

**Les conditions d'une meilleure appropriation d'un modèle de performance  
construit dans le contexte hospitalier marocain – une investigation  
empirique pour l'identification des facteurs clés de succès**

**The conditions for a better appropriation of a performance model built in  
the Moroccan hospital context - an empirical investigation to identify key  
success factors**

**SENHAJI Zineb**

Praticienne-chercheuse  
Laboratoire Universitaire de Recherche en Instrumentation et Gestion des Organisations  
Faculté Sciences Juridiques, Economiques et Sociales  
Université Mohammed 1er - Oujda-

**FIKRI Khalid**

Enseignant-chercheur  
Faculté Sciences Juridiques, Economiques et Sociales  
Laboratoire Universitaire de Recherche en Instrumentation et Gestion des Organisations  
Université Mohammed 1<sup>er</sup> - Oujda-

**Date de soumission** : 02/03/2023

**Date d'acceptation** : 13/04/2023

**Pour citer cet article** :

SENHAJI.Z & FIKRI.K (2023) «Les conditions d'une meilleure appropriation d'un modèle de performance construit dans le contexte hospitalier marocain – une investigation empirique pour l'identification des facteurs clés de succès», Revue Française d'Economie et de Gestion «Volume 4 : Numéro 4 » pp :442 - 462.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International License.



## Résumé

Cet article présente les résultats d'une investigation empirique du processus d'implantation d'un outil de gestion, *un modèle de performance hospitalier*, construit à travers les perceptions des parties prenantes d'un centre hospitalo-universitaire marocain.

L'étude qualitative a été menée auprès de 15 personnes relevant du centre, à travers des guides d'entretiens semi-directifs afin de cerner les différents facteurs clés de succès permettant de réussir son appropriation et de prévenir d'éventuelles résistances par les acteurs.

Cette recherche permet de faire ressortir une cartographie composée de trois catégories de facteurs clés de succès notamment des déterminants sociaux, des déterminants techniques et d'autres déterminants organisationnels.

## Mots clés :

« Modèle de performance hospitalier » - « Appropriation » - « Résistance » – « Facteurs clés de succès » - « étude qualitative »

## Abstract

This article presents the results of an empirical investigation of the implementation process of a management tool, a hospital performance model, built through the perceptions of stakeholders in a Moroccan university hospital center.

The qualitative study was carried out with 15 persons from the center, using semi-directive interview guides to identify the various key success factors for successful appropriation and to prevent possible resistance by the stakeholders.

This research enabled us to draw up a map of three categories of key success factors, namely social determinants, technical determinants and other organisational determinants.

## Keywords:

« Hospital performance model » - « Ownership » - « Resistance » - « Key success factors » - « qualitative study »

## Introduction

Au cours de la dernière décennie, les hôpitaux publics font face à des pressions et contraintes causées par un environnement en constante évolution, complexe et turbulent. Dans ce cadre, la vision des hôpitaux a évolué vers de nouveaux concepts de modernisation de leur gestion interne.

Le contexte hospitalier subit actuellement plusieurs réformes marquées par la refonte du système de la couverture médicale universelle, la création des groupements sanitaires territoriaux. De ce fait, il consacre plus d'attention et de moyens à la recherche de son efficacité (Dess et Shaw, 2001) faisant recours ainsi à des outils de pilotage, s'apparentant à des modèles aptes à donner une vision équilibrée de toutes les dimensions de leurs performances.

Dans un article précédent, nous avons tenté de construire un modèle de performance basé sur les perceptions des parties prenantes du centre hospitalo-universitaire Mohamed VI Oujda, (Senhaji & Fikri, 2023), qui définit un lien entre les facteurs économiques et non économiques inducteurs de performance permettant de se préserver de l'incertitude et de la turbulence environnementale croissante (Bouamama,2015). Or, le succès d'un tel projet nécessite une étude préalable des conditions de mise en place, qui sont essentielles pour un ancrage durable dans la pratique médicale et gestionnaire et dont l'appropriation représente la clé de réussite. C'est dans ce cadre que nous allons répondre à la problématique suivante : Quels sont les facteurs de réussite liés à l'implantation d'un modèle de performance hospitalier contextualisé ? Pour identifier lesdits facteurs clés de succès, nous nous sommes basé sur une étude qualitative afin d'étudier l'attitude et la perception des acteurs vis-à-vis du modèle construit, identifié ensuite les sources de résistances éventuelles, pour en déduire les facteurs de réussite de la mise en œuvre du modèle de performance à travers des entretiens avec les utilisateurs potentiels de l'outil.

Il s'agit d'une investigation empirique au sein du CHU Mohamed VI Oujda, en passant par une revue de la littérature spécialisée supportée par une étude qualitative exploratoire à base d'une recherche intervention et des entretiens semi-directifs, qui seront menés dans le but d'éclaircir le concept d'appropriation toujours ambigu.(Mallet,2004)

Notre objectif, à travers ce travail, est de permettre de rendre centrale la culture de communication et de collaboration entre les initiateurs, les conducteurs, les utilisateurs du modèle de performance construit afin d'éviter que l'implantation se solde par un échec et une résistance des utilisateurs, et ce par la mise en relief des conditions de réussite les plus importantes du point de vue des acteurs concernés.

