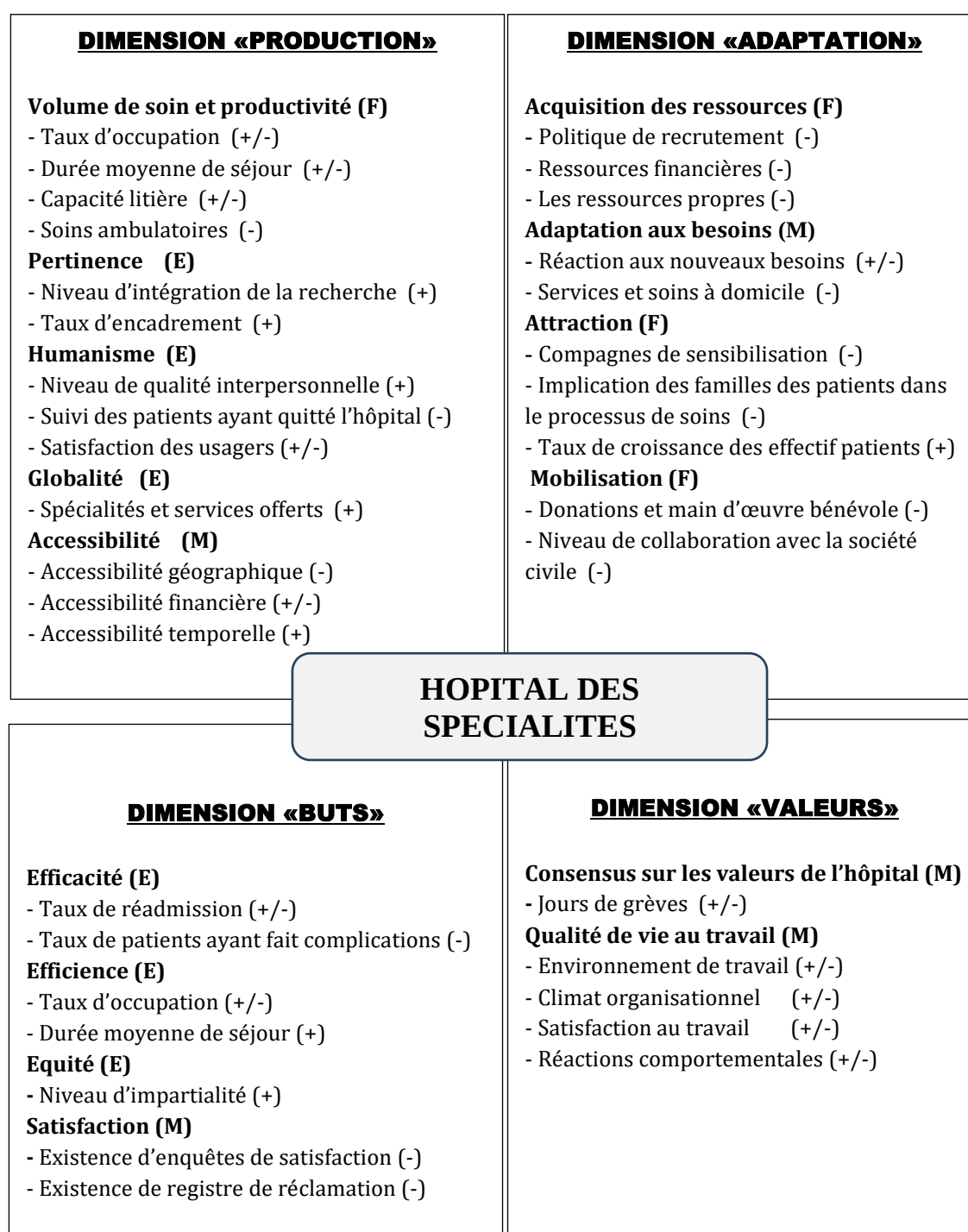


Figure 14 : Synthèse des dimensions de la performance de l'hôpital des spécialités



I.3. Synthèse des deux cas

L'évaluation de la performance organisationnelle des deux hôpitaux par le modèle ÉGIPSS a permis d'évaluer la performance des deux établissements. Généralement, les deux structures ont présenté une situation plus au moins satisfaisante sur trois dimensions de la performance (Production, Buts et Valeurs). Le positionnement des deux établissements sur ces trois dimensions n'est pas identique.

L'hôpital des spécialités garde une longueur d'avance par rapport à l'hôpital de psychiatrie sur certaines sous-dimensions.

Au niveau de la dimension « Production », l'écart entre les deux établissements est plus visible. L'hôpital IBN AL HASSAN présente un état préoccupant en matière d'intégration de la recherche et du taux d'encadrement. Le nombre de professeurs-encadrants est plus faible au centre de psychiatrie qu'à l'hôpital des spécialités.

Au niveau de la sous-dimension « Globalité », l'offre des services reste plus au moins limitée à l'hôpital de psychiatrie, alors que l'hôpital des spécialités offre différentes spécialités qui couvrent presque tous les besoins de la population.

Pour les deux dimensions « production » et « Valeurs » les niveaux de performance des deux hôpitaux sont quasi identiques. Plus concrètement, nous apercevons que la dimension la moins performante pour les deux cas est celle de « Adaptation ». Cela est dû au fait que cette dimension fait référence à l'acquisition des ressources et l'adaptation aux besoins de la population où les deux établissements éprouvent de véritables difficultés.

L'évaluation des différentes sous-dimensions des deux structures a révélé que certaines d'entre elles sont problématiques, et que les facteurs qui causent ces problèmes trouvent leurs origines aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des deux hôpitaux. Nous présenterons ci-après une synthèse des facteurs de performance en relation avec l'environnement interne et externe de l'hôpital.

➤ **Les facteurs externes**

L'allocation des ressources et le financement des deux hôpitaux dépendent largement de la politique gouvernementale. Cette dépendance impacte négativement les principales sous-dimensions de « Adaptation » telles que l'adaptation aux besoins de la population et l'acquisition des ressources. Elle n'est pas sans effet également sur les autres sous-dimensions comme la mobilisation qui se réfère à la façon dont se réalise le processus de communication avec la population et la manière dont la population s'engage à soutenir l'organisation. Cet engagement s'exprime à travers les dons, le bénévolat ou d'autres formes de collaboration. Que ce soit à l'hôpital de spécialités ou de psychiatrie, nous constatons une absence d'initiatives de mobilisation qui se traduit par la pénurie de dons et l'absence de bénévoles. La faible performance enregistrée au niveau de la sous-dimension « Attraction » s'explique entre autres par l'absence de communication avec la population et le manque de campagnes

de sensibilisation. Par conséquent, les familles des patients demeurent exclues des processus de soins.

➤ **Les facteurs internes**

En ce qui concerne la dimension « valeurs organisationnelles », les différents mouvements de contestation qui opposent le personnel de soins et la direction mettent en évidence le manque d'articulation sur des sujets importants entre les différents acteurs. Les manifestations d'opposition sont accompagnées souvent par des grèves des infirmiers et des techniciens de santé. Les causes de différences les plus signalées par le personnel de soins sont attachées au manque de communication qui génère de la discorde et de l'insatisfaction au sein des deux établissements. L'absence des équipes chargées de la communication et d'information susceptibles de faciliter les connaissances et d'assimiler des valeurs de l'organisation affaiblit la performance au niveau de cette dimension. Malgré la présence d'un SIH qui peut aider à franchir cette barrière, les deux structures semblent ne pas profiter des ressources mises à leur disposition.

Au niveau de la dimension « production », la sous-dimension « volume de soins » affiche une faible performance dans les deux hôpitaux ; pourtant les soins constituent le cœur même de l'activité de l'hôpital. Pour l'hôpital des spécialités ce problème est amplifié par le transfert des patients pouvant être pris en charge par les hôpitaux provinciaux et/ou préfectoraux. Pour l'hôpital de psychiatrie, la dégradation du volume des soins est essentiellement attribuée au manque de services de réhabilitation et d'hébergement. En matière de qualité des soins offerts aux patients, les deux hôpitaux affichent des niveaux insatisfaisants au sujet des patients qui font des rechutes ou des complications. A cela s'ajoute le problème du temps d'attente qui est relativement élevé dans les deux structures. Une durée d'attente élevée constitue un goulot d'étranglement pour l'hôpital, retarde les soins aux patients et augmente le coût de ces soins. Les temps d'attente assez longs sont identifiés comme une des inefficacités des systèmes de soins.

En somme, le grand défi à relever par les deux structures réside dans l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients et la productivité des acteurs hospitaliers. L'action sur ces deux éléments semble avoir un impact positif sur les autres dimensions de la performance. « L'organisation de la santé peut améliorer la productivité et améliorer la qualité des services fournis en créant un environnement dans lequel les connaissances, les compétences et l'expertise des professionnels de la santé sont capturées, transférées et mises à la disposition des autres afin d'améliorer l'apprentissage et le développement d'idées nouvelles et innovantes pour

améliorer le qualité des processus de travail¹». Les organisations de soins de santé reconnaissent de plus en plus que pour maintenir la qualité des services qu'elles fournissent et améliorer la productivité de leur personnel, les connaissances organisationnelles doivent non seulement être gérées mais également intégrées aux routines quotidiennes². Cela témoigne que pour fournir des soins de qualité aux patients, les acteurs hospitaliers issus de différents horizons (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, techniciens de santé, personnel d'intérim, administrateurs, etc.) doivent collaborer. Il est clair que la quantité de connaissances, créée par tous ces partenaires de soins, est énorme et que toute connaissance créée par un partenaire est de la plus haute importance pour tous les autres afin d'offrir des soins de qualité. A l'heure actuelle, l'hôpital a besoin de voies sûres pouvant le soutenir dans la saisie, la conservation, la transformation, le partage et l'application des connaissances sur les expériences passées et les leçons tirées afin de répondre aux besoins actuels et futurs. La gestion des connaissances pour s'inscrire et communiquer et augmenter les connaissances en milieu hospitalier est nécessairement importante.

L'introduction de la gestion des connaissances en hôpital peut soutenir la prise de décision en matière des protocoles de soins. Le partage des connaissances entre les professionnels de santé pourra conduire à la diminution, sinon l'élimination, des effets indésirables des médicaments et les erreurs médicales. Des études ont montré que le manque de coopération en matière de soins de santé est l'une des principales causes de nombreuses erreurs médicales, d'où la nécessité d'une stratégie de soins interprofessionnels coordonnée (Comité directeur des soins interprofessionnels-Professions Santé Ontario, Canada. 2007). La connaissance est une partie importante des activités quotidiennes de l'hôpital, que ce soit pour les professionnels de santé ou pour les gestionnaires.

Section II : Interaction COSGC - performance organisationnelle des systèmes de soins

L'allocation des ressources similaires et identiques à deux organisations opérant dans le même domaine d'activité ne garantit en aucun cas des mêmes niveaux de performance pour ces deux entités. Les écarts de performance trouvent leurs origines dans la façon par laquelle ces deux

¹ Abou Zaid. Op cit.

J. Rasula, V.B. Vuksic, and M.I. Stemberger, "The impact of knowledge management on organizational performance". *Economic and Business Review for Central and South-Eastern Europe*, vol. 14, no 2, p. 147, 2012. Dixon, B. E., Mc Gowan, J. J. et Cravens, G. D. (2009) Partage des connaissances à l'aide des technologies de codification et de collaboration pour améliorer les soins de santé: leçons du secteur public. *Recherche et pratique en gestion des connaissances*, 7 (3), 249-259.

² Bose, R. (2003). Knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support. *Expert Systems with Applications*, 24(1), 59-71.

organisations assemblaient les ressources allouées. Cette habilité d'assemblage et de déploiement de ressources est qualifiée de capacités organisationnelles. Pour être en mesure d'améliorer ses niveaux de performance et élargir son périmètre de positionnement sur le plus grand nombre de dimensions (les quatre dimensions au sens d'EGIPSS), l'hôpital est invité à développer ses actifs stratégiques (capacités organisationnelles).

Notre logique de raisonnement est inspirée de l'approche basée sur les ressources ABR¹ qui repose sur l'idée que la performance supérieure d'une organisation s'explique par la possession d'actifs stratégiques (capacités organisationnelles). Selon cette approche, il est possible d'envisager de deux façons pour atteindre les objectifs préalablement définis (les quatre dimensions de la performance). La première voie consiste à définir une stratégie qui exploite au mieux les capacités organisationnelles actuelles, et ce, relativement à des opportunités qui ont été découvertes. A ce moment-là, l'implantation de la stratégie renvoie à l'habilité de l'organisation pour utiliser à leur plein potentiel ses actifs stratégiques et à toutes les activités qui vont permettre de les protéger². La deuxième alternative est celle d'envisager la stratégie comme un dépassement et une projection quant à la façon dont l'organisation entend se développer et se comporter à l'avenir. En conséquence, l'implantation de la stratégie nécessite le développement des actifs stratégiques sur lesquels l'organisation devra compter pour atteindre ses buts³. Dans cette thèse nous nous sommes intéressés plus précisément à la question de développement des capacités organisationnelles qui sont nécessaires pour rencontrer les objectifs de performance préalablement définis.

Le concept de capacité organisationnelle a été mieux expliqué dans le cadre de l'approche stratégique de la théorie des ressources car cette théorie « fait référence aux moyens qui appartiennent à l'organisation et qui sont nécessaires pour réaliser la transformation des intrants en extrants », en développant les capacités organisationnelles spécifiques⁴. Ce concept s'étend actuellement à la gestion des connaissances. Les organisations ont besoin d'acquérir les connaissances critiques externes pour s'en approprier, c'est pour cette raison que certains auteurs⁵ mettent l'accent sur la capacité absorptive d'une organisation lorsque celle-ci est capable de reconnaître la valeur des connaissances externes, les assimile et les applique pour une fin commerciale afin d'augmenter les capacités innovatrices de l'entreprise. Le concept de

¹ Amit et Shoemaker, 1993; Arrègle, 1996 ; Barney, 1991 ; Eisenhardt et Martin, 2000 ; Grant, 1991; Peteraff, 1993; Prahalad et Hamel, 1990 ; Teece et al., 1997 ; Wernfelt, 1984. Op. Cit.

² Amit et Schoemaker, 1993; Grant, 1991 Op. Cit..

³ (Prahalad et Hamel, 1990. Op. Cit.

⁴ Amit et Schoemaker, 1993; Grant, 1991 et Teece et al, 1997

⁵ Cohen et Levinthal 1990. Op. Cit.

capacité organisationnelle renvoie à la combinaison de capacités internes et d'apprentissage des connaissances externes¹.

En élargissant la notion traditionnelle des capacités organisationnelles à la fonction de gestion des connaissances d'une entreprise, celles-ci seront entendues comme l'habileté à produire, à mobiliser et à utiliser les connaissances organisationnelles explicites et tacites en combinaison ou en coprésence avec d'autres ressources et d'autres capacités.

En effet, la mise en place d'un bon système de gestion des connaissances n'est pas une tâche aisée et exige des efforts et des capacités organisationnelles spécifiques². Ainsi, (Nonaka et Takeuchi)³ expliquent que ces difficultés sont dues au fait que le processus de gestion des connaissances passe par différents niveaux organisationnels. Et, à chaque niveau, « il existe des forces qui peuvent inhiber les efforts fournis pour une bonne gestion des connaissances⁴ ». Les voies permettant de contrecarrer et de neutraliser ces forces de résistance passent, selon certains auteurs⁵, par une bonne gestion des connaissances (une bonne organisation des ressources humaines, des structures organisationnelles, des systèmes et des processus). En d'autres termes, une bonne gestion des connaissances requiert le développement ou l'acquisition des **capacités en infrastructures de gestion des connaissances**, en **processus de gestion des connaissances** et en **compétences en gestion des connaissances**⁶. Ces trois dimensions sont dénommées capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances « COSGC ».

Le recours à la GC dans les systèmes de soins est motivé, à l'instar des entreprises privées, par la prévention d'une éventuelle perte de connaissances provoquée par le départ à la retraite et le roulement du personnel, l'obtention d'un niveau de performance élevé et l'apprentissage continu. Les systèmes de soins s'appuient fortement sur les connaissances dans leurs activités quotidiennes, car leur prestation dépend de la collaboration de divers partenaires qui devraient partager les connaissances afin de fournir des soins de qualité aux patients. À cette fin, les connaissances médicales devraient être mises à disposition et facilement accessibles à tous ceux qui en ont besoin. Le rôle de la gestion des connaissances est primordial, elle facilite la collaboration et le partage des connaissances afin que les niveaux de performance souhaités soient atteints.

¹ Kogrit et Zender 1992. Op. Cit.

² Garud & Kumaraswamy, 2005 ; Leidner, 1995.

³ Nonaka et Takeuchi. Op. Cit.

⁴ Garud & Kumaraswamy, 2005. Op. Cit.

⁵ Voir Abou-Zeid et autres. Op. Cit.

⁶ Abou-Zeid, 2003 ; Ahn et Chang, 2005. Op. Cit.

Notre démarche de recherche s'est basée sur la confrontation des deux cas d'étude au travers d'une réplique littéraire¹, en vue d'améliorer la validité externe de la recherche et de déboucher sur des conclusions pertinentes. Le recours à cette logique de réplique littéraire est justifié par le fait que les deux cas sont similaires par rapport aux dimensions de la performance organisationnelle telles qu'elles sont décrites par le modèle EGIPSS.

Nous présenterons, désormais, les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances de l'hôpital des spécialités. En effet, les deux hôpitaux sont dotés d'une même infrastructure de GC. Les différentes structures ont accès au même système d'information hospitalier et connectées au réseau WIMAX. En matière d'organisation, les deux établissements présentent des structures et des cultures organisationnelles identiques. Par ailleurs, dans les deux entités les processus de GC ainsi que le système de récompenses à la gestion des connaissances sont les mêmes. D'autre part, le choix de limiter l'analyse des COSGC à l'hôpital des spécialités est justifié par la taille de cet établissement (plus de la moitié des ressources que compte le CHU) et la disponibilité des personnes interrogées.

II.1. COSGC 1 : l'infrastructure de gestion des connaissances du CHU Hassan II

Une gestion efficace des connaissances fait appel à une infrastructure de gestion des connaissances. Sous ce vocable, nous entendons l'actif de connaissance ou facilitateurs de connaissances². Les infrastructures de gestion des connaissances, englobent les technologies de l'information (infrastructures technologiques) supportant la gestion des connaissances, les structures organisationnelles et la culture organisationnelle en gestion des connaissances³. Tels sont les éléments que doivent satisfaire les organisations favorables à une gestion efficace des connaissances. Nous examinerons l'état des lieux de ces éléments au sein CHU HII et leur impact sur la performance organisationnelle de cet établissement.

II.1.1. Les technologies de l'information ou infrastructures technologiques du CHU HII

Nous nous inscrivons dans la définition des technologies de gestion des connaissances proposée par Richard et Jones : « les technologies de gestion des connaissances incluent celles employées pour créer, stocker, rechercher, distribuer et analyser les informations structurées et non structurées⁴ ». Les deux auteurs affirment que les technologies de gestion des connaissances

¹ Le choix des deux cas repose sur la volonté de produire des résultats similaires.

² Hassanien et Dale, 2013.

³ Booto Ekionea & Abou-Zeid, 2005 « Knowledge Management and Sustained Competitive Advantage: A Resources Based Analysis », (Information Resources Management Association International Conference), proceedings IRMA-2005, San Diego (USA), May, 15-18.

⁴ Richard et Jones (2005)

augmentent les habiletés à aider les processus et à organiser l'information textuelle et les données afin d'augmenter les capacités de recherche de l'information, d'en trouver la signification et d'en évaluer la pertinence pour donner des réponses aux questions, réaliser de nouvelles opportunités et résoudre les problèmes courants.

Le Centre Hospitalier Universitaire Hassan II de Fès a développé un système d'information hospitalier de pointe, avec la mise en place d'un progiciel de gestion intégrée HOSIX. Cette nouvelle technologie facilite la communication entre tout le personnel de l'hôpital, et permet l'accès à l'historique de tous les patients (âge, sexe, dates d'entrée/sortie, mode d'entrée/sortie, diagnostic, actes, etc.). Le personnel médical et/ou de soins a la possibilité désormais de saisir directement des données médicales dans les services cliniques et le plateau technique.

L'infrastructure technologique du CHU HII basée sur HOSIX permet de prendre en charge l'essentiel des processus et de centraliser l'ensemble des flux d'information (les consultations cliniques externes, les hospitalisations, les urgences, l'hôpital de jour, la facturation, la pharmacie, le SI de radiologie, le SI du laboratoire, le bloc opératoire, la gestion médicale et prescriptions, la gestion des dossiers médicaux et le recouvrement). Il s'agit donc d'un système d'information global et intégré. Etant orienté patient, ce SIH fournit une vision globale de l'ensemble des informations patients.

Le SIH fournit différents indicateurs sous forme de résultats statistiques ou de ratios permettant de rendre compte de façon synthétique et systématique des activités réelles de la « dimension production » : volume de soins et productivité. Les indicateurs issus du SIH informent également sur l'état de la dimension « Réalisation des objectifs ». En effet, des indicateurs tels que l'efficacité, l'efficience, la qualité des services et des moyens financiers et physiques engagés (recettes, dépenses, personnel, patrimoine...) sont générés par le SIH.

La mise en place de ce nouveau SIH a, d'un côté, facilité la gestion de l'ensemble des informations médicales et administratives et, de l'autre côté, a permis d'améliorer la qualité des soins prodigués et de synthétiser l'ensemble des données nécessaires à une évaluation médico-technique. Nous rappelons ici que les cinq hôpitaux formant le CHU Hassan II ont accès au même SIH dans la mesure où les différents établissements sont connectés au réseau WIMAX. Le SIH est un outil pertinent de prise de décisions et de gestion des ressources de l'hôpital. Il permet une gestion plus rationnelle de l'activité médicale et une réduction des délais d'attente, ce qui améliore l'efficience des processus.

Lorsque le médecin traitant demande un examen biologique pour l'un de ses patients hospitalisés, cette demande est capturée d'abord au niveau du SIL (Système d'information de laboratoire), le technicien procède ensuite à une édition d'un code à barres de la demande, pour qu'il soit collé sur les tubes qui arrivent par le système pneumatique de l'hôpital. L'examen est traité sur un automate programmable et finalement une validation technique et biologique des résultats est opérée au niveau du SIL pour qu'il soit visualisé par les médecins au niveau du SIH. Le système d'information hospitalier facilite aussi la gestion des médicaments à travers le PYXIS Med Station¹, il s'agit des armoires automatisées implantées dans chaque service et directement connectées à la pharmacie centrale du CHU et au SIH. Le fonctionnement est très simple, il suffit juste que l'infirmier fasse une authentification par empreinte digitale sur un écran tactile et la liste de tous patients hospitalisés au service concerné s'affiche, il sélectionne le nom du patient, puis le médicament en précisant la quantité, une facturation automatique est réalisée systématiquement sur le SIH, puis il prend le médicament sélectionné. *«H.L hôpital des spécialités : 2 juin 2020 CHU Fès».*

L'introduction du SIH a modifié considérablement les pratiques managériales et médicales de tous les services du CHU HII. Les résultats de la mise en place de cette nouvelle technologie sont considérables :

- Amélioration de la qualité des soins : les acteurs hospitaliers confirment avoir réalisé un gain de temps considérable et une parfaite sécurité de l'information recueillie et même une réduction de la charge de travail. La direction de l'hôpital a même la possibilité d'évaluer la qualité des soins en faisant des comparaisons entre ses différents services.
- Autonomisation de toutes les informations relatives au patient : cela est réalisé par l'établissement d'un dossier électronique personnel médical et/ou infirmier accessible sur la plateforme du SIH pour chaque service.
- Encouragement de nouvelles relations entre le patient et les professionnels de santé vers un véritable partenariat où les décisions sont prises de manière partagée.
- Permettre l'échange d'informations et la communication de manière standardisée entre les différents services de l'hôpital.