## 1. Revue de littérature

Dans un contexte qui pousse à une meilleure maîtrise des dépenses de santé et à une amélioration de l'efficacité, la performance s'est invitée à la table de l'hôpital public. Parallèlement, un mouvement consumériste pousse les citoyens à devenir de plus en plus exigeants.

Ces évolutions ont boosté le besoin de piloter de façon continue la performance au sein des organismes de santé. En outre, la recherche de la performance hospitalière est une affaire qui concerne toutes les parties prenantes de l'hôpital public.

Lors d'une autre étude (Senhaji & Fikri, 2023), nous avons tenté de concevoir un modèle de performance adapté à un centre hospitalo-universitaire à travers la perception de ces parties prenantes internes et externes tout en conciliant les différents discours adoptés par chaque acteur. En revanche, les soignants ne voient dans la performance que les résultats biologiques des patients, tandis que les gestionnaires se contentent de la recherche de l'efficacité économique. Cette dualité des visions entre médicale et managériale rend l'appropriation et l'utilisation effective de l'outil de gestion extrêmement difficile. C'est pourquoi il faut prévenir l'échec de l'appropriation ainsi que d'éventuelles résistances à l'implantation de ce modèle de performance.

Pour structurer notre revue de littérature, nous allons procéder ainsi comme suit : Tout d'abord, nous rappelons la notion de l'outil de gestion et son appropriation, ensuite, nous mettons l'accent sur les facteurs clés de réussite ainsi qu'aux sources de résistance au changement susceptible de mettre en péril la réussite de l'implantation et de l'appropriation des outils de gestion.

### 1.1 De la construction de l'outil de gestion à son appropriation

#### 1.1.1 L'outil de gestion

Moison (1997) définit l'outil de gestion comme « *un ensemble de raisonnements et de connaissances reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues de l'organisation, qu'il s'agisse de quantités, de prix, de niveaux de qualité ou de tout autre paramètre, et destiné à instruire les divers actes classiques de la gestion, que l'on peut regrouper dans les termes de la trilogie classique : prévoir, décider, contrôler.* » Dans la même veine, les outils sont décrits comme des philosophies de gestion formulées par Hatchuel & Weil, (1992), des « esprits » par De Sanctis & Poole, (1994), des croyances par (Gilbert, 1998), ou décrit comme une activité collective qui communique un schéma interprétatif général (Lorino,

2002), des manuscrits ou des scénarios (Akrich, 2006), qui sont couplées avec un élément matériel ou technique à savoir une technologie ou artefact tel qu'appelée par (Lorino, 2002) Signalons que, la notion de l'outil de gestion a été évoquée dans la littérature sous différents angles, en effet, les outils de gestion traditionnellement considérés pour la gestion de l'innovation ont tendance à être étudiés sous l'angle de la théorie de l'adoption (Davis, 1989 ; Rogers, 1995). Or cette théorie a été souvent critiquée vu qu'elle ignore les aspects sociologiques en termes d'adoption (Akrich et al, 1988 ; Perriault, 1989 ; Vitalis, 1994) et ne considère pas les aspects psycho-sociaux du point de vue de l'appropriation (De Vaujany, 2005 ; Grimand, 2006).

En revanche, le nombre d'outils de gestion n'a cessé de croître en s'adaptant à diverses formes organisationnelles, citons entre autres, les systèmes d'information, tels que les ERP les normes ISO, les tableaux de bord stratégiques, etc.

Pour Moisdon (2005) Les outils de gestion sont « *des artefacts, puisqu'ils manipulent et combinent des éléments qui sont eux-mêmes déjà des constructions mentales* », citons à titre illustratif, les temps d'opération, les quantités produites, etc.

En outre, l'action collective exige de diviser le travail et de le coordonner de façon à ce que les actions individuelles convergent vers l'action collective. L'outil de gestion, dans une approche fonctionnaliste, est la médiation permettant de réussir cette différenciation/intégration dans une organisation. Dans cette optique instrumentale, l'outil de gestion est mis en place pour organiser le travail de façon logique et rationnelle (De Vaujany, 2005).

Dès lors, les travaux de recherche se sont concentrés sur l'émergence d'outils de gestion et sur le processus de leur introduction dans les organisations, tout en analysant les étapes d'émergence de ces outils de gestion, mais en négligeant la dimension représentationnelle et leur dépendance à l'égard de l'interprétation et de la perception des acteurs et des utilisateurs vis-à-vis desdits outils. Nous soulignons qu'aujourd'hui, c'est dans l'intérêt des acteurs et des utilisateurs de s'approprier des outils de gestion insérés et imposés dans leurs métiers. (Capitolin, 2014)

### **1.1.2 L'appropriation des outils de gestion**

Il est important de révéler que l'étude sur le concept d'appropriation a été essentiellement développée dans le domaine informatique et système d'information et plus précisément dans les études sur les changements digitalisés.

Dans le contexte hospitalier, l'importance de l'étude de l'appropriation est d'autant plus ressentie suite au lancement du chantier de la régionalisation avancée et le positionnement des CHUs en tant qu'établissements interrégionaux. (Senhaji & Fikri, 2022).

En effet, bien que l'étude sur le lien entre la conception et l'utilisation des outils de gestion dans une logique d'appropriation fasse l'objet de nombreux débats, la littérature développée sur cette question n'est pas assez abondante (De Vaujany, 2005).

Selon Clark (1987), l'appropriation est « *le processus durant lequel l'utilisateur commence par reconnaître la valeur potentielle d'une technologie et par essayer de réduire l'écart entre les contraintes de la technologie et ses propres capacités limitées ; l'utilisateur tente ensuite de modifier, d'affiner, et d'utiliser la technologie conformément à ses besoins. L'appropriation implique donc la modification continue, cumulative et incrémentale de l'innovation sous tous ses aspects* ». Pour Desanctis et Poole (1994) « *l'appropriation c'est la modalité dont un groupe utilise, adapte et reproduit les structures de la technologie (de manière fidèle ou pas à son esprit* ». Tandis que pour Grimand (2006), l'appropriation est définie comme « *un processus interprétatif, de négociation et de construction de sens à l'intérieur duquel les acteurs questionnent, élaborent, réinventent les modèles de l'action collective* ».

Beaudry et Pinsonneault (2005) décrivent l'action d'appropriation comme des activités multiples et la définissent comme un processus continu ou discontinu. Cette action consiste en l'ajustement mutuel des objets et des individus en réponse aux besoins des utilisateurs, aux limites d'adaptation des objets, à leur structure et à leur esprit (dans une perspective orientée usage/humain).

L'appropriation constitue une réponse aux blocages auxquels se heurte la seule perspective de rationalisation de l'action collective à savoir l'incapacité de rendre compte de la complexité des situations de gestion (Grimand, 2012).

Les différentes perspectives (différents acteurs, niveaux organisationnels), la nature processuelle du concept et les modes d'opération (matériel, social, cognitif) rendent difficile l'observation de l'appropriation. Cependant, diverses études ont permis de caractériser le concept à savoir, les méthodes utilisées, les acteurs, les moyens employés et les interactions sociales.

Le processus d'appropriation commence par l'étape de la pré-appropriation qui représente l'étape où l'imagination s'associe à l'interprétation de la réalité et au développement et l'élaboration du désir (Brunel et Roux, 2006). Ainsi, la pré-appropriation est essentiellement un travail de décodage et d'ordonnement symbolique de la réalité, et implique l'absence

d'ontologie personnelle (De Vaujany, 2005) cette étape consiste en l'étude des perceptions des acteurs dans le but de concevoir l'outil.

Lemaire et Nobre (2014) précisent que lors de cette étape « *soit l'outil n'est pas encore présent dans l'organisation, soit il est en construction mais n'est pas opérationnel* ». Ainsi, bien que l'outil ne soit pas encore implanté, son impact sur les individus existe déjà dans l'organisation : Les acteurs se construisent une représentation de l'outil.

La seconde phase est l'appropriation originelle, ou de multiples processus socio-politiques ou psycho-cognitifs sont alors activés dans l'organisation (De Vaujany, 2006). L'outil est introduit dans l'organisation, il est toujours évoqué, il est utilisé, commence à être accepté et fait l'objet d'apprentissages de la part de ses utilisateurs.

Au stade suivant, les réflexes conditionnés à l'utilisation se stabilisent et des routines sont installées, ce qui facilite l'acceptation de l'outil. L'étape suivante est celle de la réappropriation, où ces routines sont remises en question par des mécanismes de réinterprétation, et où la forme, la conception ou l'utilisation de l'outil évolue.

Cependant, l'échec de l'appropriation résulte d'une résistance qui se produit lorsque les outils culturels entravent les interactions humaines, et entrent en conflit avec les motifs individuels. Ces résistances contribuent à dessiner des trajectoires d'appropriation qui ne sont jamais lisses et linéaires. (Poizat, Goudeaux, 2014).

## **1.2 Les sources de résistance au changement organisationnel**

Le terme de résistance au changement désigne tout comportement ou toute attitude indiquant le refus de soutenir un projet de changement. (Peiffer, 2015)

Coch et French (1948), les premiers à évoquer la résistance au changement, l'ont présenté comme une combinaison de réactions individuelles (sentiment de frustration) et collectives. Ils ont proposé l'idée que les agents accepteraient mieux le changement s'ils participaient à sa conception.

Cependant, la résistance au changement se produit dans deux contextes principaux. Le premier est celui où le changement affecte les habitudes, les coutumes et les rituels. Or, les individus s'accrochent aux anciennes valeurs parce qu'elles constituent la norme et la stabilité du groupe, et rejettent les nouvelles valeurs perçues comme non légitimes. Deuxièmement, c'est lorsque, les individus ne comprennent pas les raisons du changement, ou les innovations que les organisations veulent introduire. (Lewin, 1966).