¹ Le système Pyxis MedStation est un système de dispensation de médicaments automatisé qui prend en charge la gestion décentralisée des médicaments. Conçu pour répondre à l'évolution du système de santé, cet équipement est la première solution basée sur la plate-forme Pyxis ES.

- La gestion décentralisée des médicaments aide les cliniciens à dispenser les médicaments en toute sécurité et de manière efficace, tout en offrant des fonctionnalités d'intégration à l'échelle du CHU.
- Il aide, en tant que système d'aide à la décision pour les acteurs hospitaliers, à développer des soins de santé complets.
- Il constitue un garde-fou contre le gaspillage, les abus et la fraude et un moyen de faire en sorte que les règles fixées par les responsables du CHU soient correctement appliquées à tous les niveaux de l'établissement. Cela conduit à la réduction des coûts et à l'augmentation des recettes pour l'établissement.
- Amélioration de l'intégrité des informations et de la qualité de la documentation, et réduction des erreurs de transcription de la duplication des entrées d'informations.
- Le progiciel HOSIX hospitalier est facile à manipuler et élimine les erreurs causées par l'écriture manuscrite. Ce nouveau système d'information offre des solutions parfaites en matière d'extraction des informations à partir de serveurs et de développement d'une base de données clinique commune.

L'actuel SIH a un rôle important en ce qui concerne l'amélioration et le transfert des connaissances en allant au-delà de notre environnement quotidien de communication. Avant la mise en place de ce système, notre source d'information était essentiellement nos collègues de travail avec lesquels nous sommes en contact direct et parfois les membres de la direction. Le SIH a vraiment modifié notre quotidien en ce qui concerne le transfert des informations et des connaissances dont nous avons besoin. M.G, CHU 12 janvier 2020.

Le système d'information hospitalier mis en place à l'échelle du CHU HII de Fès est d'une grande utilité pour les différents acteurs de l'hôpital.

i) Le corps médical

Pour les médecins, le SIH offre la précision, la lisibilité et l'accès aux médicaments nécessaires aux patients et améliore ainsi l'efficacité et l'efficacités des cliniciens grâce à la fourniture d'informations clés sur les patients. L'amélioration des soins est donc rendue possible grâce à l'enregistrement de toutes les commandes ce qui permet de réduire les taux d'erreur de médication.

ii) Le corps de soins et paramédicaux

Les infirmiers trouvent dans cette nouvelle technologie un bon moyen permettant un accès immédiat aux commandes et aux résultats des diagnostics, aux données démographiques des

patients, aux médicaments et aux résultats des tests. Le SIH permet au corps de soins de réduire son besoin en matière de papier.

iii) Le corps administratif

Le nouveau SIH s'avère bénéfique pour l'administration de l'hôpital, il permet de renforcer la communication interne et externe entre les prestataires de soins, comme il réduit le besoin de réinscription des patients sur plusieurs sites ou registres.

Les technologies de l'information mises en place au sein de l'hôpital ont directement affecté les dimensions de sa performance, et plus particulièrement celles de la « production » et de la « réalisation des buts ».

En ce qui concerne la dimension « Production » le SIH a favorablement impacté la productivité des deux hôpitaux par le biais de divers mécanismes. Les deux hôpitaux ont pu tirer les mêmes avantages de l'informatique que toute autre entreprise de services (Ex. gestion de la chaîne d'approvisionnement ou amélioration de la productivité du travail). Deux sous-dimensions ont été améliorées par la mise en place du SIH : gestion de la facturation et le volume de soins.

En effet, l'hôpital fournit une gamme de services assez large dont les prix dépendent de plusieurs paramètres (la durée de séjours, les médicaments, l'acte médical...). La présence du SIH a rendu possible la production automatique des factures des patients. La complexité clinique crée également un problème de volume de soins, le SIH permet de visualiser en temps réel, le taux d'occupation comparé à la capacité litière de l'hôpital ce qui permet d'éviter d'éventuel gaspillage de ressources.

Pour la dimension « Réalisation des buts » : la mise en place du système d'information hospitalier a permis plus particulièrement l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des processus de soins. Le SIH a servi de plate-forme pour mettre en œuvre des directives de traitement, la coordination des soins entre les acteurs hospitaliers en temps réel. Ce mécanisme conduit à normaliser les soins et réduire les erreurs médicales en améliorant ainsi la qualité et la productivité. Les résultats sont ainsi évidents : augmentation de l'efficacité des soins de santé et réduction importante des taux de réadmission et des complications chez les patients.

En matière d'efficience, le SIH contribue à la réduction des coûts des soins. Cette nouvelle technologie offre des possibilités de communication enrichies entre les différents services de l'hôpital, ce qui permet d'éviter les interventions diagnostiques ou thérapeutiques inutiles. Les prises des rendez-vous sont aussi gérées par le SIH, ce qui a rendu les soins de santé plus équitables en éliminant les disparités systématiques entre les patients de différents niveaux.

II.1.2. La structure organisationnelle du centre hospitalier Hassan II

Les théories en gestion des connaissances se basent sur les infrastructures technologiques qui organisent les connaissances individuelles et collectives ainsi que les structures organisationnelles qui procurent les conditions sociales qui encouragent les employés à partager leurs connaissances et leurs expertises ». La structure organisationnelle est donc au centre de l'infrastructure de gestion des connaissances, elle renseigne sur la répartition des responsabilités et tâches de travail. Les dimensions communes de la structure organisationnelle sont la formalisation, la centralisation et/ou la décentralisation, la complexité et l'intégration.

Dans le contexte de l'hôpital, la configuration structurelle selon Mintzberg¹ est tournée vers le mécanisme de coordination qui permet à la fois la centralisation et la décentralisation, ce que l'auteur appelle la standardisation des qualifications. Selon Mintzberg, dans les organisations de type bureaucratie professionnelle, à l'image de l'hôpital, les standards sont élaborés en grande partie en dehors de la structure, par des associations professionnelles autogérées auxquelles adhèrent les opérateurs. C'est le cas de l'ordre des médecins notamment. Ainsi, dans ces structures l'accent est mis sur le pouvoir de la compétence, de nature professionnelle. Le contrôle et le transfert des connaissances dans ce type d'organisations est très compliqué pour des raisons qui sont déjà soulevées par Mintzberg. D'abord le travail des médecins est trop complexe pour pouvoir être supervisé par des supérieurs hiérarchiques ou standardisés par des analystes, mais, de plus, leurs services sont la plupart du temps très demandés (forte demande de soins). Ce qui permet au corps médical une mobilité qui lui permet d'exiger une grande autonomie et une certaine mobilité. Les médecins tendent alors à s'identifier plus à leur profession qu'à l'organisation où ils la pratiquent.

Beveren², constate que certaines structures organisationnelles des organisations de santé sont de véritables obstacles à une bonne gestion des connaissances :

- Les structures départementales au sein de l'organisation sont basées sur les groupes professionnels et ne sont pas orientées vers la tâche. Cette structure ne favorise pas les flux de travail et empêche l'échange entre les professionnels de certaines méthodes telles que l'amélioration de la productivité, la réduction des coûts et de services aux patients. A cela s'ajoute la domination de la structure hiérarchique, avec plusieurs niveaux de gestion, ce qui rend plus rigide la circulation de l'information. Ce genre de structures organisationnelles verticales contraint donc les flux latéraux de partage des connaissances au sein de l'hôpital. En

¹ Mintzberg, H. 1982. Structure et dynamique des organisations. Paris : Éd. d'Organisation.

² Beveren 2003. Op. Cit.

effet, la structure hiérarchique génère des obstacles qui peuvent surgir des « contraintes silencieuses » c'est-à-dire ne sont pas explicitement observables par la direction de l'hôpital, mais se révèlent souvent comme un goulot d'étranglement à un apprentissage organisationnel efficace. Au-delà des barrières au partage des connaissances, des contraintes peuvent également se présenter comme une communication altérée entre le corps médical et celui de soins. Cet état de fait se traduit souvent par une déficience du partage et capture inefficace des connaissances systématiques accentuée par l'ingérence bureaucratique.

De façon générale, la structure organisationnelle peut empêcher, comme elle encourage une gestion efficace des connaissances. L'hôpital public marocain et plus particulièrement les CHU se caractérisent par des structures départementales hiérarchisées qui constituent ainsi de véritables barrières à la création et au transfert des connaissances.

- Les professionnels œuvrent dans des structures ne permettant pas des échanges entre différentes spécialités. La circulation et le partage des connaissances entre les différents professionnels de santé restent trop sinueux, ce qui constitue un frein sérieux à l'apprentissage à partir des expériences des professionnels. Cette situation conduit le plus souvent à des erreurs médicales et de gestion (la gestion des malades, le contrôle des infections, l'ignorance ou la mauvaise utilisation des instruments, la duplication des équipements coûteux).

L'une des particularités de l'hôpital est de faire travailler dans le même établissement des groupes professionnels différents en termes de domaines d'action ainsi qu'en termes de statut social et de modalités de définition de l'emploi. La structure organisationnelle actuelle constitue néanmoins un obstacle sérieux au bon fonctionnement de ces établissements. En effet, les différentes prestations hospitalières (soins, administration, gestion, imagerie médicale, pharmacie, restauration, laboratoire, etc.) sont produites dans des lignes de travail caractérisées depuis longtemps par leur cloisonnement.

La structure de l'hôpital ne permet aucun contrôle sur l'activité des médecins. Par conséquent, il n'existe aucun moyen de corriger les déficiences éventuelles sur lesquelles les professionnels eux-mêmes choisissent de fermer les yeux Mintzberg. Un autre inconvénient qui n'est pas moins important, c'est que ces structures ne favorisent aucun transfert ou création des connaissances. Le transfert de connaissances nécessite des opportunités de rencontre et une parfaite coopération entre l'émetteur et le destinataire. Sans de telles possibilités d'interaction, le transfert de connaissances ne peut avoir lieu. La création de la connaissance est conditionnée elle aussi par une certaine autonomie laissée aux acteurs. La gestion des connaissances doit être

soutenue donc par des interactions et par la réduction, voire la suppression, des barrières hiérarchiques.

La structure organisationnelle actuelle du CHU Hassan II Fès ne concourt pas à l'amélioration de la performance de l'hôpital, mais au contraire, elle représente une entrave à la création et au transfert des connaissances entre les acteurs hospitaliers. L'hôpital n'a pas développé des structures spécifiques, leur absence constitue un véritable frein à une bonne gestion des connaissances. Sans structures ou postes spécifiques à la gestion des connaissances, cette dernière peut difficilement jouer le rôle que l'hôpital entend lui donner.

II.1.3. La culture organisationnelle

La culture organisationnelle est aussi une composante centrale de l'infrastructure de la gestion des connaissances. Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur la façon de définir la culture organisationnelle, une définition couramment utilisée est « l'ensemble d'hypothèses implicites partagées, considérées comme allant de soi, qu'un groupe détient et qui détermine comment il perçoit, pense et réagit à ses divers environnements¹ ». La culture organisationnelle se matérialise par l'ensemble de règles, de normes, de valeurs, d'hypothèses et de croyances qui sont partagées par les employés au sein d'une organisation et affectent leur façon de penser et de prendre des décisions. La culture est donc le facteur de réussite le plus important pour la connaissance organisationnelle².

Dans les systèmes de soins, la culture organisationnelle hospitalière est évaluée le plus souvent par deux cadres d'analyse : le modèle Denison³ et le cadre de valeurs concurrentes de (Quinn et Rohrbaugh)⁴. Le cadre de Denison est basé sur quatre traits culturels : mission, cohérence, adaptabilité et implication. La mission fait référence à une orientation à long terme pour l'organisation ; la cohérence fait référence aux valeurs et aux systèmes qui sont à la base d'une culture forte ; l'adaptabilité se réfère à la capacité de traduire les exigences de l'environnement des affaires en action ; et la participation fait référence au renforcement des capacités humaines, de l'appropriation et de la responsabilité. La particularité du modèle de Denison c'est qu'il est utilisé et adapté pour évaluer la culture dans une variété d'industries⁵.

¹ Kreitner, R. Kinicki, A. Organizational Behavior. McGraw-Hill Irwin. 2008.

² Donate, M.J., & Guadamillas, F2011. Organizational Factors to support Knowledge Management and innovation. Journal of Knowledge management.

³ Denison, D., et Mishra, A. 1995. Towards a Theory of Organizational Culture and Effectiveness. Organization Science.

⁴ Quinn, R., & Rohrbaugh, J. (1981). A Competing Values Approach to Organizational Effectiveness. Public Productivity Review,

⁵ Hatch, M. J., & Cunliffe, A. L. (2006). Organization Theory: Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectives. New York: Oxford University Press.

Les études dans le domaine des services de santé utilisent souvent le cadre de valeurs concurrentes CVF de Quinn et Rohrbaugh. Dans le CVF, il existe deux ensembles de valeurs concurrentes. Le premier est la centralisation et le contrôle des processus organisationnels contre la décentralisation et la flexibilité. La seconde est de savoir si l'organisation est orientée vers son propre environnement et processus internes ou vers l'environnement externe et les relations avec des entités externes.

Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour le cadre de valeurs concurrentes comme outil d'évaluation de la culture organisationnelle, car il intègre dans son analyse les principaux indicateurs des dimensions du modèle EGIPSS (Adaptation, Buts, Production et Valeurs organisationnelles).

➤ ***Les différentes perceptions de la culture hospitalière au sein du CHU***

L'hôpital marocain se caractérise par la coexistence de cultures différentes. Ces sous-cultures peuvent se former au sein de l'hôpital parmi les acteurs qui ont des intérêts similaires, qui partagent des identités professionnelles ou qui interagissent davantage en raison d'un équipement partagé. Au CHU HII Fès, cet état de fait est dû au conflit d'intérêt qui oppose le plus souvent le corps médical au personnel de soins. Les médecins de façon générale disposent d'un pouvoir et une entière liberté pour l'orientation. Le corps de soins n'a qu'à s'adapter aux médecins, à leurs pratiques de travail, à leurs habitudes. Ce qui crée la plupart du temps des tensions et explique l'existence des sous-cultures organisationnelles au sein de l'hôpital. Toutefois, l'ensemble du personnel a la même perception du climat de sécurité organisationnelle des patients, c'est-à-dire, les médecins ainsi que les infirmiers manifestent une culture commune quand il s'agit de leurs relations avec le patient. De façon générale, la principale dimension ressort des entretiens réalisés avec les participants est celle de leur relation avec la direction de l'hôpital. La nature de la relation qualifiée de tendue entre la direction et plus particulièrement le personnel de soins ne semble pas inspirer la majorité des participants. La vision de l'administration ne traduit pas des éléments de reconnaissance et de valorisation à l'égard des infirmiers. Concernant les pratiques de gestion, le personnel de soins et les paramédicaux constatent avec insatisfaction que les attentes de la direction générale envers eux ne sont pas claires. Plusieurs participants soulignent leur mécontentement envers la direction de l'hôpital. Selon leurs dires, l'administration leur fait sentir qu'ils ne sont pas importants.

L'analyse de la relation entre la culture organisationnelle et les quatre dimensions de la performance organisationnelle du CHU HII a porté essentiellement sur les principales préoccupations de la direction et des patients concernant le comportement hospitalier. De toute

évidence, les relations entre la culture et la qualité des soins ou l'efficacité ne seront probablement pas simples. La culture, bien qu'importante, n'offre pas de « solution miracle », le défi consiste à comprendre quelles composantes de la culture pourraient influencer quels aspects de la performance.

Selon les propos recueillis des médecins : leur travail consiste à dispenser et à améliorer les soins et services aux patients, principalement à travers leur expertise clinique. Cette dernière est d'ailleurs très valorisée au sein de l'hôpital. Selon les propos retenus de cette catégorie, on conclut que par leur formation, ils recherchent à s'imposer à travers la science. Au sein de l'établissement, le fait de valoriser l'expertise clinique entraîne conséquemment une hiérarchisation entre le corps médical et celui de soins. Cette situation implique que les relations et la distribution du pouvoir ne sont pas égales entre les différents corps de métier au sein du CHU.

Généralement, lors des entretiens, les participants ont soulevé des valeurs qu'ils partageaient entre eux, telles l'excellence, la collaboration et l'engagement. Ces valeurs organisationnelles partagées parmi les membres du CHU HII se manifestent au quotidien dans la mobilisation de tout le personnel de l'hôpital vers l'atteinte des objectifs visés tels que l'amélioration de la qualité, l'efficacité des soins aux patients. Une culture organisationnelle unifiée agit aussi positivement sur la satisfaction des patients à l'égard des soins médicaux et aussi sur la satisfaction du personnel. La « réalisation des objectifs » reste donc la seule dimension de la performance susceptible d'être influencée par la culture organisationnelle de l'hôpital.

II.1.4. L'apprentissage organisationnel

L'apprentissage organisationnel est défini comme le processus de création, de conservation et de transfert des connaissances au sein d'une organisation. Il est particulièrement important pour les hôpitaux parce qu'il implique les soins et la sécurité des personnes. En optant pour l'apprentissage organisationnel, les acteurs hospitaliers s'assurent que les connaissances acquises grâce à ces processus sont conservées et transférables car les connaissances acquises par l'individu peuvent être perdues par le roulement des acteurs qui font partie de l'hôpital. L'objectif ultime des établissements de santé est de fournir des soins sûrs et efficaces et ils sont aussi chargés de générer de nouvelles connaissances et de nouvelles approches pour des problèmes complexes tout en préparant les futures générations de professionnels de la santé (les étudiants en médecine, les médecins internes et résidents).

L'importance de l'apprentissage organisationnel dans les systèmes de soins est expliquée par le changement intervenu ces dernières années dans le domaine de la santé. La technologie de santé

et la complexité des soins ont augmenté et continuent d'évoluer rapidement, alors que le taux de nouvelles connaissances scientifiques a explosé dans les domaines de la médecine. Les professionnels de la santé ont du mal à se tenir au courant des connaissances qui sont fragmentées, non coordonnées et bien organisées.

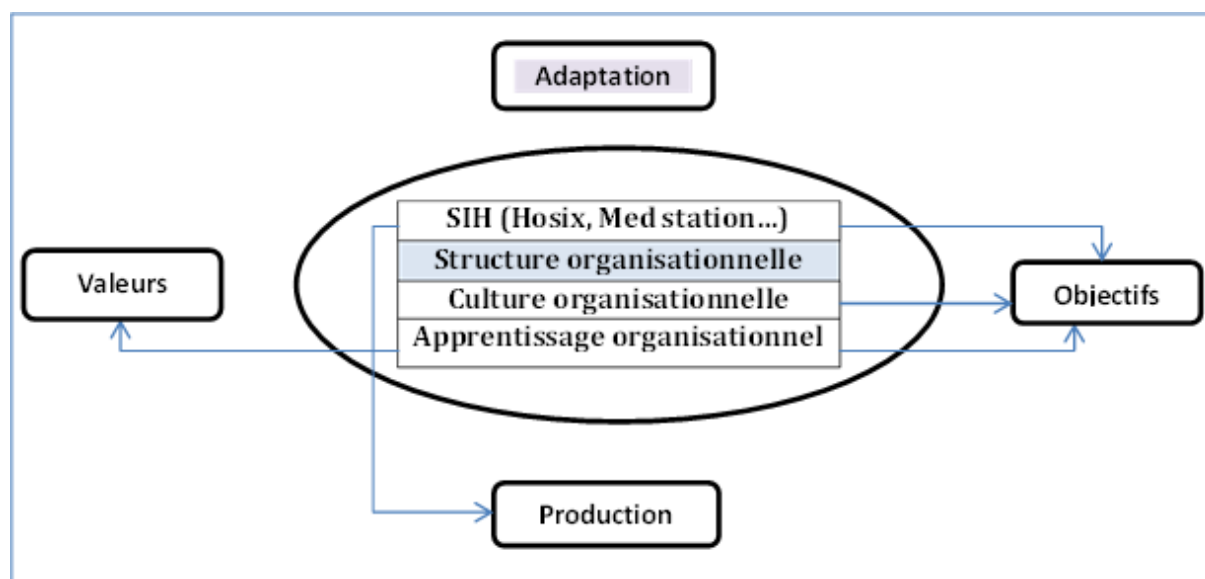
Les systèmes de santé doivent également être capables de capturer numériquement les expériences de soins, impliquer leurs patients dans l'opportunité d'apprentissage, fournir des incitations appropriées au personnel, permettre une transparence totale, développer une culture dirigée par un leadership éclairé et offrir des formations et des analyses de système qui permettent le développement des compétences.

En effet, la réussite de l'apprentissage organisationnel dans les établissements de santé est conditionnée par l'engagement des responsables dans une culture d'apprentissage et d'amélioration continue. L'implication et l'engagement des supérieurs permet une évaluation en permanence les résultats du processus. La mobilisation et l'utilisation des méthodes informatiques pour partager de nouvelles données avec les cliniciens afin d'améliorer la prise de décision en matière de soins.

Réalisation des objectifs. L'apprentissage organisationnel permet aux acteurs hospitaliers d'acquérir de l'expérience les uns avec les autres grâce à des situations cliniques, des séances de formation et projets. Plus précisément, le partage d'expérience mène à bien les projets et améliore l'efficacité opérationnelle. L'apprentissage organisationnel conduit les acteurs à partager la même vision et prépare le terrain d'entente où le personnel peut discuter de divers problèmes tout en restant axé sur les besoins organisationnels. L'AO renforce les interactions c'est-à-dire l'échange d'idées, d'informations, de connaissances ou des attentes ce qui favorise un environnement où les acteurs se sentent à l'aise pour partager des idées, exprimer des opinions et collaborer pour améliorer les bonnes pratiques cliniques telles que la qualité des soins. L'AO a aussi un impact positif sur la réduction de la mortalité, des erreurs de médication et la durée d'hospitalisation.

Valeurs organisationnelles : L'AO agit positivement sur la motivation du personnel, ce qui crée un désir d'amélioration de la performance de l'hôpital. La motivation est présente lorsque les individus sont félicités par leurs supérieurs et soutenus par les membres de leurs équipes, ce qui crée un sentiment de confort et de confiance. Cette situation pousse le personnel à adopter des comportements innovants au sein de l'hôpital car ils se sentent importants, intégrés et par conséquent, motivés à contribuer au changement positif.

Figure 15 : Relations entre les composantes de l'infrastructure de GC et les dimensions de la performance organisationnelle du CHU HII.