Bien évidemment, la résistance au changement signifie l'aptitude des individus à entraver et bloquer un processus de changement à titre d'exemple : comme le déni, l'indifférence, le rejet,

la rumeur, le refus.

En vue d'apporter une réponse à la question des déterminants qui peuvent favoriser l'implantation des outils de gestion, nous avons synthétisé les types de résistance relevés dans la théorie dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 1 : Les types de résistance et les facteurs clés de succès y afférents**

Les types de résistance	Caractéristiques de la résistance	Auteurs des facteurs clés de succès	Les déterminants favorisant l'implantation des outils de gestion
La résistance psychologique (Trader-Leigh (2002))	L'anxiété qui influence l'équilibre psychologique des individus. Risques liés à la stabilité de l'emploi, aux compétences et au statut social dans l'organisation.	(Pesqueux,2020)	- Création d'un climat social qui découle de la culture, des croyances, des habitudes, des liens sociaux, des valeurs partagées entre les acteurs. - L'implication des acteurs et leur participation, ainsi que la mise en place de systèmes de récompense et d'incitation, semblent être très importants.
La résistance identitaire	C'est un reflet du sentiment d'appartenance des individus vis-à-vis de l'organisation, Le changement provoque une remise en cause de la relation individu organisation	RUSS T.-L. (2012),	-La réussite du changement est conditionnée par la prise en considération des particularités des organisations dans lesquelles les outils seront mis en place. - Le changement égale la prise en compte les particularités, et des valeurs de l'entreprise.
La résistance politique (Crozier et Friedberg, 1977)	- Jeux de pouvoir et de négociation (les acteurs soutiendront les réformes perçues profitables). - La résistance dépend de la connaissance et de la maîtrise qu'a l'acteur des enjeux et des effets du changement.	Kotter et Schlesinger (1978), Chen et al, 2007 ;	-Présence du leader transformationnel. -Implication des acteurs lors de la conception afin de prendre en considération leur perception vis-à-vis de l'outil. -Connaissance de l'utilité instrumentale perçue de l'outil, -la facilité et l'efficacité d'usage, et les profits individuels tirés de l'outil.
La résistance collective (Mayo, 1933). GENTET, (2006)	-L'influence du groupe, - Action sur les normes du groupe.	Lewin (1951),	-Légitimité d'ordre social et institutionnel. -L'implantation des outils de gestion résulte des revendications institutionnelles de l'Etat.
Résistance culturelle (Pierre Dupriez, Solange Simons,2002)	- Lié à la culture d'entreprise, tend à conditionner et homogénéiser les attitudes et les comportements des acteurs en forgeant leurs représentations.	Thévenet (1986) RUSS T.-L. (2012),	- Le changement doit véhiculer les mêmes valeurs qui régissent l'organisation.
Résistance cognitive Crozier et Friedberg (1977),	Le changement impose en effet de faire un apprentissage de techniques et de méthodes nouvelles.	Torkzadeh et Angulo (1992)	-Mise en place un plan de formation, favorisant l'apprentissage des utilisateurs, d'améliorer leurs qualifications, technicités, et savoirs.

Source : réalisé par nos soins sur la base de la littérature

A travers ce tableau synthétique soulevé de la théorie, qui détermine la problématique de la résistance et les différents déterminants ou facteurs de réussite liés à l'implantation des outils de gestion, nous allons tenter à travers une étude qualitative avec les acteurs hospitaliers d'identifier les différents facteurs clés de succès pour une meilleure appropriation d'un modèle de performance construit.

## **2. Contexte et méthodologie**

L'objectif de notre article est d'explorer les déterminants de réussite à travers une étude qualitative exploratoire. Pour faire, nous allons dans un premier temps rappeler le modèle de performance construit et ensuite nous tenterons d'explorer auprès des acteurs les éventuelles résistances et d'identifier les facteurs de succès qui vont nous permettre de réussir l'appropriation dudit outil au sein du même établissement le CHU Mohamed VI Oujda.

### **2.1 Contexte**

Etant le pivot du système de la santé dans la région de l'orientale, le choix du CHU se justifie par l'importance de la structure au niveau de la région, en effet le CHU est doté d'une capacité litière de 673 lits, répartis sur 4 hôpitaux internes qui contribuent au développement et l'amélioration de l'offre sanitaire dans toute la région. Ledit établissement est doté de matériels de dernière génération et disposent d'un nombre conséquent de ressources humaines, vu l'intensité et la gravité des diverses pathologies présentées qui exigent une présence médicale en continu. D'autant plus que le CHU consomme une grande partie du budget de système de santé.

### **2.2 Les données à collecter**

Pour identifier les facteurs clés de succès liés à la réussite de l'implantation du modèle de performance construit, nous avons passé par l'étude de l'attitude et perception des acteurs vis-à-vis du modèle construit et leur degré d'acceptation, puis nous avons étudié leurs prédisposition à l'utilisation, et enfin nous avons identifié les sources de résistances éventuelles, pour en déduire les facteurs de réussite de la mise en œuvre du modèle de performance.

### **2.3 Echantillon et démarche méthodologique**

Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle et semi-directive. La durée des entretiens a pris entre une heure et une heure trente. Après avoir retranscrit tous les entretiens que nous avons réalisés, nous avons procédé à une analyse thématique de contenu afin de dégager du sens à partir de la reformulation et le classement de tout ce que contient le document transcrit (Mucchielli, 1991). Cependant, il est à noter qu'au niveau de cette étude qualitative, aucun logiciel de traitement de données n'a été utilisé, nous avons uniquement classé les discours et

regroupé les idées qui se rejoignent dans le sens de la thématique pour faire ressortir les variables intéressantes à notre étude.

Les personnes interviewées représentent les utilisateurs potentiels de l'outil à savoir le modèle de performance hospitalier. En outre le choix des nombre des interviewés s'est fait en respectant le principe de la saturation indispensable dans la recherche qualitative.

**Tableau 2 : profil des personnes interviewées lors de l'étude qualitative**

Les membres interviewés	Nombre	Durée estimative des entretiens
Majors des services hospitaliers	10	10H
Statisticiens	3	4H
Contrôleur de gestion	2	3H
Total	15	17H

**Source : réalisé par nos soins**

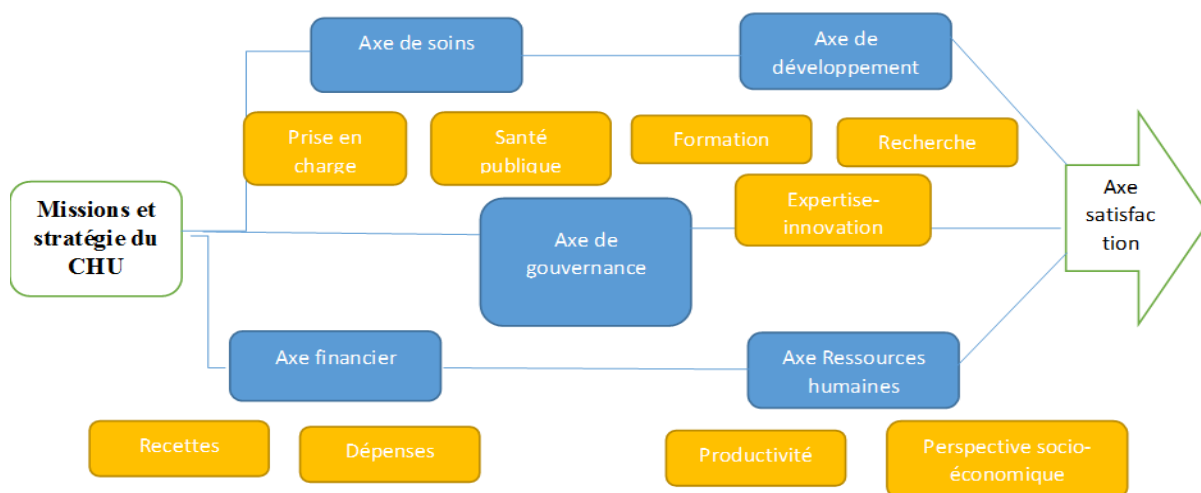
Le traitement de notre problématique sollicite la méthodologie de la recherche-intervention Cette démarche de recherche intervention est la position potentiellement la plus favorable à la production des connaissances théoriques fondées en sciences de gestion. en outre, en qualité de membre de la direction générale du CHU Oujda, nous avons l'opportunité de côtoyer le personnel qui y travaille afin de cerner les données à collecter et mieux répondre à notre question de recherche. Pour garantir plus de scientificité quant aux résultats espérés, nous avons opté pour l'intersubjectivité contradictoire, *il résulte de la confrontation de plusieurs intersubjectivités (pouvant être contradictoires) relatives aux acteurs de différents profils et niveaux hiérarchiques, pour dégager un sens susceptible d'être partagé.* (Senhaji, Gallouj, Fikri, 2023)

### 3. Résultats et analyse

#### 3.1 Présentation du modèle de performance Co-construit

Dans un travail précédent, nous avons conceptualisé un modèle de performance multidimensionnel et stratégique à travers la perception des parties prenantes du centre hospitalo-universitaire Mohamed VI Oujda, nous rappelons ce modèle ci-dessus :

**Figure 1 : Modèle de performance hospitalier stratégique contextualisé**



**Source : réalisé par nos soins à travers les perceptions des parties prenantes du CHU Mohamed VI Oujda**  
 Le modèle Co-construit est un processus composé d'inputs (missions et stratégie du CHU), de 5 axe intermédiaires à savoir l'axe des soins, l'axe de développement, l'axe de gouvernance, l'axe financier et l'axe des ressources humaines, pour aboutir à l'output qui l'objectif principal d'un centre hospitalier notamment, la satisfaction des usagers.