Le système d'information hospitalier du CHU est utilisé comme un élément de base permettant d'atteindre les objectifs et d'améliorer la productivité grâce à l'assistance informatique. Le SIH est devenu un élément critique indispensable au fonctionnement de l'hôpital, il impacte positivement les deux dimensions (Objectif et Production). Dans une moindre mesure, l'apprentissage au sein de l'hôpital produit lui aussi des éléments favorables aux deux dimensions (Objectifs et valeurs organisationnelles). La culture actuelle de l'hôpital n'a qu'un modeste impact sur la réalisation des objectifs. La structure organisationnelle du centre hospitalier n'apporte aucune valeur à la performance organisationnelle ; au contraire, elle constitue un frein sérieux à la gestion des connaissances. Nous notons aussi que les composantes de l'infrastructure de gestion des connaissances n'ont aucune influence sur la dimension « Adaptation ».

II.2. COSGC 2 : Processus de gestion des connaissances

La gestion des connaissances n'a retenu l'attention des établissements de soins que récemment en raison de la quantité croissante de données et d'informations. L'utilisation de la GC dans les systèmes de soins, à l'instar des entreprises, est motivée par la volonté de préserver les connaissances contre une éventuelle perte due aux départs à la retraite et au roulement du personnel. Elle est motivée également par la recherche d'un avantage concurrentiel et d'assurer un apprentissage continu.

Trois processus constituent le socle de la mise en œuvre de la GC. Tout d'abord, le processus de génération des connaissances qui renferme tous les mécanismes de production de nouvelles

connaissances au sein de l'organisation. Ce processus s'appuie sur des relations entre les dimensions tacites et explicites de la connaissance et une spirale de transformation de la connaissance¹. Ce modèle repose sur l'hypothèse de création via un processus de conversion de la connaissance. Ensuite, le processus de transfert ou de mobilisation des connaissances qui signifie une meilleure visibilité des connaissances grâce au partage ou au transfert d'un porteur (le fournisseur, le propriétaire ou la source de la connaissance) vers un autre (le chercheur ou la cible de la connaissance) dans l'espace ou le temps. Enfin le processus d'application des connaissances qui traduit le déplacement des connaissances scientifiques de la découverte de base aux tests d'efficacité technique et leur adoption dans les pratiques.

➤ **Processus de création et de transfert de connaissances**

La connaissance est définie comme une vraie croyance justifiée. Lorsqu'un individu crée de la connaissance, il fait sens d'une nouvelle situation justifiée par des croyances auxquelles il s'engage. Si l'individu est la source de création de connaissances, le groupe constitue le lieu de la création, grâce à l'interaction et à la communication entre les individus². Le savoir est divisé en connaissances tacites et explicites. Les connaissances tacites proviennent de l'individu et sont difficilement articulées. Ces connaissances sont explicitées par une conversion en messages qui peuvent être traitées comme des informations, elles sont souvent transmises par apprentissage réalisé dans la plupart du temps par l'observation, l'imitation et l'expérience³.

Le processus de création de connaissances organisationnelles fait référence à deux dimensions : la première est de nature épistémologique alors que la seconde est de nature ontologique. La dimension épistémologique atteste que la création de la connaissance est une résultante des « savoirs », « savoir-être » et « savoir-faire » de l'individu qui peuvent être partagés au sein d'une équipe et produire une dimension collective. La dimension ontologique postule l'interaction entre les connaissances tacites et explicites. Ces deux dimensions définissent les quatre attributs du processus de création de connaissances : Socialisation, Articulation, Combinaison et Internalisation.

¹ Nonaka, I. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. Vol. 5, No. 1; 1994).

² Nonaka, I., Konno, N. (1998), « The Concept of "Ba": Building a Foundation for Knowledge Creation », California Management Review.

³ Nonaka, I., Takeuchi H., Ingham M. (1995), "La connaissance créatrice, la dynamique de l'entreprise apprenante", Ed. DeBoeck, 320 p.

Figure 16: Matrice de conversion des connaissances (inspiré des travaux de Nonaka Takeuchi)

	Connaissance tacite	Connaissance explicite
Connaissance tacite	Socialisation Ex : Expérience chez les personnes en face à face lors des réunions (Processus de groupe et culture organisationnelle)	Articulation Ex : Articulation entre les personnes à travers le dialogue (Extériorisation)
Connaissance explicite	Intériorisation Ex : Prendre les connaissances explicites et en déduire de nouvelles idées (Apprentissage organisationnel)	Combinaison Ex. Meilleure assistance par la technologie (Traitement de l'information)

L'individu et le groupe sont complémentaires dans le processus de création de connaissances. L'individu apprend grâce à sa formation initiale et ses expériences et transmet son apprentissage aux autres membres de son groupe grâce aux interactions interpersonnelles. Le processus de création des connaissances se présente sous forme de spirale qui débute au niveau de l'individu, s'enrichit au niveau des équipes pour se diffuser au niveau organisationnel¹.

✓ Création, transfert et utilisation des connaissances au sein du CHU HII

L'hôpital est l'exemple type d'une organisation à forte intensité de connaissances, car son activité principale consiste à développer et à transférer des connaissances. Ces dernières sont les principaux atouts de l'hôpital car ses opérations quotidiennes reposent sur les connaissances spécifiques de ses acteurs. L'hôpital est donc un lieu de création de transfert et d'utilisation des connaissances. En matière de transfert des connaissances, Szulanski² est l'un des premiers auteurs à proposer une conceptualisation en termes de processus. Il définit le transfert comme « un échange de connaissances organisationnelles à l'intérieur d'une dyade qui se compose d'une source et d'une unité réceptrice ». Le partage de connaissances implique que l'expéditeur participe volontairement et consciemment, même s'il n'y a aucune obligation de le faire. De plus, l'expéditeur ne revendique pas la propriété de la connaissance, ce qui aboutit à une copropriété entre l'expéditeur et le destinataire. Sans partage des connaissances il serait impossible pour l'organisation de tirer parti de l'expérience et de l'expertise passées. La

¹ Nonaka, 1994. Op. Cit.

² Szulanski, G. (1996) "Exploring internal stickiness: Impediments to the transfer of best practice within the firm", Strategic Management Journal, 17(Special Issue: Knowledge and the firm), 27- 43. TEECE, D. J. (1976) The multinational corporation and the resource cost of international technology transfer. Cambridge, MA: Ballinger

diffusion et le transfert des connaissances sont essentiels pour pouvoir exploiter les connaissances au niveau organisationnel¹.

Nous examinerons la création et le transfert des connaissances par les deux principaux corps du CHU, médical et de soins. Au cours des entretiens, le personnel de l'hôpital nous a dévoilé implicitement la façon dont ces connaissances sont créées et transférées par les acteurs.

i) Le corps de soins

Le corps des infirmiers joue un rôle important au plan de la création et du transfert des connaissances. Certains auteurs² affirment que les infirmiers s'appuient non seulement sur le savoir perceptuel, mais aussi sur un savoir qui inclut les connaissances acquises lors de leur formation académique, leur expérience de vie antérieure et leurs croyances personnelles. Dans cet ordre d'idée Benner³ décrit les connaissances infirmières comme le point culminant de l'expérience pratique et de la recherche qui devient avec le temps le «savoir-faire» de l'expérience clinique. Ce «savoir-faire» présente un actif de connaissances dynamique détenu par l'infirmier compétent. Le corps de soins est un élément indispensable du processus de soins au sein de l'hôpital, dans la mesure où il reste en contact permanent avec le patient et le médecin. Au cours de son activité habituelle, le personnel de soins prend notes sur les patients hospitalisés dans son service (le suivi de l'état du patient, prise de température corporelle du patient et vérification des effets secondaires des médicaments). En cas de doute sur l'évolution de l'état de santé du patient, l'infirmier responsable prend contact avec le médecin traitant. La plupart du temps, l'interaction entre le personnel de soins et les médecins prend la forme de face à face, ou par téléphone. L'infirmier responsable d'un service déclare : *«à la fin de la journée de travail, nous organisons une réunion avec le personnel de notre service. L'objectif est d'avoir le maximum d'informations sur l'état de santé des patients, informer ceux qui sont autorisés à quitter le service (fin de leur processus de soins). A la fin de cette réunion l'infirmier Major communique le compte rendu de la réunion à son chef de service (Médecin responsable)»*. Cette citation décrit la culture organisationnelle de l'hôpital et donne une idée sur le rôle que cette culture pourrait jouer dans la création de connaissances. L'interaction entre le personnel infirmier et les patients est une grande source de création de connaissances. En restant proche du malade, l'infirmier laisse parler le patient, lui pose des questions, la plupart du temps, il

¹ Howell, K. E., & Annansingh, F. (2013). Knowledge generation and sharing in UK universities: A tale of two cultures? International Journal of Information Management.

² Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K. et Profetto-McGrath, J. Profilage : Sources de connaissances préférées des infirmiers canadiens pour la pratique clinique. Canadien Journal of Nursing Research.2005.

³ Benner ,De Novice à l'expert: Excellence et puissance dans la pratique des soins infirmiers cliniques. Menlo Park, Californie: Addison-Wesley; 1984.

utilise un langage simple et clair pour s'assurer que le patient a bien compris la question qui lui est posée. Les infirmiers utilisent un autre élément technique, se mettre à l'écoute du patient. Ils demandent souvent au patient d'exposer à son tour ce que le médecin lui a expliqué concernant son état de santé, ses symptômes ou la démarche du traitement à suivre. Certains médecins utilisent souvent des termes médicaux difficiles à comprendre en interrogeant un patient. Cette investigation faite par les infirmiers conduit, dans certains cas, le médecin à réexaminer le patient et à revoir complètement le protocole médical initialement prescrit.

Nous avons également analysé le point de vue d'un infirmier responsable d'un autre service. Selon ses dires, *«les médecins rendent visite au patient une fois par jour pendant quelques minutes. Notre devoir est de prendre soin du patient et observer son évolution face au traitement et assurer la conversation avec lui. Nous prenons notes de chaque changement dans nos dossiers et si nécessaire nous appelons le médecin pour réexaminer le patient»*. Il apparaît est très clair que le personnel infirmier joue un rôle important en aidant les médecins pour un meilleur traitement des patients. Comme nous l'avons observé lors de nos entretiens, l'interaction avec le patient permet au personnel de soins de stocker les connaissances créées dans leur système de GC. Ces connaissances stockées serviront à d'autres infirmiers et médecins pour offrir un meilleur service au patient. Les infirmiers partagent ces connaissances de différentes manières avec leurs collègues et médecins. Ce transfert des connaissances pourrait être réalisé par des réunions par équipes, pendant les cycles de soins aux patients. L'interaction entre le patient et le personnel est la véritable source de création et d'application de connaissances dans les systèmes de soins.

ii) Le corps médical

La création des connaissances en milieu hospitalier et plus particulièrement entre les membres du corps médical est basée souvent sur l'interaction entre les médecins-professeurs et les médecins résidents et internes. Cette interaction est réalisée lors de l'exécution des actes médicaux, dans les blocs opératoires ou lors des réunions du staff.

Au CHU HII, chaque matin et dans tous les services de l'hôpital, des réunions journalières sont organisées dans des salles de cours en présence des médecins internes, résidents et professeurs encadrants (connues dans le jargon hospitalier sous le nom de staff). Ces réunions ont pour objet l'évaluation et la résolution des problèmes des prises en charge médicales. Lors de ces réunions des échanges ont lieu entre les différents acteurs contribuant ainsi à la formation des médecins débutants (médecins résidents et internes). La réunion du staff, présidée le plus souvent par le chef du service, porte généralement sur deux volets : présentation des cas

cliniques (patients à traiter et /ou à opérer) et l'évaluation des cas cliniques déjà traités. Lors de cette réunion les médecins débutants exposent devant leurs encadrants de façon détaillée les différents cas cliniques hospitalisés en soulevant les problèmes liés à chaque cas. Après avoir proposé les différentes hypothèses de résolution des problèmes, les médecins résidents et/ou internes proposent le protocole médical et/ou chirurgical adapté pour chaque cas. A la fin de cette présentation, les encadrants déclenchent des débats et des discussions pour définir la procédure à choisir pour résoudre chaque problème. La deuxième moitié de la réunion est réservée à l'évaluation des actes médicaux déjà réalisés par les médecins débutants. Chaque acte médical fait l'objet d'une évaluation méticuleuse de la part des professeurs encadrants au regard de la procédure déjà choisie. Cette évaluation joue un rôle primordial dans la mise en application des décisions d'amélioration pour les nouveaux cas.

La réunion du staff représente une occasion d'interaction et de communication entre des professeurs expérimentés et des médecins débutants, ce qui constitue un terrain fertile pour la création des connaissances. Certaines connaissances, ne pouvant pas être codifiées, il est donc difficile d'en parler (comme dans une conférence) ou les transcrire (comme sur un manuel) ou les communiquer de «professeur» aux «apprentis». L'apprentissage ne devient plus facile que par des interactions entre les médecins (résidents et/ou internes) et le médecin-professeur dans le cadre d'un travail assuré par ce dernier ou lors d'une démonstration ou d'une modélisation. Par la suite, les médecins débutants essayeront les mêmes gestes sous la supervision guidée de leur professeur. En effet, une part importante de la formation médicale ne peut pas être dispensée dans des salles de cours, elle se réalise à travers des pratiques en présence de l'encadrant et de l'apprenti. Les médecins débutants captent les connaissances de leur professeur-encadrant par l'observation, l'imitation et l'expérience. Quand un médecin diagnostique une infection rare, il lui est difficile de donner rapidement une conclusion ou de prendre une décision. Dans de telles situations, le médecin recourt à sa formation, à son expérience et à son intuition, ce que l'on appelle le «jugement clinique». Ce dernier ne peut pas être enseigné, il s'acquiert par l'expérience. Le transfert des connaissances aux jeunes médecins est assuré grâce à un coaching efficace dans le cadre d'un mode d'apprentissage en cours d'exercice plutôt que par un enseignement dans des salles de cours.

Les rencontres informelles constituent également des occasions pour la création et le transfert de connaissances. Interrogé sur l'importance de telles occasions, un médecin s'est ainsi exprimé : *Quand je découvre des choses que nous pourrions faire différemment ou penser différemment, je crois que les rencontres informelles sont plus importantes que les réunions*

formelles. C'est au cours de ces réunions que je peux définir l'ordre du jour que je veux, éclairer le problème que je veux, et lancer l'interaction que je veux. C'est exactement dans ce genre de rencontre avec nos collègues que nous pouvons parler librement de nos activités quotidiennes.

En somme, les réunions formelles sont tenues pour discuter de cas médicaux spécifiques et transférer ainsi des connaissances médicales. Les réunions informelles (rencontres dans les couloirs, ou autres événements similaires) constituent des occasions de création et de transfert de nouvelles connaissances. Les acteurs hospitaliers trouvent dans ces rencontres non programmées des moments opportuns pour discuter des activités quotidiennes ou échanger des expériences concernant des cas spécifiques, en dehors des réunions formelles.

✓ **Type de connaissances : médicales/managériales**

Les personnes interrogées mettent l'accent sur deux types de connaissances, celles liées à la profession médicale et celles liées aux questions d'organisation et aux processus.

- Connaissances médicales

En général, les personnes interrogées ont mis l'accent sur l'importance de l'apprentissage dans le transfert de nouvelles connaissances médicales. Selon un chef de service, ce type de connaissances est particulièrement facile à diffuser en interne dans les salles de cours et dans la pratique. Ces connaissances permettent aux jeunes médecins d'améliorer à la fois leurs compétences professionnelles et les soins adressés aux patients.

- Connaissances managériales

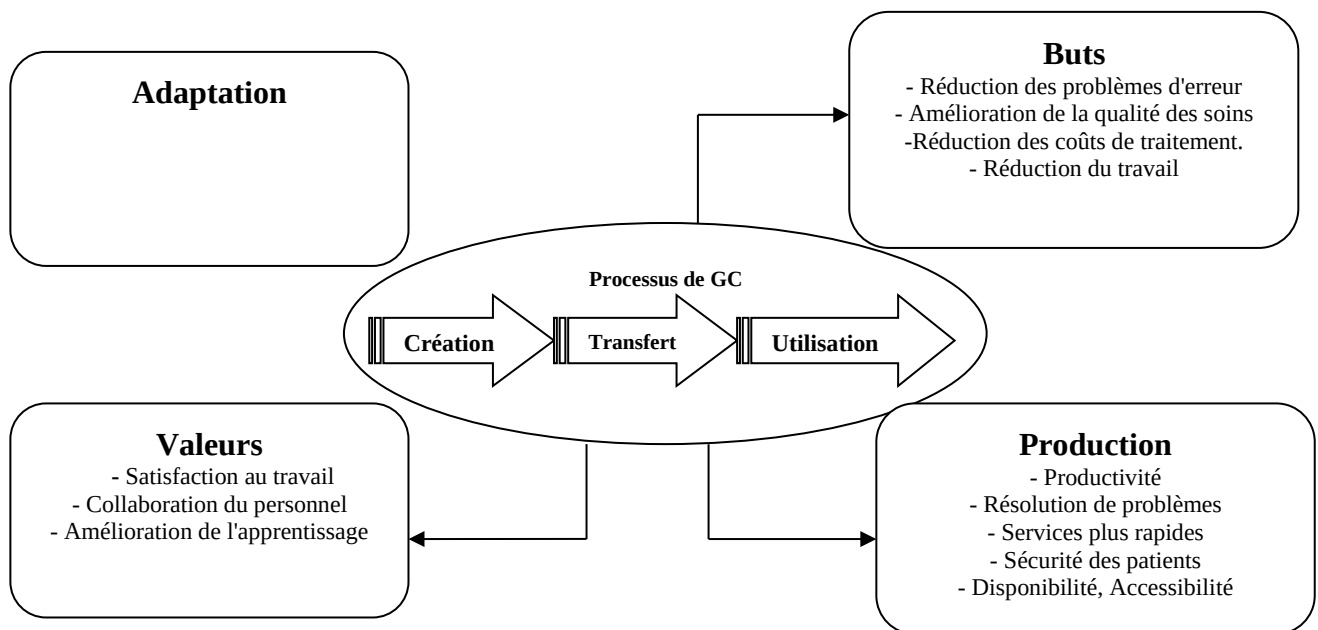
Les personnes interrogées décrivent ce type de connaissances comme celles qui sont relatives à l'organisation du travail quotidien, à la logistique, à l'utilisation des ressources, à l'environnement et la sécurité. Un médecin résident confirme que pour de nombreux jeunes médecins, ce type de connaissances ne semble pas intéressant ou attrayant. Selon ses dires : *Cette catégorie de connaissances, qui porte sur l'organisation, l'environnement et la sécurité et ainsi de suite, est loin de notre spécialité professionnelle et beaucoup plus difficile à diffuser. Ces connaissances ne nous intéressent pas spontanément. Nous avons d'autres choses que nous préférons faire plutôt que d'apprendre sur l'organisation de l'hôpital.*

Les médecins ne sont pas motivés et ouverts à ce type de connaissances. Pour eux, cette catégorie de connaissances doit concerner en premier lieu les responsables administratifs de l'hôpital. Or, dans les faits la direction générale et les directions des hôpitaux se trouvent toujours sous le commandement d'un médecin.

❖ **Synthèse du processus de gestion des connaissances du CHU HII Fès**

L'application des connaissances est le principal facteur d'avantage concurrentiel et d'amélioration de la performance organisationnelle¹. C'est pour cette raison que l'organisation doit capturer, créer et transférer les nouvelles connaissances dont elle a besoin, c'est-à-dire mettre en œuvre un processus de gestion des connaissances. Ce processus peut servir de système stratégique pour les secteurs à forte intensité de connaissances tels que les soins de santé.

Figure 17 : Relations entre le processus de GC et les dimensions de la performance organisationnelle du CHU HII.



La création et le partage des connaissances génèrent des avantages pour l'acteur hospitalier, pour le processus médical, pour le patient et enfin pour l'hôpital dans son ensemble. Les avantages individuels (l'acteur) comprennent l'amélioration de l'apprentissage, la prise de décisions, la résolution de problèmes, la productivité l'application de meilleures approches dans la prescription de médicaments et la façon de guérir et la satisfaction au travail. Les avantages du processus de partage des connaissances sont liés à une meilleure collaboration du personnel, un flux d'informations plus rapide, la disponibilité, l'accessibilité, la qualité des informations et la création de nouvelles connaissances. Les avantages pour le patient comprennent des services plus rapides, une réduction des problèmes d'erreur et amélioration de la qualité des soins. Les avantages organisationnels se manifestent sous forme de gain de temps,

¹ Alavi & Leidner : Review: Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues Vol. 25, No. 1 (Mar., 2001), pp. 107-136.

l'amélioration de l'apprentissage de l'organisation, la réduction du travail, la sécurité des patients, la réduction des coûts de traitement.

II.3. COSGC 3 : Les compétences en gestion des connaissances

La troisième dimension des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances se manifeste à travers les compétences que doit posséder une organisation en matière de gestion des connaissances. Cette dimension est attachée à la nature des compétences exigées pour gérer et exécuter des processus de gestion des connaissances à savoir : la culture en gestion des connaissances, la motivation à la gestion des connaissances et les récompenses et les incitatifs à la gestion des connaissances.

II.3.1. La culture en gestion des connaissances

La culture est un élément vital de la capacité d'une organisation à créer de la valeur en tirant parti des actifs de connaissance¹. De ce fait, la culture a un rôle à jouer en matière de création et de partage des connaissances entre les membres de l'organisation. D'après (Ajmal et Koskinen), la culture organisationnelle est importante pour faciliter la création, le stockage, le transfert et l'application des connaissances. L'un des aspects le plus important de la culture est que le partage des valeurs organisationnelles influence la perception individuelle de la propriété des connaissances et incite les personnes à partager leurs connaissances avec les autres². La culture organisationnelle favorise explicitement le partage et l'intégration des connaissances et encourage le débat et dialogue pour faciliter les contributions des individus à tous les niveaux de l'organisation³.

A l'instar des autres organisations, les établissements de soins adoptent la gestion des connaissances pour améliorer la création, le partage et l'application des connaissances de leurs acteurs. La gestion des connaissances peut aider l'hôpital à utiliser ses compétences actuelles ou à développer des idées, services, produits, processus et de nouvelles solutions. Pour ce faire, l'hôpital doit construire et développer des connaissances en encourageant continuellement une culture de partage de ces connaissances entre ses acteurs.

Pour fournir des soins optimaux aux patients, le médecin et l'infirmier sont appelés à travailler ensemble et à développer des relations plus solides et donc partager les mêmes valeurs

¹ Ajmal. M & K. Koskinen; Knowledge Transfer in Project-Based Organizations: An Organizational Culture Perspective ; Project Management Journal · March 2008.

² Lin, Y. and Dalkir, K. (2010), "Factors affecting KM implementation in the Chinese community", International Journal of Knowledge Management, Vol. 6 No. 1, pp. 1-22.

³ Davenport. T & Prusak. L.1998. Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know.

organisationnelles. Le travail des deux corps doit reposer sur une communication efficace. En effet, l'activité de l'infirmier et celle du médecin dépendent les uns des autres pour apporter au patient un soin de qualité. Or, il convient de rappeler qu'à l'hôpital, et plus particulièrement au CHU HII Fès, les médecins et les infirmiers n'ont pas bénéficié de formation pour le travail d'équipe et que le système de santé marocain est centré sur le médecin. Cette situation perturbe généralement la base du travail d'équipe et génère des conflits entre les membres de l'équipe de soins.