#### 3.2 La perception des acteurs utilisateurs du modèle de performance :

Selon la revue de la littérature la perception et l'adhésion du personnel représentent les déterminants sociaux consistant à avoir un engagement des acteurs intervenants dans le projet. En effet, les responsables interrogés ont défini le modèle de performance comme un outil permettant de faciliter le changement dans la gestion de l'hôpital en précisant que c'est un document important et obligatoire.

Dans ce sens les interviewés ont déclaré « *Il est bien et permet de cadrer notre travail au sein de l'hôpital* » et pareillement d'autres responsables ont dit « *C'est un document qui permet de rationaliser les ressources allouées à l'hôpital* », « *ce modèle de performance, nous facilitera la gestion de l'hôpital, et nous conduira à travers une meilleure prise de décision vers la performance* ». (13/15 interviewés)

Par ailleurs, la réussite de l'élaboration et la mise en œuvre des projets dépend du comportement potentiel des acteurs. ; L'implantation d'un modèle de performance représente un changement

certain par rapport au modèle existant. Dans le cas des professionnels de la santé, la perception du projet peut être très ambivalente et le risque de refus de participer au processus de mise en œuvre ne peut être écarté.

La clé de l'acceptation du nouveau modèle de performance réside dans la conduite du changement à visée compréhensif permettant la mise en place progressive des axes, dimensions et indicateurs afin de faire évoluer les attitudes des acteurs.

### **3.3 La prédisposition des acteurs à l'utilisation du modèle de performance**

En ce qui concerne la prédisposition des acteurs à l'utilisation du modèle, les interviewés déclarent que l'engagement et l'adhésion du personnel dans toutes les phases de la conception et la mise en œuvre du projet est un facteur déterminant de la prédisposition des acteurs à l'utilisation et l'appropriation du modèle, ainsi un responsable a déclaré : « *l'engagement du personnel, s'ils ont la volonté, est un facteur clé de réussite* »

Tous les soignants interrogés estiment que leur manque d'engagement est étroitement lié à une charge de travail excessive et à une pénurie de personnel.

Partant de ce constat, et puisque l'ensemble des utilisateurs potentiel du modèle de performance ont été impliqués depuis le démarrage du projet, nous déduisons que les interviewés sont prédisposés à l'utilisation du modèle de performance construit.

### **3.4 Les sources de résistances éventuelles et les déterminants de réussite potentiels**

En complément aux éléments théoriques soulevés lors de la revue de littérature, l'analyse qualitative menée a laissé émerger plusieurs sources de résistance pourrions entraver la réussite de l'appropriation du modèle de performance par les acteurs.

#### **3.4.1 Défaut d'implication du personnel**

Les interviewés ont déclaré que la mise en place d'un modèle inadapté aux besoins des utilisateurs va automatiquement connaître un échec de l'appropriation, de ce fait, l'absence de l'implication du personnel lors de la conception pour mettre en place un outil est un facteur d'échec à l'appropriation.

De ce fait, notre étude a soulevé l'implication du personnel comme déterminant de réussite de la mise en place du modèle de performance, en outre l'implication lors la conception est aussi un moyen de motivation et d'engagement.

#### **3.4.2 Absence d'un leadership**

Dans cette catégorie, outre la réflexion stratégique et la définition des objectifs, l'accent doit être mis sur le modèle de performance qui doit être reflété dans le plan d'établissement hospitalier dans le cadre d'une approche participative. Il est également important d'impliquer

les professionnels soignant dans la conception du projet. Le projet nécessite un travail plus approfondi dans la phase de conceptualisation pour l'évolution positive de l'ensemble des participants qui ne disposaient pas d'une lisibilité claire sur les décisions.

Dans cette catégorie, il faut souligner qu'au-delà de la réflexion stratégique et des objectifs identifiés, le modèle de performance s'incarne dans le Plan d'établissement hospitalier dans le cadre d'une démarche participative. En outre, L'implication des professionnels soignants à la conception du projet est très importante.

En outre, les interviewés ont mentionné que l'absence d'un leadership transformationnel et qui les accompagne lors de l'implantation du projet sera une source de résistance pour les utilisateurs.

Par conséquent, Le style managérial représente un facteur clé de succès, « *Les leaders transformationnels inspirent et motivent leur personnel, ils font confiance aux employés formés pour prendre des décisions* ». Déclaré par un major de service. Ce style de gestion permet au personnel d'être plus créatif, de se tourner vers l'avenir et de trouver des solutions nouvelles aux anciens problèmes.

### **3.4.3 Absence/ insuffisance de la formation**

Concernant cette thématique, la plupart des professionnels ont suggéré de programmer une formation préalable à la mise en place du modèle de performance, car l'absence ou l'insuffisance des formations va engager la résistance, du point de vue que les utilisateurs n'auront aucun acquis technique du modèle et des différents indicateurs mesurables qui nécessite un encadrement des calculs afin de ne pas dégager des résultats biaisés.