Le corps de soins milite toujours en faveur d'un statut d'infirmier à l'instar de l'ordre des médecins. L'introduction du système LMD dans le cadre de la formation en sciences de santé, a permis pour la première fois aux infirmiers, l'accès à un enseignement supérieur avancé et donc à des connaissances académiques plus élevées telles que le master et le doctorat. Malgré cette réforme qui est censée changer la donne, les infirmiers n'ont pas toujours réussi à promouvoir leur propre autonomie professionnelle et manifestent toujours une attitude négative envers la domination de l'hôpital par des médecins. Ils n'approuvent pas la règle et la supériorité des médecins par rapport à la prise de décision concernant les patients car actuellement les infirmiers ont des qualifications académiques élevées et donc leur rôle ne doit pas se limiter tout simplement à exécuter les ordres des médecins. Tous ces facteurs conjugués font de la culture organisationnelle qui émerge de la relation médecin-infirmier un facteur défavorable au transfert des connaissances en milieu de travail entre les deux parties. La culture organisationnelle actuelle semble avoir un impact assez flou sur le travail en équipe, car elle conduit souvent les médecins à créer des zones de pouvoirs autonomes. A titre d'exemple, certains services de l'hôpital sont connus beaucoup plus par les noms de leurs médecins responsables que par le nom de la spécialité de ces services. Cette réalité a déjà été soulevée par (Beveren ; Brakensiek), la culture des systèmes de soins basée sur l'autonomie et sur les « silos des connaissances » devrait céder la place au profit d'une nouvelle culture qui requiert coopération, communication, formation et travail en équipe.

II.3.2. La motivation

La motivation peut être utilisée pour faciliter les processus continus du partage des connaissances et de leur renouvellement. Plusieurs auteurs¹ affirment que la motivation permet de surmonter certaines barrières à la transmission des connaissances puisqu'elle amène un niveau accru de collaboration, réduisant du même coup une compétition excessive entre le

¹ Martin Cruz, Natalia & Martin Perez, Victor & Cantero, Celina. (2009). The influence of employee motivation on knowledge transfer. J. Knowledge Management.

détenteur et le destinataire des connaissances. Les auteurs mettent l'accent sur un important élément qui peut empêcher le partage des connaissances entre le client (destinataire) et le propriétaire de ladite connaissance, il s'agit d'une sorte de compétition qui peut surgir et oppose les deux parties. Le propriétaire de la connaissance a un réel pouvoir de transmettre ou non ses connaissances en fonction de son état de motivation. Il arrive parfois, à ce que l'émetteur de la connaissance ne fasse pas tous les efforts requis pour transmettre ses connaissances s'il n'y voit pas d'intérêt, soit parce qu'il sait qu'il ne recevra aucune récompense ou reconnaissance, que cela ne fait pas partie des valeurs prônées par l'organisation, ou encore que son savoir est un moyen d'obtenir des promotions dans son organisation. Ce savoir est donc perçu comme un avantage concurrentiel individuel¹. La motivation du détenteur des connaissances pourrait être freinée par la difficulté de transmettre une connaissance difficile à expliciter, par des enjeux de confidentialité ou encore par la rareté des savoirs concernés². Du côté destinataire, sa motivation est beaucoup plus attachée à son habileté à s'appropriier les connaissances du propriétaire, puis à les intégrer et à les utiliser dans ses activités de travail. Dans cet ordre d'idée, certains auteurs³ supposent que l'employé qui apprend doit intégrer des informations à son savoir existant et ainsi créer de nouvelles connaissances.

Les participants aux entretiens reconnaissent que les interactions positives et les relations professionnelles entre infirmiers et médecins, qui travaillent en équipe, favoriseraient la culture de partage des connaissances. Ils ont souligné que des relations appropriées créent une atmosphère émotionnelle, psychologique et sociale favorable et réduisent leur stress dans l'environnement de travail. Néanmoins, des facteurs tels que des communications non professionnelles et inappropriées et le manque de connaissance des principes de communication engendrent des relations tendues et une dynamique difficile des interactions en équipe. Cet état de fait crée généralement chez l'infirmier des sentiments hostiles qui affectent négativement son rendement et diminuent la qualité de partage des connaissances. En outre, le personnel de soins perd sa volonté de partager ses connaissances en raison aussi de l'absence d'une motivation sérieuse de la part de la direction de l'hôpital, du manque de temps et de la charge de travail élevée.

¹ Burgess D. (2005). « What motivates employees to transfer knowledge outside their work unit? ». *Journal of Business Communication*, vol. 42, no 4, p. 324-348.

² Volkov I. (2011). *Transfert de connaissances dans les entreprises multinationales: efficacité et influence des facteurs contextuels*. Thèse de doctorat en Relations Industrielles, Université de Montréal, Montréal

³ M. Wilkesmann & Uwe Wilkesmann, *Knowledge transfer as interaction between experts and novices supported by technology: The journal of information and knowledge management systems* Vol. 41. 2011.

L'entrée en vigueur du système LMD a ouvert la voie à plusieurs infirmiers de poursuivre leurs études supérieures, ce qui leur a permis d'obtenir des diplômes supérieurs. Ces infirmiers ont déclaré qu'ils ont tenté de promouvoir leurs diplômes, alors qu'ils n'ont jamais vu le résultat de leurs efforts de manière appropriée. Cette catégorie d'infirmiers croyait que certains facteurs jouent un rôle majeur dans la réduction de leur motivation pour le partage de la connaissance et l'apprentissage organisationnel. La direction quant à elle ignore complètement les connaissances de ces infirmiers et leurs capacités en tant que membres principaux dont les activités influencent la culture de partage des connaissances. Ces infirmiers diplômés estiment qu'en dépit de l'amélioration de leur niveau académique, leurs fonctions et rôles n'ont pas été modifiés, de sorte qu'ils doivent continuer à travailler dans leur ancien poste. Par conséquent, la formation académique avancée n'est ni un avantage ni une garantie pour être promu. Cela pourrait même entraîner plus de tâches et de responsabilités.

II.3.2. Les récompenses et les incitatifs à la GC

Les récompenses par la promotion, la prime ou l'augmentation de salaire se sont avérées être positivement liées à la fréquence du partage des connaissances, en particulier lorsque les employés s'identifient à l'organisation¹. Le manque d'incitations et de motivation est par contre considéré comme un obstacle majeur au partage des connaissances. Les récompenses et les incitatifs à la gestion des connaissances jouent un rôle primordial dans la mesure où ils contribuent à lever certaines barrières majeures au succès du stockage des connaissances². Trois types de barrières peuvent être cités : le manque de temps, la culture corporative et le pouvoir.

La première barrière qui empêche les employés de contribuer à la génération de leurs connaissances est le manque de temps. Généralement, le temps de travail est limité pendant une journée. Consacrer ce temps à travailler et aider un collègue ou codifier la connaissance de certains outils du processus de GC est un compromis très difficile à faire en l'absence des incitations. Un autre obstacle non moins important réside dans la culture corporative qui historiquement n'a jamais récompensé les employés qui contribuent à la création de leurs connaissances qu'ils partagent avec les autres. Les récompenses attribuées sont souvent liées à la performance individuelle. Finalement, la connaissance peut être parfois synonyme de pouvoir. Partager ce pouvoir n'est pas chose aisée. Certaines personnes accumulent des connaissances avec la conviction qu'ils pourraient manipuler ces connaissances pour assurer

¹ Kankanhalli et al ; compréhension de la recherche à partir de référentiels de connaissances électroniques: une enquête empirique. MIS Quarterly. Journal of American Society for information science and technology 2005.

² Alavi et Leidner 2001. Op. Cit.

leur propre succès, le partage devient un mythe. Malhotra¹ propose des exemples de compétences exigées pour une bonne gestion des connaissances : l'habileté à faciliter les processus continus du partage des connaissances et leur renouvellement, l'habileté à développer les ressources humaines et la culture organisationnelle qui facilite le partage des connaissances, et l'habileté à utiliser les technologies disponibles pour la création, le partage et la documentation des connaissances.

Les récompenses et les incitatifs du personnel du CHU HII dépendent essentiellement du rendement de l'individu et ne sont pas liés à l'utilisation ni au partage des connaissances. Ces récompenses sont souvent attribuées sous forme de primes, d'indemnités ou de rémunération supplémentaire. Il semble qu'un tel système de récompense n'a pas d'impact significatif sur la gestion de connaissances au CHU. Ce constat contredit les opinions exprimées par certains auteurs : « les récompenses financières ou non financières sont susceptibles d'influencer les décisions des médecins d'utiliser les systèmes d'information². En effet, les médecins apportent des connaissances de haute qualité indépendamment de l'utilisation des incitations, car ils doivent respecter des normes éthiques particulièrement élevées : les connaissances apportées par les médecins peuvent affecter la vie de leurs patients³.

La performance organisationnelle de l'hôpital revêt un caractère multidimensionnel. Elle peut être appréhendée sous les quatre dimensions : Adaptation, Valeurs, Buts et Production. La gestion des connaissances joue un rôle indispensable dans l'amélioration du niveau de chacune des dimensions. L'importance de ce rôle a été soulignée par de nombreux auteurs⁴ en admettant que la prestation de soins de santé est un processus axé essentiellement sur les connaissances. Par conséquent, la capacité de gestion des connaissances offre la possibilité d'améliorer la performance des systèmes de soins.

Cependant, la mise en place d'un bon système de gestion des connaissances n'est pas une tâche aisée⁵. Elle exige des efforts et des capacités organisationnelles spécifiques. (Nonaka et

¹ Malhotra, Y. 1997. Profile of the Ideal Knowledge ManageriArchitect. <http://www.brint.comi> wwwboard! Messages! 273. html.

² Hackbarth et Milgate, 2005; . using quality incentives to drive physician adoption of health information technology, health affairs .

³ Koumpouros, Yiannis et Nicolosi, Gian et Martinez Selles, Manuel. (2006). Facteurs critiques de succès pour la mise en place d'un système multidisciplinaire de gestion des connaissances de la communauté sanitaire utilisant les TIC sur Internet: le paradigme de la cardiologie. Journal international de la technologie et de la gestion des soins de santé.

⁴ Nilakanta S, Miller L, Peer A et Bojja VM. (2009) Contribution de la gestion des connaissances et des connaissances Capacité sur les processus commerciaux des organisations de soins de santé. *Sciences du système, 2009. HICSS '09. 42e Conférence internationale d'Hawaï*.

⁵ (Spiegler, 2000). Op. Cit.

Takeuchi) expliquent que ces difficultés sont dues au fait que le processus de gestion des connaissances passe par différents niveaux organisationnels. A chaque niveau, « il existe des forces qui peuvent inhiber les efforts fournis pour une bonne gestion des connaissances¹ ». Pour neutraliser ces forces de résistance, les auteurs proposent les éléments à réunir pour une bonne gestion des connaissances. Ces éléments sont appelés COSGC : une capacité en infrastructures de gestion des connaissances, en processus de gestion des connaissances et en compétences en gestion des connaissances².

A la lumière des résultats présentés ci-dessus, nous constatons que les trois types de COSGC n'influencent pas de façon identique les quatre dimensions de la performance. En effet, les COSGC n'exercent aucun impact sur la dimension « Adaptation » et la COSGC relative aux compétences en gestion de connaissances n'apporte aucune amélioration aux quatre dimensions. Par ailleurs, les COSGC influencent positivement les niveaux de performance organisationnelle des structures et l'amélioration de la performance dépend largement de l'état des COSGC. Pour satisfaire ces objectifs en termes de performance organisationnelle, le CHU H II Fès est appelé à évaluer ses COSGC actuelles pour procéder à leur développement. Ces COSGC ne sont pas statiques, mais elles évoluent constamment, elles définissent le domaine des possibles de l'hôpital et son développement futur. Selon Marengo³, une capacité organisationnelle est fondamentalement un savoir agir, donc une mise en action des ressources et compétences à travers différents mécanismes d'intégration et de coordination qui font référence aux processus. Elle donc soumise à l'apprentissage.

Le tableau ci-dessous résume les liens entre les différentes dimensions de la performance organisationnelle et les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances du CHU.

Tableau 26 : Relations entre les 4 dimensions de la performance et les COSGC

COSGC 1 : Infrastructure de gestion des connaissances				
	Adaptation	Valeurs	Buts	Production
Infrastructure technologique			+ Efficacité + Efficience + Qualité des services + Coût + Délai	+Volume de soins et de productivité +Accessibilité financière. +Gestion de la facturation

¹ (Garud & Kumaraswamy, 2005).

² (Abou-Zeid, 2003 ; Ahn et Chang, 2005)Opt cit

³ Marengo, L. (1995). Apprentissage, compétences et coordination dans les organisations. In N. M. J. Lazaric (Ed.), Coordination économique et apprentissage des firmes (pp. 3-22). Paris : Economica.

Structure organisationnelle	La domination de la structure hiérarchique avec plusieurs niveaux semble défavorable au partage des connaissances. « <i>Le partage des connaissances peut être facilité par une structure organisationnelle moins centralisée (Kim & Lee, 2006), créant un environnement de travail qui encourage l'interaction entre les acteurs</i> »			
Culture organisationnelle		+ Motivation + Sentiment de confort et de confiance. +Adoption des comportements innovants	+Efficacité opérationnelle +Améliorer les (la qualité des soins) +Réduction des erreurs de médication	+Réduction de la mortalité, +Réduction de durée de séjour
COSCG 2 : Processus de gestion des connaissances				
	Adaptation	Valeurs	Buts	Production
Production des Connaissances		+ Satisfaction au travail + Collaboration du personnel + Amélioration de l'apprentissage	+ Réduction des problèmes d'erreur + Amélioration de la qualité des soins + Réduction des coûts de traitement. + Amélioration de la qualité de soins + Réduction du temps de travail.	+ Productivité + Résolution de problèmes + Services plus Rapides + Sécurité des patients + Disponibilité, Accessibilité.
Mobilisation des connaissances				
Utilisation des connaissances				
COSCG 3 : Compétences en gestion des connaissances				
	Adaptation	Valeurs	Buts	Production
Motivation	Ne touche pas l'ensemble des acteurs, elle concerne uniquement le cadre médical. Chez les autres notamment, infirmiers et techniciens de santé, cette catégorie perd parfois sa volonté de partager ses connaissances en raison de l'absence d'une motivation sérieuse de la part de la direction de l'hôpital.			
Culture en gestion des connaissances	(-) La culture actuelle semble avoir un impact assez flou sur le travail en équipe. <i>La culture des systèmes de soins basée sur l'autonomie et sur les « silos des connaissances » devrait céder la place au profit d'une nouvelle culture qui requiert coopération, communication, formation et travail en équipe (Beveren, 2003 ; Brakensiek, 2002)</i>			
Récompenses et incitatifs	Les incitatifs et les récompenses accordées au personnel ne sont pas liés à l'utilisation et au partage des connaissances, ils dépendent uniquement du rendement de l'individu.			

Source : Réalisé par nos soins

Afin de traiter notre question de recherche, nous avons mobilisé à la fois un instrument d'évaluation de la performance hospitalière EGIPSS et les capacités organisationnelles

spécifiques à la gestion des connaissances COSGC. Les CO étant considérées comme facteur principal de la performance hospitalière, il nous semble important de mettre en relation les COSGC et la performance organisationnelle. Aussi avons-nous recours au tableau de bord stratégique (ou Balanced Scorecard BSC) pour cette mise en relation. Le BSC, avec ses quatre axes, peut en effet être adapté au contexte hospitalier.

Section III. Le tableau de bord prospectif BSC : outil de développement des COSGC

Le tableau de bord prospectif a pour finalité de traduire les objectifs stratégiques en termes opérationnels. Pour cela, les objectifs de l'hôpital (les 4 fonctions de la performance) doivent être préalablement définis. Les relations de causalité doivent être également précisées pour justifier la valeur de l'actif immatériel « les connaissances » et sa contribution à la valeur de l'actif matériel de l'hôpital.

Nous présenterons ci-après, l'architecture du BSC adapté au contexte hospitalier pour servir d'outil de développement des COSGC.

III.1. Présentation du tableau de bord stratégique BSC

Le tableau de bord stratégique ou le « Balanced scorecard BSC, depuis sa conception par Kaplan et Norton¹ a suscité un grand intérêt auprès des chercheurs comme des professionnels du contrôle de gestion. Il apparaît comme un instrument de prédilection au service des directions générales. Traduire la stratégie en termes opérationnels, mettre l'organisation en adéquation avec la stratégie, transformer la stratégie en un processus continu, comptent parmi les objectifs affichés par les concepteurs du BSC qui inscrivent ainsi leur modèle dans la problématique de l'alignement stratégique. Le BSC associe des mesures financières à des mesures non financières, toutes reliées à la performance globale de l'entreprise. Dans sa présentation générique, il est organisé autour de quatre axes : l'axe financier, l'axe clients, l'axe processus internes et l'axe apprentissage. L'une des hypothèses principales du BSC est l'existence des interdépendances entre les différents axes, ce qui conduit à la construction de cartes stratégiques².

¹ Kaplan R.S., Norton D.P., "The Balanced Scorecard : Measures That Drive Performance", Harvard Business Review.1992.

² Les tableaux de bord stratégiques entre conception et action : propos d'étape d'une recherche intervention. Yann Chabin, Denis Travaillé et Gérard Naro Centre de Recherche en Gestion des Organisations (CREGO) Groupe Contrôle et Stratégie (COST) IAE-Université Montpellier II.

Le BSC traduit une stratégie et une seule, il est conçu au niveau d'une unité opérationnelle dont les activités, dans l'idéal, couvrent une chaîne de valeur complète, de l'innovation au service après-vente. Cette stratégie est traduite par le biais des quatre axes équilibrés. L'axe « financier », définit la performance financière attendue de la stratégie. Les objectifs et les indicateurs sont donc choisis en fonction de la stratégie particulière de l'unité opérationnelle. Mais le BSC ne se limite pas à définir les objectifs financiers, puisqu'il permet de préciser non seulement les paramètres selon lesquels la performance à long terme est évaluée, mais aussi les variables considérées comme essentielles pour définir et piloter les objectifs à long terme. Ainsi, l'axe « financier » sert de fil conducteur aux objectifs et indicateurs des autres axes du BSC. L'axe « clients » permet d'identifier les segments de marché sur lesquels l'entreprise souhaite se positionner, car ces segments génèrent les chiffres d'affaires nécessaires à la réalisation des objectifs financiers. Cet axe traduit donc la mission et la stratégie de l'unité en objectifs précis sur les segments des marchés ciblés. Les indicateurs doivent permettre de cerner et d'évaluer explicitement l'offre dont les caractéristiques, les facteurs de différenciation sont les déterminants de la performance. L'axe « processus internes » doit identifier les processus de l'unité dans lesquels celle-ci doit exceller pour atteindre la performance et les objectifs fixés dans les deux axes précédents. Dans ce cadre, le BSC ne se contente pas d'améliorer les processus existants mais permet également de mettre en lumière des processus nouveaux. Enfin, l'axe « apprentissage organisationnel » correspond aux « infrastructures que l'entreprise doit mettre en place pour améliorer la performance et générer la croissance à long terme¹ ». Les infrastructures sont les hommes, les systèmes et les procédures, les infrastructures technologiques, organisationnelles... Il s'agit donc de définir la manière dont doivent être gérés les moyens humains, les connaissances et les compétences, afin d'atteindre les objectifs stratégiques définis précédemment.

III.2. Le TDB stratégique : outil de développement des COSGC dans le contexte hospitalier

Les acteurs hospitaliers reconnaissent la nécessité de regarder au-delà des mesures financières lors de l'évaluation de la performance de l'hôpital. Le BSC est l'outil le plus adéquat pour remplir cette mission, dans la mesure où il intègre des mesures financières et non financières. Ces quatre axes du BSC sont adaptés aux spécificités de l'établissement hospitalier. Ainsi, les deux axes (financier et client) semblent être adaptés aux **quatre dimensions de la**

¹ Kaplan et Norton, 2003. Cité par Emilie Canet et Albert David.

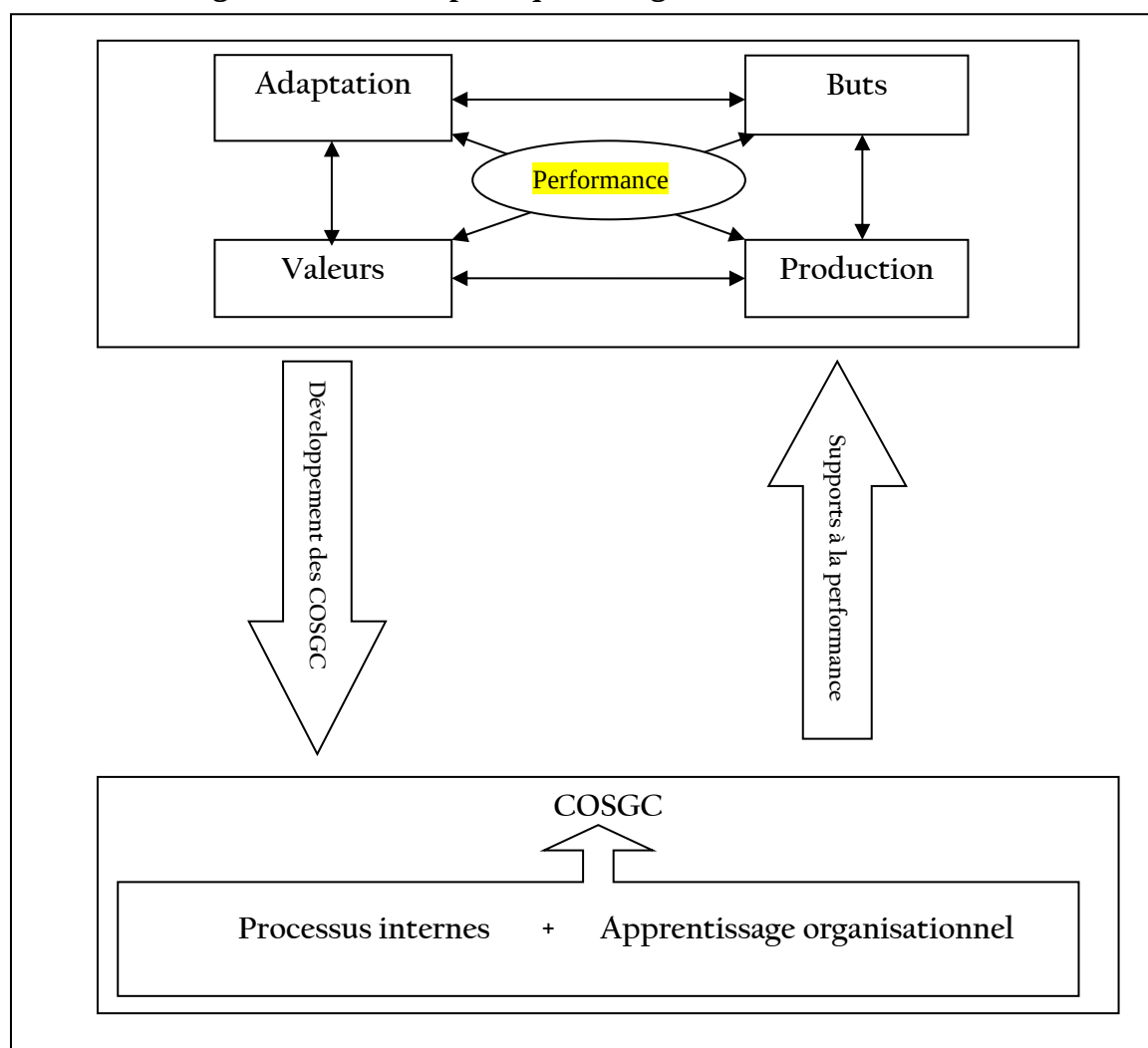
performance (Adaptation, buts, valeurs et production), ces dimensions regroupent les indicateurs relatifs à l'ensemble des parties prenantes (médecins, infirmiers, techniciens de santé, patients, tutelle, élus, associations...). Répondre aux exigences de ces parties prenantes est l'objectif ultime de l'établissement hospitalier. Quant aux deux autres axes (processus internes et apprentissage organisationnel), ils seront regroupés aussi en un seul (**les processus de gestion des connaissances et apprentissage organisationnel**). L'axe « processus internes » renvoie aux processus de gestion des connaissances dans lesquels l'hôpital doit exceller pour atteindre la performance et les objectifs fixés par l'axe « **dimensions de la performance** ». L'axe apprentissage organisationnel » correspond aux « infrastructures de gestion des connaissances que l'hôpital doit mettre en place pour améliorer la performance ». Les infrastructures sont les hommes (médecins, infirmiers, corps administratif...) les systèmes et les procédures, les infrastructures technologiques, organisationnelles... Il s'agit donc de définir comment doivent être gérés les connaissances, pour atteindre les objectifs initialement définis par l'axe « **dimensions de la performance** ».