Par ailleurs, les utilisateurs suggèrent de programmer une formation pour l'ensemble du personnel des services, afin de comprendre lors des réunions toutes les catégories d'indicateurs. Dans notre terrain d'investigation, presque la majorité du personnel soignant méconnaissent ce que c'est un modèle de performance/ Tableau de bord. « *Nous souhaitons recevoir des formations préalables à l'implantation sur l'ensemble des indicateurs, et surtout les méthodes de calcul, afin de ne pas ressortir des indicateurs erronés.* » (12/15 interviewés)

### **3.4.4 Absence de la communication interne :**

Nous avons constaté que la qualité de la communication au sein de l'hôpital est l'un des facteurs qui influent l'avancement du projet. En effet, La communication permet d'échanger des informations sur le déroulement du projet, de traiter les questions et les problèmes en équipe et de résoudre les problèmes techniques.

### **3.4.5 Accompagnement insuffisant par le service informatique et système d'information**

L'étude souligne que la plupart des professionnels, en particulier au niveau opérationnel, manquent d'expérience dans la mise en œuvre du modèle de performance construit.

Les résultats ont ainsi démontré une nécessité d'accompagnement par le service informatique et système d'information lors de l'implantation de l'outil, *« nous souhaitons avoir un accompagnement durant le premier trimestre par l'équipe informatique, afin de manipuler le module, les différents calculs et différentes liaisons, à défaut, l'équipe devra nous procurer un livret d'utilisation qui nous guidera lors des calculs »*.

### **3.4.6 Les obstacles techniques et incompétences des utilisateurs**

L'analyse des résultats montre que cet aspect technique présente des points forts. En effet, le CHU Mohammed VI Oujda possède deux systèmes d'information (système d'information hospitalier et système comptable et financier avec un interfaçage entre les deux), ces deux supports de collecte permettent d'avoir et d'analyser les données nécessaires aux pilotages.

L'utilisation des outils informatiques pour gérer les projets demeure très importante, afin d'assurer la fiabilité de la collecte des données et de garantir l'efficacité et la traçabilité. La majorité des personnes interrogées ont confirmé qu'elles étaient satisfaites des outils informatiques et qu'elles les utilisaient pour collecter les informations dont elles avaient besoin pour atteindre leurs objectifs. Cependant, certaines personnes interrogées les trouvent encombrants et recourent à la collecte manuelle traditionnelle des données.

L'ensemble des protocoles rigoureux de gestion, des procédés de management adaptés, et l'infrastructure (par exemple, les installations, les équipements existants) permettent une conduite de projet optimale ; et si ils ne sont pas bien gérés, deviennent des facteurs clés d'échec de mise en place du modèle de performance.

Selon les discours de l'équipe informatique et système d'information, le SIH pourra héberger l'ensemble des indicateurs développés dans le cadre du modèle de performance, ainsi de les calculer d'une façon journalière.

concernant l'adaptation du modèle aux besoins des utilisateurs, le modèle construit a été réalisé à travers leurs perception de la performance de façon à ce qu'il soit le mieux adapté à leurs besoins pour éviter toute sorte de résistance. En revanche la clé du succès est d'anticiper les réticences et d'écouter les personnes concernées pour réussir le changement.

Afin de récapituler les résultats escomptés, le tableau ci-dessus détermine les différents facteurs clés de succès susceptibles de réussir l'appropriation du modèle de performance Co-construit

selon les utilisateurs relevant du CHU que nous avons organisé en trois catégories à savoir : les facteurs de réussites sociales, organisationnelles, et techniques.

**Tableau3 : Les déterminants de réussite de l'implantation du modèle de performance stratégique**

Les facteurs clés de succès de l'implantation du modèle de performance construit au niveau du SIH			
	Les déterminants sociaux	Les déterminants organisationnels	Les déterminants techniques
<b>Définition</b>	L'engagement des personnes impliquées dans le projet, la perception de l'utilité et la connaissance de la finalité de l'outil.	Ce sont les déterminants liés à la gouvernance et au management de l'organisation	L'aspect technique relève du système d'information, de l'adaptation du modèle et enfin la compétence des utilisateurs.
<b>Action engagée Par le CHU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La perception des acteurs</li> <li>- L'engagement et l'adhésion du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le leadership et style de management</li> <li>- Implication du personnel</li> <li>- Formation et communication</li> <li>-Accompagnement par le service informatique et système d'information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptation du modèle aux besoins des utilisateurs</li> <li>- Disponibilité et facilité des systèmes d'information hospitalière.</li> </ul>

Source : réalisé par nos soins sur la base des entretiens réalisés

#### 4. Discussion des Résultats :

A la lumière de la revue de littérature, notre modèle empirique des facteurs clés de succès d'implantation du modèle de performance co-construit par les parties prenantes du CHU, la majorité des déterminants de réussite ont été soulevé lors de l'enquête à travers les interviews menés avec les futurs utilisateurs du modèle. En revanche les déterminants identitaires qui stipule que les valeurs qui régissent l'organisation doivent être prises en considération ne figurent pas dans les discours des interviewés. Les variables collectées auprès de l'enquête en matière d'obstacles à l'implantation et facteurs de réussite du modèle construit constituent une

base importante afin de réussir sa mise en place. Leur analyse nous a permis d'ajuster les déterminants en supprimant ou en ajoutant d'autres spécifiques au contexte hospitalier.