La fusion des deux axes est justifiée par le fait que, l'axe « processus internes » met en avant les processus à développer pour réaliser les objectifs de la performance. Ces mêmes processus mobilisent les infrastructures de l'axe « apprentissage organisationnel ». On peut donc en déduire que les capacités organisationnelles sont définies, ou plus exactement révélées par le biais de ces deux axes (processus internes et apprentissage organisationnel). Néanmoins, la séparation des deux axes « processus internes » et « apprentissage organisationnel » pose une difficulté quant au développement des capacités organisationnelles¹, leur développement nécessiterait donc l'intégration de ces deux axes. C'est au cours des processus que les capacités organisationnelles commencent à se développer, car leur développement peut être envisagé comme un transfert des bonnes pratiques et les innovations détectées localement peuvent être modélisées et érigées en standard. Cette configuration vise un alignement rapide des pratiques mais peut se heurter à des résistances au changement et à une mauvaise appropriation des connaissances de la part des entités, (d'où le rôle des récompenses et des incitatifs à la gestion des connaissances). C'est pour cela qu'il est important d'inciter aux retours d'expérience (commentaires, suggestions) afin que les processus de transfert permettent l'acquisition de nouvelles connaissances sans être trop normatifs. Cette configuration constitue un carrefour entre « processus internes » et « apprentissage organisationnel », car l'apprentissage

¹ Albert David et Emilie Canet, Stratégie en action et capacités organisationnelles : une comparaison entre BSC et la méthode 5 STEPS, ACFAS 2009 – Colloque Management des Capacités Organisationnelles.

organisationnel est envisagé aussi comme « une action collective visant à améliorer, d’une manière continue et active, les connaissances et les compétences individuelles et organisationnelles¹. C’est une capacité à « créer de nouvelles connaissances et à les transformer en compétences pour l’organisation ».

Figure 18: Tableau de bord stratégique adapté pour le développement des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances



Source : Réalisé par nos soins

III.3. Les relations causales entre les axes du BSC adapté

Les deux axes du BSC ne sont pas isolés, mais interconnectés. Les deux composants s’influencent mutuellement. Cette influence mutuelle se nourrit des processus de gestion des connaissances. L’axe « Dimensions de la performance » regroupe les objectifs de différentes

¹ Senge, 1990, Garvin, Edmondson, & Gino, 2008. Diani, 2002 et Yeung, Ulrich, Nason, & Glinow, 1999 ; cité par Philippe Rauffet, Prise en compte des facteurs formels et contextuels dans la gestion des capacités organisationnelles, thèse de doctorat, école centrale de Nantes 2010.

performances que l'hôpital souhaite atteindre. Le second axe regroupe « Processus et apprentissage » qui constituent les variables d'actions qui conditionnent la performance hospitalière. Les responsables hospitaliers déterminent préalablement les objectifs de performance qu'ils souhaitent atteindre au niveau des quatre dimensions du premier axe. Dans un second temps, ils identifient les connaissances à développer pour atteindre ces objectifs. Cela revient à développer une ou plusieurs capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances. Celles-ci intègrent l'ensemble des processus permettant l'acquisition, la création, le partage et l'application des connaissances dans le but d'améliorer la performance organisationnelle.

Pour l'axe « Processus internes et apprentissage » : l'acquisition des connaissances permet à l'hôpital de rationaliser ses processus internes (protocole de soins, système de gestion, gestion des médicaments...). Par conséquent, la capacité des acteurs hospitaliers à générer et à transférer des connaissances améliore la fluidité des processus internes. L'axe « Processus internes et apprentissage » regroupe les moyens ainsi que les mécanismes par lesquels l'hôpital peut développer une ou des COSGC qui sont nécessaires à soutenir son adaptation, la réalisation de ses buts, le niveau de sa production et ses valeurs organisationnelles. La création de nouvelles connaissances qui permettent l'amélioration de l'apprentissage (la création de nouvelles connaissances est considérée comme des acquis de l'apprentissage des acteurs) et leur application sur des processus internes correspond exactement aux opérations de développement des COSGC. A ce sujet, Cohen et Levinthal mettent l'accent sur la capacité absorbative d'une organisation lorsque celle-ci est capable de reconnaître la valeur des connaissances externes, les assimile et les applique pour une fin commerciale afin d'augmenter les capacités innovatrices de l'entreprise.

Rappelons que la mise en place du SIH au CHU HII Fès (infrastructure technologique) a permis de prendre en charge l'essentiel des processus et de centraliser l'ensemble des flux d'information. Il s'agit ici d'un développement de la COSGC1 (infrastructure de gestion des connaissances). L'implantation du SIH a un impact positif sur plusieurs dimensions de la performance organisationnelle de l'hôpital :

- ♦ Amélioration de la qualité des soins et décentralisation de la gestion des médicaments : dimension « Production » ;
- ♦ Amélioration de l'efficacité de la gestion financière et administrative de l'hôpital. Cette amélioration s'est traduite par une réduction des coûts et un accroissement des recettes de l'établissement : dimension « Réalisation des objectifs ».

Les COSGC développées par l'axe (Processus internes et Apprentissage) constituent des supports à la performance organisationnelle formulée au niveau du premier axe (Dimensions de la performance). Le choix des dimensions sur lesquelles l'hôpital souhaite se positionner permet aux responsables de déterminer la nature des COSGC à développer. Cela est rendu possible par la génération de nouvelles connaissances.

Les deux axes du BSC sont traduits par un certain nombre d'indicateurs qui servent d'outils de communication entre la direction générale de l'hôpital et l'ensemble des services. Chaque indicateur constitue un élément d'une chaîne de relation de cause à effet qui établit une relation permanente entre « les quatre dimensions de la performance » de l'entité hospitalière et l'ensemble des services. Le système de suivi des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC est constitué d'indicateurs qui couvrent ses trois composantes (l'infrastructure de gestion de gestion des connaissances, les processus de gestion des connaissances et les compétences en gestion des connaissances).

Ces indicateurs de performance doivent être associés à des cibles, et choisis sur la base d'un certain nombre de critères de sélection ; à savoir :

- ♦ La pertinence : les indicateurs sélectionnés correspondent tous à un engagement vis à vis des objectifs préalablement fixés à la fois au niveau des quatre dimensions de la performance qu'au niveau des trois dimensions des COSGC dont ils contribuent à mesurer le degré d'atteinte.
- ♦ La validité : tous les indicateurs choisis doivent avoir pour objectif la mesure réelle de la performance réalisée ou l'identification des COSGC à développer. Ils doivent permettre également de rendre compte des résultats de la façon la plus juste possible.
- ♦ La fiabilité : les indicateurs sont choisis dans le but de fournir des résultats constants chaque fois qu'une mesure est prise dans des conditions identiques.
- ♦ La faisabilité : l'ensemble des indicateurs sélectionnés doivent être relativement faciles à obtenir ou à produire.

Les responsables hospitaliers doivent veiller à ce que les indicateurs sélectionnés ne soient pas purement quantitatifs, il faut qu'ils soient chiffrés pour permettre de mesurer un volume et non chiffrables pour exprimer les résultats liés à la perception. De façon générale, ces indicateurs choisis porteront sur : la quantité (le volume, le nombre, le taux...), la qualité, montant (coût) et le temps (fréquence, délai). La figure ci-dessous propose une liste (non exhaustive) d'indicateurs adaptés aux deux axes du BSC.

Figure 19 : Les indicateurs associés aux deux axes du BSC

<u>Dimension « Adaptation »</u> - Nombre annuel de campagne de sensibilisation -Taux de variation (+/-) du volume des patients entre deux périodes consécutives -Nombre de personnel bénévole -Nombre de partenaire -Sources de financement -Nombre de personnes embauchées directement -Nombre de personnes embauchées par un processus public national		<u>Dimension « Buts »</u> -Taux de réadmissions en hospitalisation -Taux d'occupation -Niveau de satisfaction des patients -Nombre de réclamations	
<u>- Dimension « Valeurs »</u> - Nombre d'heures de formation - Taux de rotation du personnel - Fréquence de manifestations syndicales - Le degré satisfaction à l'égard de l'implication - Le degré de satisfaction à l'égard de la collaboration -Le degré de satisfaction à l'égard de la communication -Taux d'absentéisme -Le degré de consensus sur les valeurs du système		<u>- Dimension « Production »</u> - Capacité litière - Nombre de journée d'hospitalisation - Nombre de patients admis -Nombre de consultation - Taux d'occupation - Pourcentage de soin à domicile	
<u>COSGC 1 : Infrastructure de GC</u> - Nombre de TBG par hôpital -Fréquence de mise à jour des indicateurs du TBG -Durée moyenne des interactions -Durée moyenne de réalisation -Degré d'interconnexion des systèmes d'information -Degré de collaboration -Nombre de niveaux hiérarchiques par service -Degré de renouvellement de technologies cliniques et administratives.	<u>COSGC 2 : Processus de GC</u> - Quantité de nouvelles connaissances produites par conversion - Durée moyenne de partage de nouvelles connaissances - Amélioration des connaissances et compétences du personnel en matière d'application de nouvelles connaissances - Proportion de personnes maîtrisant, en fin du processus, l'application des nouvelles connaissances - Taux d'échec en matière d'application de nouvelles connaissances, - Nombre de personnes concernées par le processus de création de nouvelles connaissances - Nombre de procédures développées à travers la conversion des connaissances - Degré de développement des routines organisationnelles.	<u>COSGC 3 : Compétences en GC</u> - Evolution de la coopération par les échanges de connaissances entre professionnels - La formation pour le travail d'équipe - Nature des technologies disponibles pour la création, le partage et la documentation des connaissances - Le taux de turn-over - Le taux d'absentéisme - le budget alloué aux incitatifs à la GC.	

Source : Réalisé par nos soins

Conclusion du 5^{ème} chapitre

Dans ce dernier chapitre que nous avons consacré à la performance organisationnelle de l'hôpital, nous avons d'abord mis l'accent sur l'évaluation de la performance organisationnelle hospitalière à travers le modèle EGIPSS. Ensuite, nous avons mis en lumière le rôle des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances en matière de pilotage de la performance hospitalière. La littérature souligne que la performance organisationnelle des établissements de soins peut être évaluée à travers quatre dimensions : la première est celle de la réalisation des buts, liée à la capacité de l'organisation hospitalière à atteindre ses principaux buts. La deuxième dimension est celle de l'adaptation à l'environnement qui renseigne sur la capacité de l'hôpital à acquérir des ressources et à répondre aux besoins de ses patients. La troisième dimension est liée aux processus internes. Elle constitue le noyau dur de l'établissement hospitalier et mesure sa capacité de produire les soins. La quatrième dimension, appelée valeurs organisationnelles, fait référence à l'environnement de travail et s'attache au maintien des valeurs et des normes qui facilitent et contraignent les trois dimensions précédentes.

L'évaluation des différentes dimensions de la performance dans les deux structures objet d'étude a révélé que certaines d'entre elles présentent des limites. Celles-ci sont liées aussi bien à des facteurs internes à l'hôpital qu'à des facteurs externes.

L'hôpital est appelé à mettre en place un système de gestion des connaissances permettant de capturer les connaissances des acteurs, de les transférer et de les mettre à la disposition de tous les partenaires. Un tel système doit permettre d'améliorer l'apprentissage et de développer de nouvelles connaissances, ce qui conduira finalement à l'amélioration de la performance de l'hôpital.

En milieu hospitalier, le rôle de la gestion des connaissances s'avère crucial, elle facilite la collaboration et le partage des connaissances afin que les niveaux de performance souhaités puissent être atteints. Le recours à la GC dans les systèmes de soins est ainsi motivé par l'obtention d'un niveau élevé de performance.

Néanmoins, l'efficacité d'un système de gestion des connaissances passe par le développement ou l'acquisition des capacités organisationnelles de trois types : capacités en infrastructures de gestion des connaissances, en processus de gestion des connaissances et en compétences en gestion des connaissances. Ces trois catégories sont appelées capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances. Dans la mesure où ces COSGC constituent le facteur

principal de la performance hospitalière, nous avons jugé important de les mettre en relation avec la performance organisationnelle. Aussi avons-nous recours au tableau de bord stratégique BSC. Celui-ci peut bel et bien être adapté au contexte hospitalier.

CONCLUSION GENERALE

Dans ce travail de recherche, nous avons essayé de traiter, tant sur le plan de la littérature qu'au niveau de l'hôpital public, les différentes questions développées autour de la problématique du pilotage de la performance organisationnelle.

Dans le but de mener à bien cette recherche, nous avons abordé dans un premier chapitre, la revue de la littérature relative au concept de la performance. A cet effet, nous avons mis en exergue les outils de sa mesure et de son pilotage.

Dans un deuxième chapitre, nous avons présenté les repères conceptuels et des référents théoriques en relation avec notre sujet de recherche. Ainsi, nous avons tenté une synthèse des théories issues de l'économie industrielle, notamment le modèle SCP, l'approche basée sur les ressources ABR, pour enfin nous focaliser sur les capacités organisationnelles. Pour ce faire, nous avons rapproché la littérature consacrée à cette thématique en vue d'aborder les apports d'une approche renouvelée qui constitue le socle de notre problématique de recherche ; à savoir les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances.

Dans le troisième chapitre, nous avons présenté la structure du système de la santé au Maroc et les modalités de sa gouvernance. Pour ce faire, nous avons mis au point les différentes réformes entreprises par les autorités de tutelle pour moderniser le secteur. Ensuite, nous avons exposé les différentes expériences en matière d'application des principes de la nouvelle gestion publique NGP dans le domaine hospitalier.

Dans le quatrième chapitre nous avons présenté le protocole méthodologique de la recherche concordant avec les exigences d'une recherche scientifique rigoureuse permettant d'aboutir à des résultats valides.

Dans le cinquième chapitre, nous avons présenté et analysé les résultats empiriques auxquels a abouti l'étude sur la performance et les COSGC dans deux établissements publics de soins.

Par l'étude bibliographique et les études de terrain, nous avons voulu approcher les leviers d'amélioration de la performance organisationnelle à travers le développement des COSGC. Celles-ci se présentent comme l'habilité à produire, mobiliser et utiliser les connaissances organisationnelles permettant à l'organisation d'améliorer sa performance.

Les résultats de l'étude apportent des éléments de réponse à l'ensemble des questions que nous avons formulées au départ. L'étude situe les difficultés qui limitent la performance organisationnelle et heurtent le développement des connaissances. L'un des principaux résultats

de l'étude est de souligner l'importance de la formation, des incitatifs au partage des connaissances et à l'apprentissage dans le développement des COSGC. L'étude a, par ailleurs, souligné que pour gagner en performance, l'hôpital est appelé à entamer une véritable démarche de développement de ses actifs stratégiques COSGC. Une telle démarche requiert une remise en cause des mauvaises pratiques et des situations non satisfaisantes, l'amélioration de l'efficacité des processus et l'implication des différents acteurs dans l'apprentissage.

L'étude des COSGC dans les établissements de soins nous a permis de mettre au jour nombre de recommandations par rapport à notre problématique de recherche :

Au niveau de l'hôpital, la performance doit être intégrée dans une représentation globale des processus opérationnels, de la stratégie et de l'organisation. Les COSGC sont envisagées ici comme des supports préalables à l'amélioration des niveaux de la performance organisationnelle de l'hôpital. Pour que ces CO puissent jouer pleinement ce rôle de support à la performance, elles doivent être développées. Le développement des COSGC permettant d'atteindre les niveaux de performance organisationnelle souhaités passe par l'usage d'un outil permettant de mettre en relation les quatre dimensions de la performance et les COSGC à développer. Nous avons ainsi jugé que le tableau de bord prospectif constitue l'outil approprié. En effet, les axes du BSC peuvent être facilement adaptés au contexte hospitalier. La finalité du BSC est de traduire les objectifs en termes opérationnels. Pour cela, une description très claire des objectifs de l'hôpital (les 4 fonctions de la performance) doit être préalablement faite. Les relations de causalité doivent être définies pour justifier la valeur de l'actif immatériel plus précisément « les connaissances » et sa contribution à la valeur de l'actif matériel de l'hôpital.

A un niveau plus global, nous attirons l'attention des responsables sur trois questions importantes. Tout d'abord, l'importance de la gestion des connaissances en milieu hospitalier et son impact positif sur la performance de l'organisation. Notre logique de raisonnement est inspirée de l'approche basée sur les ressources. L'idée principale de cette approche est que la performance supérieure d'une organisation s'explique par la possession des capacités organisationnelles. Selon cette approche, la stratégie peut être envisagée comme un dépassement et une projection quant à la façon dont l'organisation entend se développer et se comporter à l'avenir. En conséquence, la mise en place de la stratégie nécessite le développement des capacités organisationnelles sur lesquelles l'organisation devra compter pour atteindre ses objectifs de performance. Ce concept de capacité organisationnelle a été introduit dans le domaine de la gestion des connaissances, les organisations cherchent toujours acquérir des connaissances critiques externes pour s'en approprier. La transposition de la notion

de capacités organisationnelles à la fonction de gestion des connaissances d'une organisation laisse comprendre que celle-ci est assimilée à l'habileté à produire, mobiliser et utiliser les connaissances organisationnelles explicites et tacites en combinaison ou en coprésence avec d'autres ressources et d'autres capacités. Cela montre clairement que la performance d'une organisation est fortement liée à l'efficacité de sa gestion des connaissances.

Néanmoins, la mise en place d'un système efficace en matière de gestion des connaissances, s'avère une affaire assez délicate. Cette difficulté s'explique par l'existence des forces de résistance dans les différents niveaux organisationnels par lesquels transite le processus de GC. La présence de ces forces de résistance peut facilement empêcher les efforts fournis pour une meilleure gestion des connaissances, pour les anéantir, plusieurs voies peuvent être investies en vue d'une bonne gestion des connaissances. Ces voies sont : une bonne organisation des ressources humaines, des structures organisationnelles, des systèmes et des processus. Ces voies sont connues sous le vocable de COSGC.

Ensuite, la résolution des problèmes de gestion des connaissances doit figurer parmi les priorités des acteurs hospitaliers ; dans la mesure où l'activité de l'hôpital dépend largement des connaissances de ses acteurs. En effet, les établissements de soins sont considérés comme un ensemble de professionnels spécialistes qui participent à prodiguer les soins de santé et qui détiennent chacun des informations ou des connaissances essentielles aux soins aux patients.

L'amélioration des niveaux de performance de ces établissements est conditionnée par un investissement accru en matière de la gestion des connaissances. Le rôle accordé aux connaissances s'avère crucial dans ce type d'organisations, dans la mesure où celles-ci sont obligées de mettre des informations et des connaissances pertinentes à la disposition des consommateurs, des patients, des cliniciens, des dirigeants, des gestionnaires et des autres membres du personnel.

L'examen du système de gestion des connaissances du CHU HII Fès révèle l'existence de trois dimensions de COSGC (infrastructure de GC, les processus de GC et les compétences en GC). L'étude montre que ces dimensions ne concourent pas de façon identique à l'amélioration de la performance de l'établissement. Certaines dimensions ne sont pas ou peu exploitées, alors que d'autres nécessitent un développement pour pouvoir soutenir la performance.

- L'étude de la relation entre la COSGC1 « Infrastructure de la gestion de connaissances » et la performance organisationnelle du CHU indique que certaines composantes de COSGC1 telles que le SIH et l'apprentissage favorisent l'amélioration de plusieurs dimensions de la performance (Buts, Production et Valeurs organisationnelles). Néanmoins, d'autres

composantes, la structure organisationnelle en particulier, n'apportent aucune valeur à la performance organisationnelle. Au contraire, la structure constitue un frein sérieux à la gestion des connaissances.

- La COSGC2 (processus de gestion des connaissances) touche la plupart des dimensions de la performance. Elle est d'une importance considérable aussi bien pour le personnel hospitalier que pour le patient. En effet, la COSGC2 permet aux acteurs hospitaliers d'améliorer les niveaux d'apprentissage, la prise de décisions, la résolution de problèmes, la productivité, l'application de meilleures approches dans la prescription de médicaments et la façon de guérir et la satisfaction au travail. Pour le patient, la présence de COSGC2 conduit à des services plus rapides et à une amélioration de la qualité des soins.

- La COSGC3 (Compétences en gestion des connaissances) n'a qu'un impact limité sur les domaines de la performance organisationnelle du CHU. Les composantes de la COSGC3 (motivation, structure culturelle et récompenses) ne concernent pas tous les acteurs de l'hôpital. Il convient de rappeler cependant que la motivation ne concerne pas de façon identique l'ensemble des acteurs. Elle concerne uniquement le cadre médical. L'exclusion ou l'élimination des autres catégories de personnel peut amener celles-ci à s'abstenir au partage de leurs connaissances. Les incitatifs et les récompenses accordées au personnel ne sont pas liés à l'utilisation et au partage des connaissances, ils dépendent uniquement du rendement de l'individu.

Enfin, l'aménagement des dispositifs réglementaires divers est un autre chantier qui ne doit pas manquer d'importance eu égard au développement des COSGC. Dans la mesure où ces dispositifs affectent de façon négative le fonctionnement de l'organisation, ils doivent faire l'objet de réduction de toutes formes bureaucratiques. L'analyse des facteurs de causalité montre qu'une partie des problèmes de l'hôpital provient de la tutelle (ministère de la santé) plutôt que de l'établissement lui-même. Ce constat concerne particulièrement le financement et le recrutement pour lesquels les deux hôpitaux dépendent largement de la politique gouvernementale. Cette dépendance a des effets négatifs sur les principales sous-dimensions de « Adaptation », en l'occurrence l'adaptation aux besoins de la population et l'acquisition des ressources.

Ainsi se dessinent les orientations générales pour une politique d'amélioration continue de la performance. Mais la conception et la mise en œuvre de celle-ci devrait se pencher sur les spécificités des différents établissements hospitaliers. Pour les deux hôpitaux qui ont fait l'objet de notre étude, nous avons relevé, une absence quasi-totale d'initiatives de mobilisation ce qui

explique le manque de dons et l'absence de bénévoles. Certes, les deux structures ne peuvent pas maîtriser les facteurs externes, cependant elles peuvent mobiliser les acteurs internes à travers l'instauration d'un climat organisationnel favorable. Les deux hôpitaux n'ont pas réussi à mettre les bases d'un environnement adéquat de travail. Les différents mouvements de contestation qui opposent le personnel de soins et la direction laissent entendre l'absence de convergence des différents acteurs autour des sujets importants. Les manifestations d'opposition se traduisent souvent par des grèves des infirmiers et des techniciens de santé. Il semble, par ailleurs, que les deux structures n'ont pas su profiter des ressources disponibles, en l'occurrence le SIH dont les applications sont riches mais demeurent peu exploitées. La qualité des soins offerts aux patients est aussi une question qui doit préoccuper les deux hôpitaux dans la mesure où les niveaux de performance affichés ne cessent de se dégrader. La qualité de soins et la productivité des acteurs hospitaliers sont deux grands défis à relever par les hôpitaux.

En somme, les résultats aussi bien que les apports de la présente thèse nous paraissent évidents. Les contributions de cette recherche se manifestent à trois niveaux : théorique, méthodologique et pratique.

○ **Les contributions théoriques**

Deux types de contributions théoriques méritent d'être soulignés :

D'un côté, la revue de littérature sur l'évaluation de la performance organisationnelle des systèmes de soins et l'état de l'art sur les méthodes d'évaluation constituent un apport théorique original. Elles permettent de situer la perspective de l'évaluation de la performance organisationnelle dans une approche globale, intégrée et multidimensionnelle. En ce sens elles participent à la création d'un cadre de recherche global et intégré sur la problématique de l'évaluation de la performance des systèmes de soins. Il nous semble qu'elles contribuent aussi à fournir un support théorique important sur la question de l'évaluation de la performance organisationnelle des hôpitaux. Elles proposent en effet, une vue synthétique sur les différentes dimensions de la performance d'un établissement hospitalier. L'évaluation des quatre dimensions ouvre la voie à une réflexion en leur sein sur les possibilités d'amélioration de la performance par l'action sur les sous-dimensions qui présentent des bilans non satisfaisants.

De l'autre côté, la mise en perspective des questionnements à mener dans le cadre de l'amélioration des niveaux de performance d'un système de soins, en se référant au développement des COSGC, constitue une autre valeur ajoutée de notre travail. En d'autres termes, la nécessité d'améliorer les quatre dimensions de la performance organisationnelle des systèmes de soins nous a conduit à proposer le développement des COSGC en se référant au

système de gestion des connaissances. En effet, comme nous l'avons souligné tout au long de notre thèse, le rôle des systèmes de gestion des connaissances dans le développement des COSGC ne semble pas actuellement identifié. Ainsi, en apportant cette contribution sur la possibilité d'améliorer la performance organisationnelle via le développement des COSGC, nous souhaitons participer à ces recherches sur la détermination concrète des apports des COSGC et de leur développement dans la performance des systèmes de soins.

○ **Les contributions méthodologiques**

Sur le plan méthodologique, les principaux apports résident dans le choix du positivisme aménagé comme démarche pour aborder la problématique du pilotage de la performance des systèmes de soins à l'aide des COSGC. Il nous semble, à travers la revue de littérature que nous avons effectuée, que ce positionnement est original pour évoquer une telle question. Ce positionnement a impliqué une démarche de recherche qualitative qui aurait probablement été différente avec un positionnement constructiviste ou interprétativiste. Ce positionnement épistémologique nous a conduit à mener cette recherche en nous basant sur l'analyse de la littérature et le terrain pour identifier les ajustements à effectuer. En cela, il nous semble que nous avons approfondi une voie méthodologique et épistémologique de recherche sur le pilotage de la performance en nous tournant spécifiquement vers le développement des COSGC.

○ **Les contributions pratiques et managériales**

Les contributions pratiques et managériales se situent à différents niveaux. Sur le plan opérationnel, le CHU H II Fès, suite à cette recherche, peut utiliser un BSC adapté comme outil susceptible d'aider la direction à piloter la performance organisationnelle de l'établissement. Sur le plan organisationnel, nous avons montré en quoi la démarche de recherche avait contribué à une évaluation de la performance organisationnelle de l'hôpital en déterminant les COSGC sur lesquelles il faut agir pour améliorer ladite performance.

Les apports ainsi que les résultats de cette thèse doivent être, cependant, relativisés dans la mesure où certaines limites méritent d'être soulignées.

➤ **Les limites de la recherche**

A l'instar de toute œuvre humaine qui est difficilement exempte d'imperfections, les recherches et les résultats de la présente thèse connaissent des limites. Pour l'état de l'art et la revue de littérature nous insistons sur le fait que la principale limite de ce travail a pour origine la complexité, les turbulences organisationnelles et la dispersion du champ d'analyse (système de

soins). Ce constat donne à ces analyses un caractère synoptique et synthétique qui met en évidence des tendances très générales. Un enrichissement ultérieur s'avère nécessaire et ce travail devra être précisé et critiqué par chaque approche identifiée. Pour notre part, il nous a permis de nous situer dans un contexte où nous n'avions pas identifié de travaux génériques antérieurs sur le sujet. Ainsi, si certaines analyses peuvent paraître modestes, il s'agit parce que nous n'avons pas pu les approfondir toutes au vu de l'ampleur des problèmes soulevés.

En effet, la volonté d'améliorer la performance organisationnelle des systèmes de soins via le développement des COSGC n'a pas prévu les conditions à partir desquelles il faut procéder au développement de ces COSGC. Il serait donc intéressant que les études ultérieures se penchent sur la détermination des caractéristiques des COSGC qui devront faire l'objet d'un développement afin d'améliorer la performance. Un autre point d'une importance aussi considérable réside dans le choix du tableau de bord prospectif BSC comme outil de développement des COSGC. Cet instrument ne s'est pas interrogé sur les liens de causalité entre les indicateurs des deux axes retenus.

Enfin, il est possible que les résultats obtenus dans le secteur hospitalier aient une portée limitée et ne soient pas généralisables. Il serait donc souhaitable que les recherches à venir se penchent sur des applications plus larges dans le but d'aller chercher une standardisation possible dans une industrie ou un contexte donné.

Au terme de cette recherche, nous formulons les perspectives par les questions suivantes :

La gestion et la maîtrise des savoir-faire est l'enjeu stratégique majeur des prochaines décennies, qui pourrait constituer un facteur-clé de succès des organisations de demain. Nous avons, à plusieurs reprises, souligné l'importance du savoir et de la connaissance des Hommes dans la réalisation/maîtrise/amélioration des processus. Le domaine du management des connaissances (knowledge management) trouve ainsi sa place dans le cadre des échanges qui favorisent l'innovation et l'émergence de nouvelles idées. Ce processus d'échange de nouvelles connaissances permet de répondre ou d'anticiper les besoins de l'organisation. Les recherches dans ce domaine sont en plein développement : la connaissance est devenue une source de création de valeur.

Dans une économie qui « tertiarise » ses activités, la valeur de l'organisation ne sera plus simplement représentée par ses actifs corporels ou ses résultats immédiats, mais plutôt par la valeur ajoutée de son patrimoine intellectuel, qu'il s'agisse de recherche, d'innovation, d'investissement en formation ou de connaissances utiles ou mobilisables dans l'acte d'agir.

Dans ce contexte en mutation incontournable, la richesse de toute organisation reposera sur ses capacités à valoriser son capital immatériel et conserver ses compétences stratégiques. Construire une organisation sur un capital de savoirs sera le grand défi des années à venir. La gestion, la maîtrise et le transfert de connaissances dans le cadre d'un « management par la valeur » est un enjeu stratégique de premier plan et constituera un des premiers facteurs-clés de succès des prochaines années.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

Aggeri et Godard (2004), « entreprises et histoire, entreprises et développement durables », n° 45, éditions ESKA.

Ardoin I. Michel d. et Schmidt j. (1986). « Le contrôle de gestion ». Paris, publiunion.

Aurelien Acquier et Jean Pascal Gond. (2007), « aux sources de la responsabilité sociale de l'entreprise : au (re)découvert d'un ouvrage fondateur », social responsabilities of the businessman d' Howard Bowen

Baumard, Donada, Ibert & Xuereb ; “la collecte des données et la gestion de leur sources”, in thietart & al., méthodes de recherche en management , 2^{ème} édition, Dunod, paris 2003.

Benner , de novice à l'expert: excellence et puissance dans la pratique des soins infirmiers cliniques. Menlo Park, Californie: Addison-Wesley; 1984

Blanc.F. et Monomakhoff. N. (2008), la méthode 5 steps, éditions afnor

Blank, R.h. & urau v. (2014). Comparative health policy. Fourth edition, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Bouquin H. (1995, 2005), les fondements du contrôle de gestion, PUF, collection que sais-je? Paris.

Bouquin. H, (2004). « Le contrôle de gestion », presses universitaires de France, collection gestion, 6ème édition, paris.

Bourguignon. A. (2000), « performance et contrôle de gestion », encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et audit, Ed. Economica.

Boutti. R, (2011). «Les fondements de la comptabilité analytique décisionnelle et du contrôle de gestion en action ». Best pratictis. Bruxelles de Boeck université.

Carton B. B. et Hofer c. w., (2006), measuring organizational performance: metrics for entrepreneurship and strategic management research, Cheltenham, gb: Edward Elgar publishing limited.

Cohen. C. (1997): analyse financière, 4^{ème} édition. Economica. & édition. Hampshire, Uk: Palsgrave Macmillan.

Desrochers. D, la nouvelle gestion publique : une manifestation des transformations néolibérales du pouvoir, université du Québec Montréal, février 2016.

Dodds, A comparative. (2013) public policy, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Finger. M. et Ruchat. B. (1997). Le new public management : état, administration et politique, in « pour une nouvelle approche du management public. Réflexion autour de Michel Crozier », Ed. séli arslam, p.32-55.

Flick. U. une introduction à la recherche qualitative (4e éd.). Sage publications ltd; 2009.

Gervais. M. (2000) « contrôle de gestion », economica, 7e édition, paris.

Gond. J-P, et Acquier. A. (2006) « les enjeux théoriques de la marchandisation de la responsabilité sociale de l'entreprise », *gestion*, vol. vol. 31, no. 2, pp. 83-91.

Hatch. M. j., & Cunliffe, A. Organization theory: modern, symbolic, and postmodern perspectives. New York: oxford university press 2006.

Helene.L, Veronique M, Merome. M et Yvon. P. (2013) « contrôle de gestion « des outils de gestion aux pratiques organisationnelles », 4^{ème} édition Dunod, p.65.

Hlady-Rispal. M. (2002). « La méthode des cas. Application à la recherche en gestion ».

horvath. p. (1995), « pour un contrôle de gestion à l'écoute du marché », RFG.

Hughes. O. (2012). Public management & administration: an introduction, 4th

Jadoul. p., Lombaert B., Tulkens F. (2010). Le para étatisme. Nouveaux regards sur la décentralisation fonctionnelle en Belgique et dans les institutions européennes. (eds.) Bruxelles? la charte printing and publishing, 19 novembre, p. 307-345.

Kaplan.R-S, et Norton D-P. (2001). «Comment utiliser le tableau de bord prospectif pour créer une organisation orientée ? » éditions d'organisation. London: thomas Telford.

Lorino. P. (1997). «méthodes et pratiques de la performance », éditions d'organisation.

Lorino. P. (2003) : méthode et pratiques de la performance, le pilotage par les processus et les compétences, éditions d'organisation.

Lorino. P. (1991, 1996), le contrôle de gestion stratégique : la gestion par les activités, dunod.

Lorino. P. (1997), « les deux fonctions du pilotage de l'entreprise », in : Guilhon B. et al. Économie de la connaissance et organisations, l'harmattan.

Lorino. P. (2003) méthodes et pratiques de la performance : le pilotage par les processus et les compétences, éditions Organisation.

Marchesnay. M. (2002), pour une approche entrepreneuriale de la dynamique ressources-compétences. Essai de praxéologie, les éditions de l'Adreg.

Martinet et Reynaud, (2004), « le développement durable en action : approche par l'éco innovation ».

Maulini. O. (2010). Travail, travail prescrit, travail réel. in fordif-formation en direction d'institutions de formation, glossaire (p. 23). Lausanne : fordif.

- Mauri A.j., Michaels.M.** (1998), « firm and industry effects within strategic management: an empirical examination », *strategic management journal*, vol. 19.
- Mercier, Samuel.** (2006). la théorie des parties prenantes : une synthèse de la littérature », décider avec les parties prenantes. La découverte.
- Miles & Huberman.** (2003). «analyse des données qualitatives» (traduction de la deuxième édition américaine. paris. de Boeck supérieur.
- Miles. M.** (1979), «qualitative data as an attractive nuisance: the problem of analysis », *administrative science quarterly*, vol. 24, December, pp. 590-601.
- Mucchielli, et Laurent.** La découverte du social. Naissance de la sociologie en France (1870-1914). La découverte, 1998.
- Naoum S.** (2001), *people and organizational management in construction*, 1e ed.
- Nonaka. I., Takeuchi. H.** “la connaissance créatrice, la dynamique de l’entreprise apprenante”, Ed. De Boeck, 1995.
- Nonaka.I** a dynamic theory of organizational knowledge creation. vol. 5, no. 1; 1994),
- Patrick Guillaumont**, économie du développement, 3 vol, paris PUF, 1985.
- Penrose. E.** (1959) «the theory of the growth of the firm», oxford basil black well.
- Perret.G,** méthodologie de la recherche en sciences de gestion; 2ème édition Pearson 2012.
- Porter. M.** (1986). « Choix stratégique et concurrence : technique d'analyse des secteurs et de la concurrence dans l'industrie », *Economica*.
- Porter. M.** (1986): « l’avantage concurrentiel », inter Edition.
- Prax J-Y.** (1972). the study of organizational effectiveness, the sociological quarterly, 13 (winter), 3-15.
- Prax J-Y.** (2003). « le manuel du knowledge management », Dunod, paris.
- Prax J-Y.** (2012) manuel du knowledge management 3e édition Dunod.
- Rarud, rughu & Kumaraswamy, Arun,** (2005). «Vicious and virtuous circles in the management of knowledge», *mis quarterly*, vol. 29, no.1, pp.-33, March.
- Roy. B.** (1985). « méthodologie multicritère d’aide à la décision ». Paris, *Economica*.
- Rubenstein, A. & Geisler, E.** (2005). « how to start or improve a km system in hospital or healthcare organization », in wickramasinghe, n., Gupta, j. n. d., & Sharma, s. k. (ed.), *creating knowledge based healthcare organizations*, idea group publishing, Hershey, pa, pp. 44-48.
- Savall. H. et Zardet.V.** (2005), «tétra normalisation. Défis et dynamiques ». *Economica*,
- Touraine. A.** la société postindustrielle, le seuil, 1969, p. 199.
- Yin R.K.** (1994), *case study research: design and methods*, 2nd edition, London, applied social research methods series, vol. 5, sage publications.

Zarifian. P. « Objectif compétence », éditions liaisons 1999.

ARTICLES DE REVUES /PUBLICATIONS

Abou-Zeid, (2003) ; « developing business aligned knowledge management strategy », in e. coakes (ed), knowledge management: current issues and challenges.

Ahirul Hoque, Jodie Moll, (2001) "public sector reform – implications for accounting, accountability and performance of state-owned entities – an Australian perspective", international journal of public sector management, vol. 14 issue: 4, pp.304-326.

Ajmal. M & K. Koskinen; knowledge transfer in project-based organizations: an organizational culture perspective; project management journal · march 2008.

Alavi & Leidner : review: knowledge management and knowledge management systems: conceptual foundations and research issues vol. 25, no. 1 mar., 2001.

Amar-Sabbah, Anne. (2007). le nouveau management public : avantages et limites.

Andreani J.C. & Conchon f. « fiabilité et validité des enquêtes qualitatives. Un état de l'art en marketing », revue française du marketing, n°201, 1-5, 5-21.2005

Appleyard, M. "how does knowledge flow? interfirm patterns in the semiconductor industry," strategic management journal (17), 1996, pp. 137-154.

Barney.J. (1991), firm resources and sustained competitive advantage, journal of management, vol 17,no 1,99-120.

Bessire.D. (1999), « définir la performance », comptabilité contrôle, audit, t.5, vol.2, pp.127-150.

Beveren.J. (2003). «Does health care for knowledge management? », journal of knowledge management, vol. 7, no 1, pp. 90-95.

Bose. R. knowledge management-enabled health care management systems: capabilities, infrastructure, and decision-support. Expert systems with applications, 2003.

Bourguignon.A., (1997), « sous les pavés la plage... ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable : l'exemple de la performance ». *comptabilité-contrôle-audit*, tome 5, vol.1, pp. 89-101.

Burca, (2000); « the learning healthcare organization », international journal for quality in healthcare, vol.12

Burgess.D. « what motivates employees to transfer knowledge outside their work unit? ». journal of business communication, vol. 42, 2005.

Capron.M., Quairel.F. (2006), «évaluer les stratégies de développement durable des entreprises : l'utopie mobilisatrice de la performance globale », revue des organisations responsables n° janvier.

Chenhall R.H. (2003), "management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future", accounting, organizations and society, vol. 28, n° 2/3, pp. 127-168.

Claude Sicotte & al. (1999) la performance organisationnelle des organismes de santé, ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol 6, n°1, 1999,pp, 34-46.

Connolly.T. Conlon. E. & Deutsch. S. (1980) organizational effectiveness:

Cruz. Martin. Natalia & Martin. Perez, Victor & Cantero. Celina. The influence of employee motivation on knowledge transfer. j. knowledge management 2009.

De Lavillarmois.O., (2001), « le concept de performance et sa mesure : un état de l'art ». cahiers de recherche de l'iae de lille, n°5, université de Lille.

Dixon. J.R. MC Gowan. J. & Cravens. G. partage des connaissances à l'aide des technologies de codification et de collaboration pour améliorer les soins de santé: leçons du secteur public. recherche et pratique en gestion des connaissances 2009.

Dixon.J.R, (1990). « the new performance challenge: measuring operations for world class competition ». homewood.

Donate. M. & Guadamillas. F. organizational factors to support knowledge management and innovation. journal of knowledge management 2011.

Evelyne Rouby & Guy Solle (2006), « repenser les méthodes de gestion : proposition de points d'ancrage conceptuels : l'exemple du contrôle de gestion », revue internationale sur le travail et la société, volume 4, numéro 1. Pages, 18-44,

Fallery.B. & Rodhain. F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique ; 2007.

Feffer. J. & Veiga. J.F. "putting people first for organizational success", the academy of management executive; 1999.

Ferris.G. Arthur. M., Berkson. H. , Kaplan. D., Harell-cook. G. & Frink. H. (1999). toward a social context theory of the human resource management organization effectiveness relationship, human resource management review, fall98, vol. 8, issue 3, 235-266. gestion & management public, revue Recemap.

Gilles.E- St-Amant & Laurent Renard, (2003) « capacité, capacité organisationnelle et capacité dynamique: une proposition de définitions » université du Québec Montréal.

Guisset .A, Sicotte.C., Leclercq & d'Hoore. W. définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. In: sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 65-104;

Hackbarth & Milgate. Using quality incentives to drive physician adoption of health information technology, health affairs , 2005.

Hemerijck. A. Changing W. S., oxford: Oxford University press 2012.

Hirschman. E.C. humanistic inquiry in marketing research: philosophy, method, and criteria, journal of marketing research; 1986.

Howell.AK. E., & Annansingh.F . Knowledge generation and sharing in uk universities: a tale of two cultures? International journal of information management 2013.

Huberman. A. & Miles. M. B. (1991), analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes, Bruxelles, de Boeck université.

Isaac-Henry, Panter. C. , & Barnes. C. (1997) management in the public sector: challenge and change, 2nd edition. Birmingham, Uk: international Thomson business press.

Kankanhalli & al ; compréhension de la recherche à partir de référentiels de connaissances électroniques: une enquête empirique. mis quarterly. Journal of american society for informationscience and technology 2005.

Khandwalla. P. (1972), "the effect of different types of competition on the use of management controls", *journal of accounting research*, vol. 10, n° 2, autumn, pp. 275-285.

Koeing. G. (1993), « production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles », *revue de gestion des ressources humaines*, n° 9, novembre, pp. 4-17.

Koumpouros. Y , Nicolosi, Gian & Martinez Selles,. Facteurs critiques de succès pour la mise en place d'un système multidisciplinaire de gestion des connaissances de la communauté sanitaire utilisant les TIC sur internet: le paradigme de la cardiologie. Journal international de la technologie et de la gestion des soins de santé ; 2006.

Lebas & Euske, a (2007), «conceptual and operational delineation of performance», business performance measurement, Cambridge university press.

Lin, Y. & Dalkir. K. “factors affecting km implementation in the Chinese community”, international journal of knowledge management, vol. 6 no. 1, 2010.

Lodge. M., Page, E., Balla. S., & lægreid, p. (2015-03-26). Christopher hood, “a public management for all seasons?”. in the oxford handbook of classics in public policy and administration. : Oxford university press. Retrieved 10 Jul. 2019, from

<https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199646135.001.0001/oxfordhb-9780199646135-e-25>.

Magakian.J. (2003), « pensée stratégique, évolutionnisme et créativité design management magazine.

Mcevily. Sk., & Chakravarthy, B. "the persistence of knowledge-based advantage: an empirical test for product performance and technological knowledge," strategic management journal (23:4), 2002, pp. 285-305.

Melchior. Salgado (2013), iut Lyon 1, la performance : une dimension fondamentale pour l'évaluation des entreprises et des organisations. Cnriut.

Merrien, F. (1999). La nouvelle gestion publique : un concept mythique. Lien social et politiques. Érudit.

Mouzas. S, (2006), « efficiency versus effectiveness in business networks ». *Journal of business research*, vol. 59, n° 10 – 11.

multiple-constituency approach, georgia institute of technology.

Nonaka. I., Konno. N. « the concept of “BA”: building a foundation for knowledge creation », California management review, 1998.

Notat., (2007). « Une question centrale », acteurs de l'économie, dossier spécial performance » octobre 2007.

O'brien. D. (2000), Business measurement for safety performance. Lewis publishers, washington.

Pauker, S. d., Gorrry. G., Kassiner. J., & Schwartz, w. (1976). « towards the simulation of clinical cognition: taking a present illness by computer », American journal on medecine, vol. 65" pp. 981-996.

Peirce. C. (1933-1967), collected papers, Cambridge, Harvard university press.

Pesqueux. Y. (2005). « Management de la connaissance : un modèle organisationnel ? » CNAM,

Priem, R. & Butler, J. (2001), «is the resource-based ‘view’ a useful perspective for strategic management research? » academy of management review.

Quairel. Capron, (2005), « la performance globale de l'entreprise et son pilotage : quelques réflexions ».

Quinn. R. & Rohrbaugh. J. A competing values approach to organizational effectiveness. Public productivity review 1981,

- Rasula. J., V. Vuksic, & M. Stemberger**, “the impact of knowledge management on organizational performance”. *Economic and business review for central and south-eastern europe*, vol. 14, no 2.
- Saltman. R. Durán. A. & Dubois. H.** governing public hospitals reform strategies and the movement towards institutional autonomy. Who regional office for Europe: Copenhagen. 2011.
- Saubesty. Vallier. C.**, « codage de données qualitatives dans les processus de construction de coopérations en management de projets : le cas d'un "pôle confort" à la SNCF. », séminaire "les ficelles du métier" , ENS Cachan, université de marne la vallée, école polytechnique, école des mines de paris, décembre 2004.
- Savall. Henri** reconstruire l'entreprise. Analyse socio-économique des conditions de travail. Dunod, pp.275, 1979.
- Siggelkow. Nicolaj**. “Evolution toward fit.” *administrative science quarterly*, vol.
- Smith. R.** (1996). « What clinical information do doctors need? », *British medical journal*, vol. 313" pp. 1062-1068.
- Staker.E.** (1998), « case studies », *in* denzin n.k. & Lincoln Y.S. (eds), *strategies of qualitative inquiry*, london, sage publications, pp. 86-109.
- Stuart. N., Adams. J.** (2007) la durabilité du système de santé canadien: un cadre pour faire avancer le débat. *healthcare quarterly*.
- Szulanski. G.** “exploring internal stickiness: impediments to the transfer of best practice within the firm”, *strategic management journal*, 1996.
- Thomas, C.** (2003), organisation matricielle et coordination transversale : le budget demeure l'outil privilégié, *revue comptabilité contrôle audit*, n° spécial – les innovations managériales, mai, pp. 167 – 187.
- Tilquin. C.** (1999), effets pervers associés aux modalités de financement des organisations accueillant des personnes dépendantes. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 47-66.
- Tort. E.** (1998), « intégration de la comptabilité de gestion au système comptable dans une structure décentralisée », *revue française de gestion*, n°301.
- Troupin. S. Verhoest Rommel. J.** 2010. "Décentralisation fonctionnelle? Leçon d'expériences internationales»https://soc.kuleuven.be/io/pubpdf/io03060028_troupin_2010_decentralisation%20fonctionnelle.pdf
- Turki . O.** (2006),. « Les pratiques du contrôle de gestion face au changement », Tunisie.
- Vera. D. & Crossan. M.** (2003) "organizational learning and knowledge management: toward an integrative framework," in the *Blackwell handbook of organizational learning and*

knowledge management, m. easterby-smith and m. a. Lyles (eds.), Blackwell publishing, oxford, Uk, pp. 122-141.

Wernerfelt. B. (1984) “a resource-based view of the firm” strategic management journal.

Wernerfelt. B. (1984). « a resource based view of the firm », strategic management journal, vol. 5, pp. 171-180.

Wilkesmann.M. & wilkesmann. UWE , knowledge transfer as interaction between experts and novices supported by technology: the journal of information and knowledge management systems vol. 41. 2011.

Winter. S. (2000) “the satisficing principle in capability learning” strategic management journal.

Wood. Donna j. (1991). «Corporate social performance revisited» *the academy of management review*, vol. 16, no. 4, pp. 691–718. jstor, www.jstor.org/stable/258977.

Yuchtman, Ephaim; Seashore, Stanley (1967) « factorial analysis of organizational performance ». *administrative science quarterly*, n°12 (3), 1967, pp. 377-3

COMMUNICATIONS, CONGRES, CONFERENCES ET COLLOQUES

Adam. R. (2000), « le management des connaissances : un facteur de performance des organisations par projet », *in afitep, ressources humaines et projets*, congrès francophone du management de projet, 7-8 novembre, paris, pp. 177-186.

Ameziane. Ferguene, le new public management et la réforme de l’hôpital public en France avec la loi hpst, colloque international sur « l’administration publique en Algérie : entre les impératifs de la modernisation et les défis de l’évaluation : regards croisés sur les bonnes pratiques internationales » université Constantine 2, en collaboration avec le Crexe-Canada et le cread-Algérie, Constantine, les 28 et 29 avril 2014.

Belghiti. A. (2001). principes généraux de la planification à l’hôpital, rabat, novembre, édition 2005, 66p.)

Beveren. (2003). «does health care for knowledge management? », *journal of knowledge management*, vol. 7, no 1, pp. 90-95.

Booto Ekionea & Abou-Zeid « knowledge management and sustained competitive advantage: a resources based analysis », (information resources management association international conference), proceedings irma-2005, San Diego (USA), may, 15-18.
doc/pleins_textes/pleins_textes_4/colloques/27923.pdf.

Doukkali. A., ministre de la santé plan « santé 2025 » 3 piliers / 25 axes / 125 actions.

Agadir janvier 2019.

Fernandez. F. (1995). « Adapter la comptabilité de gestion à des environnements industriels changeant : le cas des îlots de production », économies et sociétés, série science de gestion, n°21.

François. C. & al. Rapport de recherche, un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé: le modèle EGIPSS, conseil de la santé et du bien-être, Québec.

Gilles. Saint Amant & Laurent Renard, (2004), « proposition d'un modèle de gestion de développement des capacités organisationnelles » XIIIème conférence de l'association internationale de management stratégique.

Glais. M. (1992) économie industrielle. Les stratégies concurrentielles des firmes. Litec.

Gond. J-P. (2003), « les fondements théoriques de la responsabilité sociétale de l'entreprise », revue de sciences de gestion, n°205. acte du 15ème congrès annuel de l'association francophone de GRH, Montréal.

Gond. J-P. (2004), « les fondements théoriques de la responsabilité sociétale de l'entreprise », revue de sciences de gestion, n°205. acte du 15ème congrès annuel de l'association francophone de GRH, Montréal.

King. W. R. (2009). Knowledge management and organizational learning. in w. r. king (ed.), knowledge management and organizational learning (annals of information systems, vol. 4). (pp. 3-13). New York : springer.

Lise Arena Guy Sole, (2004) «apprentissage organisationnel et CDG (ABC/ABM) » 13^{ème} conférence de l'AIMS. Normandie. Vallée de seine.

Marc. Gentili. Naissance de l'hôpital moderne, 2 juin 2017, disponible sur le site :

Mauricio. I (2015), comparaison de la performance de deux hôpitaux psychiatriques situés l'un Colombie et l'autre au Québec, faculté de médecine, université de Montréal, canada, avril 2015.

Moussaoui. D. et al, histoires des sciences médicales - tome xxvi - № 4 - 1992 communication présentée à la séance du 28 mars 1992 de la société française d'histoire de la médecine consacrée à l'histoire de la médecine au Maroc.

Nicolas. Brejon De Lavergne, de l'hôpital aux soins de santé de bas : le cas du Maroc,

Pablo. Medina & Ghizlaine lahmadi, « la dimension communicationnelle du management hospitalier », communication et organisation [en ligne], 41 | 2012, mis en ligne le 01 juin 2015, consulté le 19 avril 2019.

Pesqueux. Y. (2004). « La notion de performance globale » 5^{ème} forum international Ethics décembre.

Projet de performance, annexé au projet du budget du ministère de la santé 2017.

Ravenscraft. D. (1983) « structures-profit relationships at the line of business and industry level » review of economics and statistics.

Renard. Laurent & Soparnot. Richard (2001), « proposition d'un modèle de management stratégique de l'entreprise par les capacités organisationnelles », *gestion 2000*,

Robert. G. Eccles. the performance management manifesto, Harvard business review 1991.

Rodolphe. D. (1997), management stratégique des ressources et performance des firmes, thèse, hec.

Secor (1998) : le projet de réforme hospitalière (volet a) ; rapport final soumis à la BM et au MS ; février.

Shindler . A. (2009). « Vers la multi-performance des organisations : conception et pilotage par les valeurs » du centre de recherche intégré Mircea du CEA ».

Smith. P. C. Mossialos. E. & Papanicolas I. (2008). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Retrieved from background document.

Spiegler. I. (2000) knowledge management: a new idea or a recycled concept?" communications of the association for information systems (3:14), 2000, pp. 1-23

Stephane. Jacquet. (2009), « management de la performance : des concepts aux outils »

Tatikonda. I. & J. Tatikonda. (1998). we need dynamic performance measures. management accounting (september): 49-53

THESES & MEMOIRES

Anas. Hattabou, (2011), « le pilotage de la performance globale entre logique de conformation et logique d'innovation ; une approche par les systèmes agro-antagonistes », thèse, université Montesquieu bordeaux IV.

Aslanoff. A, (2013) «la perception de la performance des fusions et acquisitions dans le secteur bancaire » thèse IAE Nice-Sophia-Antipolis.

Boitier m, (2002),. « Le contrôle de gestion : une fonction aux prises avec les transformations organisationnelles et techniques des entreprises ». Thèse de doctorat, université des sciences sociales Toulouse I.

Bonnet. D. (2007), « le pilotage de la transformation en environnement de coopération inter-organisationnelle ». Thèse, université jean moulin.

Fall. Ibrahima, (2008) thèse « approche « gestionnaire » de la capacité organisationnelle et pilotage du progrès : apports d'un dispositif pionnier de gestion des capacités organisationnelles dans une entreprise mondialisée », mines paris Tech.

Pendaries. M. (2011), « le pilotage par la valeur de la performance des organisations : cas des entreprises industrielles gérées par affaire », thèse, université de la méditerranée – aix – Marseille II.

Robert. G. Eccles. 2007. le management public comme science morale : un programme de recherche pour le management public, université Paul Cézanne, université de droit, d'économie et des sciences d'Aix-Marseille III, habilitation à diriger des recherches en sciences de gestion, p.47-48, p.195.

Volkov. I. transfert de connaissances dans les entreprises multinationales: efficacité et influence des facteurs contextuels. Thèse de doctorat en relations industrielles, université de Montréal, Montréal, 2011.

DOCUMENTS INSTITUTIONNELS

Doukkali. Anass., ministre de la santé, plan « santé 2025 »

Commission Larcher, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, rapport de la commission de concentration sur les missions de l'hôpital, mars 2008.

Document « direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. france »

Document « le projet de loi du ministère de la santé relatif au système national de santé et à l'offre de soins ».

Document « stratégie de coopération Maroc-oms 2017-2021 »

Molinie Eric, « l'hôpital public en France : bilan et perspectives », conseil économique et social, section des affaires sociales, paris.2005.

Decret n° 2-94-285 du 17 Joumada ii 1415 (21 novembre1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé.

Decret n° 2-06-656 du 24 Rabii i 1428 (13 avril 2007) relatif à l'organisation hospitalière.

B.O n° 5526 du 29 rebii ii 1428 (17/5/2007).

Sarkozy. Nicolas, président de la république française (16 mai 2007 – 15 mai 2012) discours du 09 janvier 2009.

SOURCES ELECTRONIQUES

<https://www.who.int/fr>

<http://journals.openedition.org/communicationorganisation/3790> ; doi : 10.4000/

communication organisation.3790

<https://www.mmsp.gov.ma>

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS).....	10
Figure 2 : Présentation générale de la structure de la thèse.....	18
Figure 3 : La performance globale	27
Figure 4 : le modèle SCP.....	68
Figure 5 : Mécanismes d'apprentissage organisationnel pour le développement des capacités organisationnelles.....	113
Figure 6: Système national de santé	124
Figure 7 : Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé EGIPSS	144
Figure 8 : Le cadre d'évaluation de l'OMS dans le modèle intégrateur.....	149
Figure 9 : Le cadre d'évaluation de l'OCDE dans le modèle intégrateur	150
Figure 10 : Le cadre d'évaluation du Canada.....	151
Figure 11 : Comparaison des schémas différentiels déductif, inductif et abductif.....	159
Figure 12 : La phase d'abduction.....	160
Figure 13 : Synthèse des dimensions de la performance de l'hôpital IBN AL HASSAN	220
Figure 14 : Synthèse des dimensions de la performance de l'hôpital des spécialités.....	221
Figure 15 : Relations entre les composantes de l'infrastructure de GC et les dimensions de la performance organisationnelle du CHU HIL.	238
Figure 16: Matrice de conversion des connaissances (inspiré des travaux de Nonaka Takeuchi)	240
Figure 17 : Relations entre le processus de GC et les dimensions de la performance organisationnelle du CHU HIL.	245
Figure 18: Tableau de bord stratégique adapté pour le développement des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances	256
Figure 19 : Les indicateurs associés aux deux axes du BSC	259

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Les deux modèles de Performance Sociétale de l'entreprise.....	31
Tableau 2 : Les caractéristiques des compétences organisationnelles.....	39
Tableau 3 : les contours du schéma de pilotage	56
Tableau 4 : les éléments du modèle SCP.....	68
Tableau 5 : Typologie de ressources selon Arrègle (1995).....	76
Tableau 6 : l'apport de l'approche basée sur les ressources	77
Tableau 7 : Les notions voisines de l'approche basée sur les ressources	79
Tableau 8 : La santé publique en chiffres.....	119
Tableau 9 : L'infrastructure hospitalière au Maroc en 1983	121
Tableau 10 : L'évolution de l'infrastructure sanitaire au Maroc.....	125
Tableau 11 : Comparaison des administrations de types wébérienne et NGP	130
Tableau 12 : Définitions des dimensions de la performance dans le modèle intégrateur.....	146
Tableau 13 : Les trois paradigmes de recherche.....	156
Tableau 14 : Critères de choix d'une stratégie de recherche.....	163
Tableau 15 : Processus et catégories de données, informations et connaissances dont une organisation de santé a besoin.....	171
Tableau 16 : Les critères d'échantillonnage théorique proposés par Hlady-Rispal	177
Tableau 17 : Modèle de catégorie de codes (exemple des concepts de COSGC)	184
Tableau 18 : critères de scientificité de la recherche.....	188
Tableau 19 : Synthèse des choix effectués au cours de la recherche	190
Tableau 20 : Echelle de LIKERT pour évaluer les indicateurs qualitatifs des dimensions de la performance des deux hôpitaux.....	194
Tableau 21 : La capacité litière des services au titre de l'année 2019.....	196
Tableau 22: Synthèse de la dimension production	203
Tableau 23 : Synthèse de la dimension « Adaptation ».....	208
Tableau 24 : Synthèse de la dimension « Réalisation des objectifs »	214
Tableau 25 : Synthèse de la dimension « Maintien des valeurs »	218
Tableau 26 : Relations entre les 4 dimensions de la performance et les COSGC	251

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien destiné au personnel administratif

ANNEXE 2 : Guide d'entretien destiné aux différents acteurs hospitaliers

ANNEXE 3 : Guide d'entretien destiné au personnel médical, de soins et techniciens de santé

ANNEXE 4 : Organigramme du CHU HASSAN II FES

ANNEXE 5 : Missions et tâches des différents acteurs hospitaliers

ANNEXE 1 : Guide d'entretien destiné au personnel administratif

1. LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE

1. Dimension adaptation

- ☐1- Fonctionnez-vous dans les limites de votre budget ?
- ☐2- Le budget alloué à votre hôpital a-t-il enregistré une augmentation ces dernières années? Si oui qu'il est le pourcentage de cette augmentation ?
- ☐3- Avez-vous obtenu des fonds de recherches ? Avez-vous des conventions de partenariat avec des hôpitaux étrangers ?
- ☐4- Avez-vous cherché à collaborer avec les représentants de la population locale et/ou les associations de la société civile ? Si oui comment ?
- ☐5- Organisez-vous des manifestations ou des activités de sensibilisation pour le compte de la population locale ?
- ☐6- Etes-vous capables d'adapter vos activités pour répondre aux besoins de la population ?
- ☐7- Prenez-vous en considération l'évolution des caractéristiques démographiques dans vos projets d'investissement ? Si oui comment ?
- ☐8 - Quel est l'effectif des patients traités annuellement ?
- ☐9 - Fournissez-vous des services qui ne sont pas disponibles ailleurs ? Si oui lesquels ?
- ☐10- Les médecins et autres professionnels interviennent-ils dans les médias ?

1.2. Dimension Atteinte des objectifs

- ☐1- Quels sont les dispositifs mis en place pour évaluer la performance de votre entité ? Si oui selon quels critères sont-ils mis en place ? Ces critères et dispositifs vous semblent-ils pertinents ? Si oui, pourquoi ?
- ☐2- Pourriez-vous me donner, une idée sur le nombre annuel de patients qui font des complications ?
- ☐3- Comment la tutelle (ministère de la santé) pourrait-elle contrôler la réalisation de vos résultats en termes de soins ?
- ☐4- Pourriez-vous me décrire le système d'évaluation de l'impact de vos soins et services ?
- ☐5- Avez-vous mis en place un système de réduction de coûts ?
- ☐6- Sur quelle base les budgets sont alloués entre les différents services de l'hôpital ?
- ☐7- Avez-vous menez des actions de sensibilisation et de formation sur le rapport Coût / Qualité ?
- ☐8- Afin d'améliorer la qualité de votre prise en charge en hospitalisation, avez-vous mené des enquêtes de satisfaction de vos patients ?
- ☐9- Avez-vous reçu des plaintes de patients à propos des résultats des soins ?

1.3. Dimension Production

- ☐1- Etes-vous capables de diminuer les coûts tout en maintenant l'éventail des services offerts ?

- ☐2- Est-ce que vous favorisez la collaboration entre services afin de réaliser des économies d'échelle ? Si oui comment ?
- ☐3- Quelle est votre durée moyenne de séjour ? Quel est le nombre annuel de patients admis aux urgences ?
- ☐4- Attribuez-vous de nouvelles ressources aux services dont le nombre de patients augmente ?
- ☐5- Avez-vous développé des services ambulatoires ? Comment procédez-vous à l'amélioration de la qualité des soins ?
- ☐6- Quelle est la durée d'attente moyenne pour la chirurgie programmée ?
- ☐7- Quelle est la qualité de coordination entre le personnel clinique et le personnel logistique ?
- ☐8- Quelles sont les principaux obstacles qui limitent la coordination au sein des professionnels ?

1.4. Dimension Culturelle et Valeurs Organisationnelles

- ☐1- Vos missions et vos objectifs sont-ils régulièrement mis à jour ?
- ☐2- Votre philosophie de soin est-elle commune à tous les membres du personnel ?
- ☐3- Les objectifs organisationnels concernent-ils tous le personnel ?
- ☐4- Avez-vous mis en place des mécanismes formels permettant de discuter et de résoudre des problèmes éthiques ?
- ☐5- Avez-vous mis en place une culture organisationnelle susceptible de créer un sentiment de confiance chez les membres du personnel ? Les membres du personnel sont-ils conscients de l'importance de leur travail ?
- ☐6- Avez-vous mis en place des canaux formels de résolution des conflits ? Sont-ils utilisés par les membres du personnel ?

ANNEXE 2 : Guide d'entretien destiné aux différents acteurs hospitaliers

Les indicateurs qualitatifs EGIPSS

Indicateurs	Très satisfaisant	satisfaisant	Indécis	Insatisfaisant	Médiocre
Le niveau d'intégration de la recherche et de la formation au sein de l'hôpital.					
Le respect du patient et sa dignité par les par le personnel hospitalier.					
La politique de l'hôpital en matière d'accès aux soins					
Les campagnes d'information et de sensibilisation organisée par l'hôpital					
Présence de la main d'œuvre bénévole au service de l'hôpital					
L'équité (Absence de distinction entre les patients)					
Consensus sur les valeurs de l'hôpital (l'esprit d'équipe : la solidarité, l'entraide, la communication et le partage)					
L'environnement de travail et le climat organisationnel					
Satisfaction (le travail est source de réalisation et de fierté pour le personnel)					

ANNEXE 3 : Guide d'entretien destiné au personnel médical, de soins et techniciens de santé

2. LES CAPACITES ORGANISATIONNELLES SPECIFIQUES A LA GESTION DES CONNAISSANCES COSGC

2.1. Infrastructures de gestion des connaissances

2.1.1. Infrastructures technologiques

- ☐1- Existe-t-il des infrastructures technologiques dédiées à la gestion des connaissances au sein de l'hôpital?
- ☐2- Comment vous évaluez le rôle du Système d'Information Hospitalier SIH?
- ☐3- Quelle est la nature des informations produites par le SIH ?
- ☐4- Les infrastructures technologiques de la gestion des connaissances sont-elles intégrées avec celles des partenaires ?

2.1.2. Infrastructures spécifiques

- ☐1- De quelle manière la structure organisationnelle appuie-t-elle, ou non, l'acquisition et le partage d'information?
- ☐2- Existe-t-il un poste de chargé de gestion des connaissances au sein de l'hôpital ?
- ☐3- La structures organisationnelles actuelle est-elle un atout ou un obstacle à la bonne gestion des connaissances ?

2.1.3. Infrastructures culturelles

- ☐1- La culture organisationnelle dominante favorise-t- elle la gestion des connaissances ?
- ☐2- La gestion des connaissances est-elle perçue comme support des transactions organisationnelles et de prise de bonnes décisions à chaque niveau organisationnel ?
- ☐3- Comment évaluez- vous la nature de la relation entre la direction et le personnel hospitalier ?

2.1.4. Apprentissage organisationnel

- ☐1- Le partage de la connaissance ou du comportement affecte-t-il les services ou l'hôpital dans son ensemble ?
- ☐2- Existe-t-il des pratiques, processus qui ont été mis en œuvre au sein de l'hôpital pour appuyer, directement ou indirectement, l'apprentissage chez le personnel?

□3- Quels sont les moyens (mécanismes) en place pour faciliter l'intégration des informations ou des nouvelles connaissances à l'intérieur de l'hôpital?

2.2. Processus de gestion des connaissances et performance organisationnelle

2.2.1. Processus de création de connaissances

□1- Avez-vous mis en place des pratiques ou des outils pour favoriser la création de connaissances au sein de l'hôpital ?

□2- Quels ont été l'impact et les conséquences de la mise en place de la génération de connaissances au sein de l'hôpital ? (Culture, performance, résultats organisationnels, etc.) ?

□2- Remettez-vous en question vos bonnes pratiques dans une perspective d'amélioration continue ? Le fait que les connaissances, les savoir-faire, etc. soient créés vous aide-t-il à améliorer vos niveaux de performance ?

2.2.2. Processus de mobilisation des connaissances

□1- Depuis quand le transfert de connaissances est-il pris en considération au sein de l'hôpital ? Y a-t-il eu un élément déclencheur, des raisons particulières ?

□2- Diriez-vous que le transfert des connaissances fonctionne bien au sein de l'hôpital ? Si non, pourquoi ? Quels sont les éléments qui empêchent son bon fonctionnement ?

□3- Quels sont, selon vous, les bénéfices que vous avez retirés de la mise en place du transfert de connaissances au sein de l'hôpital

2.2.3. Processus d'utilisation des connaissances

□1- Comment évaluez-vous le degré d'application des nouvelles connaissances par les acteurs hospitaliers ?

□2- Quelles ont été les difficultés rencontrées lors de l'application des connaissances nouvellement créées ?

3.4. Compétences en gestion des connaissances et performance organisationnelle.

□1- Quels sont les freins et les obstacles que vous avez dû surmonter pour bâtir un bon système de gestion des connaissances? (Manque d'engouement du personnel, refus de partager des connaissances considérées comme clé par une personne, jeux de pouvoir, manque d'intérêt, etc.).

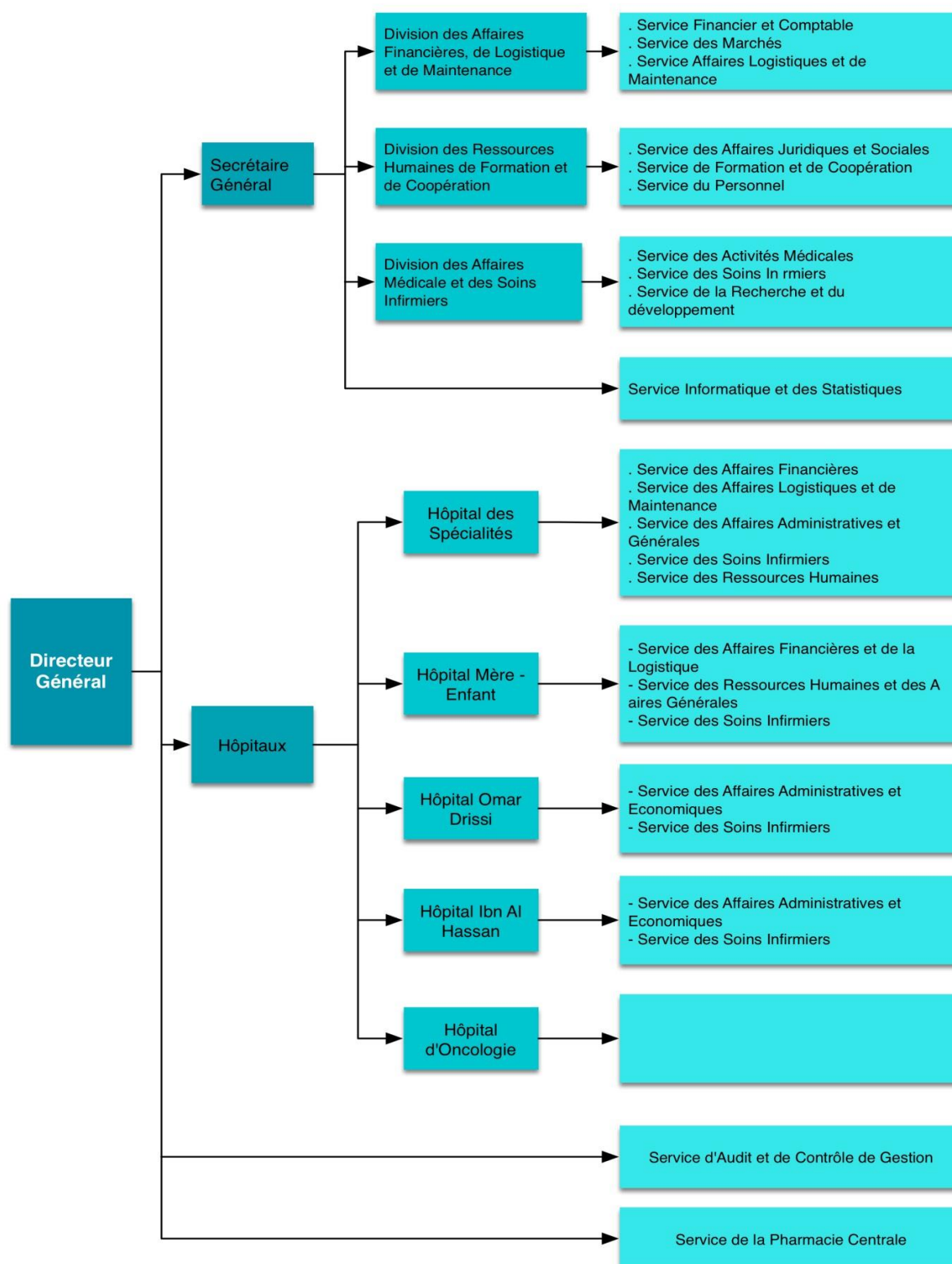
□2- La confiance est-elle selon vous un facteur clé de succès pour un transfert de connaissances réussi ?

□3-Quels sont, selon vous, les principaux avantages de la mise en place d'une culture du partage au sein de l'hôpital ?

□4- Pour fournir des soins optimaux aux patients, les médecins et les infirmiers partagent-ils les mêmes valeurs organisationnelles (qualité de travail en équipe) ?

- 5- Comment évaluez-vous la nature de la relation entre les différents acteurs hospitaliers (l'environnement de travail) ?
- 6- L'hôpital accorde-t-il des primes et des récompenses à son personnel ? Si oui, sont-elles liées à l'effort fourni pour le partage des connaissances ?

ANNEXE 4 : Organigramme du CHU HASSAN II FES



ANNEXE 5 : Missions et tâches des différents acteurs hospitaliers

➤ Les missions du directeur général du centre hospitalier universitaire CHU HII

Le directeur général est nommé par dahir, il dirige le centre hospitalier universitaire en veillant à appliquer les décisions et les résolutions du conseil d'administration.

- Il exécute les décisions du conseil d'administration et du conseil de gestion.
- Il assure la coordination des activités des formations hospitalières composant le centre.
- Il assure la gestion de l'ensemble des services du centre et agit en son nom.
- Il représente le centre en justice et peut intenter toute action judiciaire ayant pour objet la défense des intérêts du centre mais il doit toutefois, en aviser immédiatement le président du conseil d'administration.
- Il représente le centre vis-à-vis de l'Etat, de toute administration publique et privée et de tous tiers, fait tous actes conservatoires.
- Il nomme le personnel du centre hospitalier conformément à la réglementation en vigueur à l'exclusion du personnel relevant des statuts particuliers.
 - Le directeur est chargé en outre :
- D'assurer l'organisation du travail au sein des formations hospitalières de manière à garantir la qualité des dispensés à la population.
- De donner son avis sur les demandes de mutation, congé ou démission du personnel enseignant-chercheur.
- D'assurer, après avis du doyen de la faculté de médecine et de pharmacie, l'affectation des enseignants-chercheurs fonctions au centre hospitalier.
- De saisir le doyen de toute irrégularité retenue à l'encontre d'un enseignant-chercheur.
- De désigner, conjointement avec le doyen, les chefs intérim des services devenus vacants dans l'attente que ces derniers soient pourvus normalement.
- Il est responsable du maintien et de la conservation du patrimoine physique, matériel et technique du centre hospitalier.
- En sa qualité d'ordonnateur, il fait tenir la comptabilité des dépenses engagées, liquide et constate les recettes ainsi que les dépenses du centre, formation par formation ; il est habilité à engager les dépenses par actes, contrats ou marchés, délivre à l'agent comptable les ordres de paiement et les titres de recettes correspondants ; il veille à la tenue de la comptabilité deniers et de la comptabilité matières.

Le directeur peut déléguer conformément et dans les conditions prévues à l'article 7 de la loi précitée n° 37-80 une partie de ses pouvoirs et attribuer aux chefs des formations hospitalières composant le centre.

➤ Le secrétaire général

Le secrétaire général a pour mission d'appliquer les décisions du directeur et d'assurer sous son autorité, l'animation et la coordination sur les plans administratif, financier et comptable de l'ensemble des entités composant le centre hospitalier.

➤ Missions et attributions des professeurs chefs de services

Les chefs de services hospitaliers qui sont impérativement des professeurs, doivent remplir les missions clés du CHU telles que : l'enseignement, l'encadrement et la recherche. Ils participent, en outre, à la gestion administrative des personnels placés sous leur autorité et des moyens mis à leur disposition. A cet effet, ils coordonnent :

- Les activités de prévention et de soins assurées par leurs services, ainsi que les activités d'enseignement et d'encadrement assurées par les enseignants chercheurs

- travaillant sous leur autorité (ils exercent un pouvoir direct sur ces enseignants) ;
- Les travaux de recherche entrepris par leur équipe séparément ou en collaboration avec d'autres équipes ;
- Les activités d'enseignement magistral, des travaux dirigés et de travaux pratiques avec les autres professeurs chefs de services hospitaliers lorsque ces enseignements relèvent de services différents ;
- Les activités de recherche en matière de pédagogie médicale et de docimologie ;
- Ils valident les stages des étudiants, internes et résidents du service qu'ils dirigent et donnent leurs appréciations sur tout le personnel enseignant chercheur, le personnel administratif et technique et les médecins du Ministère de la Santé exerçant sous leur autorité (pouvoir direct sur le corps médical travaillant dans leurs services) ;
- Ils rédigent un rapport semestriel d'activité du service dont ils ont la charge (obligation de rendre compte à la Direction du CHU). Ils établissent, en accord avec la division des affaires médicales, un programme biannuel de développement de l'activité de soins, de formation et de recherche dans la spécialité concernée (Buts, moyens, budget nécessaire) et en assurent la responsabilité (implication dans le pouvoir de planification propre au Directeur du CHU).

La nomination des chefs des services hospitaliers intervient dans les conditions prévues par le statut particulier du personnel enseignant chercheur des facultés de médecine et de pharmacie et de médecine dentaire.

➤ ***Les fonctions des infirmiers chefs***

Les infirmiers chefs sont nommés dans les services hospitaliers, de soins et d'investigation, par décision du directeur du CHU, sur proposition du chef de la formation, parmi les adjoints de santé diplômés d'Etat spécialistes et les adjoints de santé diplômés d'Etat. Ces derniers doivent toutefois justifier de huit années d'ancienneté dans un centre hospitalier. Les infirmiers chefs, dans le cadre de leurs fonctions, reçoivent une double habilitation du chef du service dont ils relèvent et du chef du service des affaires professionnelles. A cet effet ils sont chargés de :

- gérer les ressources humaines, matérielles et les médicaments mis à la disposition du service ;
- organiser et superviser l'accueil des malades, leur séjour et établir un plan de soins ;
- veiller à l'approvisionnement du service en matériel, médicaments et autres produits jugés nécessaires et tenir les documents de stocks et les inventaires ;
- tenir à jour les documents du service et veiller à leur classement et archivage ;
- tenir à jour le relevé des actes médicaux d'investigation et de soins dispensés aux malades en vue de la facturation des dits actes ;
- assurer la continuité et le contrôle de la qualité et de la quantité des soins dispensés aux malades et assister le personnel infirmier dans l'administration des soins ;
- veiller à la bonne répartition de la charge de travail compte tenu des qualifications et de la disponibilité du personnel, du volume et de la nature des services requis et contrôler la présence du personnel placé sous leur autorité ;
- participer à l'orientation, à l'initiation et à la formation continue du personnel infirmier et technicien et en formuler les besoins, si nécessaire ;
- veiller au maintien des bonnes conditions d'hygiène et de propreté au niveau du service ;
- veiller au respect et à l'application du règlement intérieur et assurer la discipline au sein du service ;
- contribuer à l'encadrement et à la formation des étudiants stagiaires des écoles de santé et à la recherche en matière de soins infirmiers et techniques sanitaires ;
- Établir des rapports d'activités qu'ils soumettent régulièrement aux chefs des

services dont ils relèvent en vue de l'évaluation du rendement du personnel.

➤ ***Le chef de service hospitalier***

Il est nécessairement médecin de formation et l'un des centres clés du pouvoir au CHU. Il a la légitimité de la connaissance de la pratique. Son pouvoir scientifique s'exerce sur les médecins en différents stades de formation : externe interne résidents, PA, PH professeurs agrégés et même PES par le pouvoir de notation de validation des connaissances et de stages pratiques en milieu hospitalier. Il jouit en outre d'un pouvoir administratif de notation de supervision et de contrôle des activités des personnels technique infirmiers et administratifs. Dans les écrits adressés par le Directeur Général aux Chefs de services « salutations confraternelles » ils sont plus considérés des confrères plus qu'un subalterne donc l'unique pouvoir exercé par le DG est plus un pouvoir d'agence que de relation hiérarchique qui est pratiquement nulle. Ce pouvoir consiste en l'octroi de moyens logistiques et techniques humains pour la réalisation des objectifs de l'institution hospitalière ; le chef de service hospitalier est tenu périodiquement de fournir un rapport sur les activités de son service ; cette obligation de rendre compte constitue l'unique relation de pouvoir visible.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	6
INTRODUCTION GENERALE.....	8
Chapitre I.....	19
LES FONDEMENTS THEORIQUES DE LA PERFORMANCE.....	19
Introduction	19
Section I. Performance : analyse de la littérature.....	20
I.1. Le cadre conceptuel de la performance.....	20
I.1.1. L'approche financière de la performance.....	20
I.1.1.1. Le socle de la performance : Efficacité, Efficience et Economie.....	21
I.1.1.2. Performance et objectifs organisationnels.....	22
I.1.1.3. Performance-action et performance-résultat	24
I.1.2. L'approche globale de la performance.....	25
I.1.2.1. La performance globale, RSE et développement durable	27
I.1.2.2. La performance sociétale de l'entreprise	29
I.2. Typologie de la performance	31
I.2.1. Performance monocritère et performance multicritère	31
I.2.2. Performance interne et performance externe	33
I.2.2.1. La performance positionnée par rapport à l'environnement	33
I.2.2.2. La performance basée sur les ressources internes	34
I.2.2.3. La performance locale versus performance globale.....	34
Section II : La performance organisationnelle	35
II.1. Les problèmes de définition de la performance organisationnelle	35
II.1.1. L'impact du contexte	36
II.1.2. Le critère multidimensionnel de la performance organisationnelle.....	36
II.1.3. L'influence des parties prenantes	36
II.1.4. Le paramètre du temps.....	37
II.2. La vision traditionnelle de la performance organisationnelle.....	37
II.3. Vers une nouvelle vision de la performance organisationnelle	38
Section III : Mesure et évaluation de la performance	40
III.1. Les indicateurs de la performance	40
III.1.1. Les caractéristiques des indicateurs de la performance.....	42

III.1.2. Prédominance de la mesure financière	43
III.1.3. Performance et création de la valeur	43
III.1.4. Les problèmes de mesure de la performance.....	44
III.1.5. Les limites des mesures traditionnelles et performance dynamique	45
III.2. Mesure de la performance et nouvelles tendances du contrôle de gestion	47
III.2.1. Le rôle de l'informatiques dans le système de mesure de la performance	47
III.2.2. L'influence de l'incertitude de l'environnement sur le système de mesure de la performance	50
Section IV : Pilotage de la performance organisationnelle	51
IV.1. L'apport de l'approche socio-économique.....	52
IV.2. L'apport de Philippe Lorino	53
IV.3. Du contrôle au pilotage	54
IV.4. Le schéma du pilotage.....	55
IV.5. Les deux logiques du pilotage.....	57
IV.5.1. Le pilotage à caractère financier	57
IV.5.2. L'approche stratégique-opérationnelle.....	58
Section V. Les outils actuels de pilotage de la performance.....	59
V.1. Les outils basés sur les coûts	59
VI.1.1. Target costing ou coût cible	59
V.1.2. Le bloc ABC/ABM.....	61
V.1.3. La méthode de valeur ajoutée UVA	62
V.2. Limites des systèmes de coût.....	64
Conclusion du 1 ^{er} chapitre.....	66
Chapitre II	67
LES FONDEMENTS THEORIQUES DE L'APPROCHE BASEE SUR LES RESSOURCES ET EMERGENCE DES CAPACITES ORGANISATIONNELLES	67
Introduction	67
Section I. Les sources de la performance	68
I.1. L'économie industrielle et la naissance du paradigme SCP	68
I.1.1. Le paradigme SCP	68
I.1.2. L'apport de l'école de Chicago et le dépassement du paradigme SCP	70
I.2. L'approche basée sur les ressources ABR	72
I.2.1. La vision Penrosienne de la théorie des ressources.....	73
I.2.2. Les développements de l'ABR : Apport de Wernerfelt	74

I.2.3. Les prolongements de la théorie des ressources : apport de Barney	75
I.2.4. Les apports de l'ABR.....	76
I.2.5. Les limites de l'approche basée sur les ressources ABR	78
Section II. Le renouveau de l'ABR et émergence des capacités organisationnelles.....	80
II.1. Le passage de la ressource à la capacité	80
II.1.1. De la ressource à la capacité	80
II.1.2. La ressource : source de service productif	81
II.2. Le concept de capacité.....	82
II.2.1. Définition de la notion de capacité	82
II.2.2. L'apport de l'école Québécoise	83
II.3. Les composantes de la capacité organisationnelle.....	84
II.3.1. Les ressources.....	84
II.3.2. Les connaissances	85
II.3.3. Les compétences	86
II.3.4. Les catégories de capacités organisationnelles de l'entreprise	87
II.3.4.1. Capacités stratégiques.....	87
II.3.4.2. Capacités de traduction.....	87
II.3.4.3. Capacités opérationnelles (COp)	88
II.3.4.4. Capacités d'apprentissage.....	88
II.4. Niveau d'analyse et de développement des capacités organisationnelles.....	89
II.4.1. Le processus comme unité d'analyse de la capacité organisationnelle	89
II.4.2. L'activité : facteur de développement de la capacité organisationnelle	89
II.4.3. Capacités organisationnelles : facteur d'apprentissage organisationnel	90
II.4.4. Capacités organisationnelles et capacités dynamiques	92
II.5. Capacités organisationnelles et leurs modalités de développement.....	93
II.5.1. L'évolution des capacités organisationnelles.....	93
II.5.2. Les modèles de développement des capacités organisationnelles	94
II.5.2.1. Le modèle de maturité de St-Amant et Renard.....	94
II.5.2.2. Le modèle de Monomakhoff et Blanc : La méthode des 5 steps	96
Section III : Les capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC.....	97
III.1. Emergence et contenu du concept.....	97
III.1.1. Infrastructures de gestion des connaissances.....	99
III.1.2. Processus de gestion des connaissances	101

III.1.3. Les compétences en gestion des connaissances	103
III.2. Les modalités de développement de capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances	105
III.2.1. Les mécanismes de développement des capacités organisationnelles.....	106
III.2.1.1. L'apprentissage par accumulation d'expériences.....	107
III.2.1.2. L'apprentissage par le développement des routines opérationnelles ou dynamiques .	108
Section IV. Capacités organisationnelles spécifiques et performance organisationnelle des systèmes de soins	109
Conclusion du 2 ^{ème} chapitre	114
Chapitre III	116
L'HOPITAL PUBLIC MAROCAIN A L'EPREUVE DE LA PERFORMANCE HOSPITALIERE.....	116
Introduction	116
Section I. L'avènement de l'hôpital public	117
I.1. Hôpital : Etymologie et mission.....	117
I.1.2. L'hôpital public au Maroc : genèse et évolution.....	118
I.1.3. Le système de santé marocain.....	123
Section II. La nouvelle gestion publique dans le contexte hospitalier marocain	127
II.2.1. Les principes de la nouvelle gestion publique	127
II.2.2. La nouvelle gestion publique dans les établissements hospitaliers.....	130
II.2.2.2. L'expérience canadienne	135
II.2.2.2. L'hôpital public marocain à l'ère de la nouvelle gouvernance	136
II.2.2.2.1. Modernisation de la gouvernance de la santé	136
II.2.2.2.2. Modernisation de la gouvernance des hôpitaux publics	139
Section III. La performance organisationnelle hospitalière	140
III.3.1. Les modèles dominants en matière d'évaluation de la performance organisationnelle...	141
III.3.2. Le modèle d'évaluation de la performance organisationnelle hospitalière	143
III.3.3. Exemples de cadres d'évaluation de la performance des systèmes de santé	148
III.3.3.1. Le cadre préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé	148
III.3.3.2. Le cadre d'évaluation de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)	150
III.3.3.3. Le cadre d'évaluation adopté au Canada	151
Conclusion du 3 ^{ème} chapitre	152
Chapitre IV	154

LE POSITIONNEMENT EPISTEMOLOGIQUE ET LES CHOIX METHODOLOGIQUES	154
Section I. Posture épistémologique et méthodologie	154
I.1. Une position positiviste aménagée.....	155
I.2. Une méthode d’investigation abductive.....	157
I.3. Intérêt de la démarche qualitative pour notre recherche	160
Section II. Le choix d’une méthodologie qualitative centrée sur une étude de cas	162
II.1. Pertinence de l’étude de cas.....	163
II.2. Des cas multiples dans une logique de répllication littérale	166
Section III. La sélection des cas	167
III.1. Performance et gestion des connaissances au sein des établissements de soin comme champ d’investigation.....	168
III.2. Les critères de choix du terrain d’investigation.....	168
III.2.1. Le centre hospitalier universitaire CHU Hassan II de Fès : un terrain d’investigation riche mais complexe	169
III.2.2. La gestion des connaissances en milieu hospitalier.....	170
III.2.3. La gestion des connaissances et émergence des capacités organisationnelles spécifiques au sein du CHU Hassan II	171
III.2.4. Etat des lieux des capacités organisationnelles spécifiques à la gestion des connaissances COSGC du centre hospitalier universitaire Hassan II.....	173
III.3. Critères de sélection et nombre de cas.....	176
III.4. L’entretien : source privilégiée de données	179
III.4.1. Le recours aux entretiens semi-directifs.....	179
Section IV : Protocole d’analyse des données.....	182
IV.1. L’étape de condensation des données	182
IV.2. L’étape de restitution des résultats	186
IV.3. Validité et fiabilité de la recherche	187
IV.3.1. Critères de scientificité.....	187
IV.3.2. Concordance empirique des données	188
IV.3.3. Triangulation	189
Conclusion du 4 ^{ème} chapitre	191
Chapitre V	192
LES COSGC : LEVIER DE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE DES ORGANISATIONS HOSPITALIERES	192
RESULTATS DE L’ETUDE EMPIRIQUE	192

Section I. Le cadre d'évaluation de la performance organisationnelle des deux hôpitaux	192
I.1. Le terrain de recherche.....	194
I.1.1. L'hôpital IBN AL HASSAN.....	195
I.1.2. L'hôpital des spécialités.....	195
I.2. Les dimensions de la performance organisationnelle des systèmes de soins.....	196
I.2.1. La dimension « Production »	196
I.2.2. Dimension « Adaptation »	203
I.2.3. Dimension « Réalisation des objectifs »	209
I.2.4. Dimension « Valeurs organisationnelles ».....	215
I.3. Synthèse des deux cas	221
Section II : Interaction COSGC - performance organisationnelle des systèmes de soins....	224
II.1. COSGC 1 : l'infrastructure de gestion des connaissances du CHU Hassan II	227
II.1.1. Les technologies de l'information ou infrastructures technologiques du CHU HII	227
II.1.2. La structure organisationnelle du centre hospitalier Hassan II	232
II.1.3. La culture organisationnelle.....	234
II.1.4. L'apprentissage organisationnel	236
II.2. COSGC 2 : Processus de gestion des connaissances	238
II.3. COSGC 3 : Les compétences en gestion des connaissances	246
II.3.1. La culture en gestion des connaissances.....	246
II.3.2. La motivation.....	247
II.3.2. Les récompenses et les incitatifs à la GC.....	249
Section III. Le tableau de bord prospectif BSC : outil de développement des COSGC	253
III.1. Présentation du tableau de bord stratégique BSC.....	253
III.2. Le TDB stratégique : outil de développement des COSGC dans le contexte hospitalier.....	254
III.3. Les relations causales entre les axes du BSC adapté.....	256
Conclusion du 5 ^{ème} chapitre	260
CONCLUSION GENERALE	262
BIBLIOGRAPHIE	270
LISTE DES FIGURES.....	283
LISTE DES TABLEAUX.....	284
LISTE DES ANNEXES.....	285
TABLE DES MATIERES	296