Sur cette base les déterminants issus de la théorie présente une similitude par rapport aux déterminants de la recherche exploratoire. De ce fait, l'applicabilité du modèle de performance construit nécessite autres déterminants, que nous avons récapitulé comme suit :

- Mettre en place une équipe pluridisciplinaire dédiée à l'animation, l'organisation, et aux procédures nécessaires à la mise en place de la démarche projet composé du (contrôleur de gestion, d'un ingénieur informatique, d'un représentant statistique, des administrateurs des hôpitaux, et des majors des services pilotes).

**- Etablir un plan de communication adapté avec le volet formation**

- Créer un plan de réunion et le communiquer à l'ensemble des parties prenantes.
- Préparer une présentation du processus de mise en place du projet (la démarche)
- Communiquer les décisions vis-à-vis du projet du projet et sur l'avancement des travaux du comité de pilotage.

- Impliquer l'ensemble du personnel dans le processus et dans la résolution des problèmes survenus en cours d'implantation du projet afin d'instaurer un climat de confiance

**- Simplification du modèle et de la démarche de mise en œuvre :**

- Mettre en place des outils accessibles, simples à utiliser, et à appréhender par tous les acteurs. (Guide d'utilisation électronique, et format papier, envoi automatique d'une étiquette au service informatique en cas de difficultés)

- Simplification de la démarche de mise en œuvre du projet : Commencer par les trois axes : Production, financier et les autres axes seront intégrés progressivement.

**- Adopter une démarche d'amélioration continue :**

- Mettre en place des actions correctives du modèle de performance basé sur des retours d'expérience et benchmarking.

**- Les implications pour la commission multidisciplinaire de suivi du projet :**

- Etablir un plan de formation continue pour l'ensemble du personnel de l'hôpital
- Assurer un suivi régulier de la mise en œuvre du projet.
- Programmation des réunions de discussions des résultats
- Incitation et motivation des services impliquées (Prime de rendement)

## Conclusion

Avec la refonte du système de la couverture médicale universelle et la création des groupements sanitaires territoriaux, les centres hospitalo-universitaires se voient obligé d'implanter un système multidimensionnel d'évaluation des performances qui est défini à partir des points de vue des différentes parties prenantes dudit établissement. Ainsi, le modèle de performance construit repose sur l'évaluation de la qualité des soins, sur la gouvernance, sur le développement des ressources humaines mais également sur la gestion financière dans un but de concilier entre culture de soins et culture managériale. Ce modèle permet au niveau stratégique d'obtenir une vision sur tous les aspects et axes de la performance hospitalière, dans l'objectif primordial d'une meilleure prise de décision. Or, Concevoir un modèle de performance hospitalier dans une structure complexe, et caractérisée par la multiplicité des profils multidisciplinaires dont les aspirations divergent est un projet très difficile. D'où la nécessité d'une étude préalable des conditions de mise en place essentielles pour la réussite de son appropriation par les acteurs hospitaliers. Les résultats marquants ressortis de cette investigation, sont composés des déterminants sociaux, des déterminants techniques et des déterminants organisationnels.

Il y'a lieu de préciser que l'incitation du personnel est nécessaire, pour impliquer et réussir l'appropriation, d'autant plus que le renforcement des compétences par la formation afin d'aligner leurs profils sur les meilleurs standards en matière de qualifications, et une condition sine qua non pour la réussite de tout projet de changement.

En tant qu'acteur du terrain de recherche choisi ayant développé des déterminants adapté à cet établissement, nous nous sommes fixés comme implication managériale la mise en place de l'ensemble de ces déterminants pour ne pas s'arrêter uniquement à l'étape de conception du modèle mais pour creuser plus en passant à son appropriation par l'ensemble des acteurs et par la suite à son implantation afin de pouvoir faire face à n'importe quelle situation de crise ou de résistance.

Enfin, le test du projet constituera une perspective pour un prochain travail de mise en place effective et d'évaluation des effets que cela pourrait engendrer. Pour cela, nous recommandons afin de réussir l'appropriation du modèle de performance construit par les acteurs hospitaliers, de mettre en place l'ensemble des conditions et déterminants ressorties et d'accompagner ce changement par une équipe multidisciplinaire dédiée au suivi du projet.

## BIBLIOGRAPHIE

AKRICH M., CALLON M., LATOUR B. (1988), « A quoi tient le succès des innovations : l'art de l'intéressement », *Gérer et Comprendre, Annales des Mines*, (11), p.4-17.

AKRICH M. (2006), « La description des objets techniques », dans M. AKRICH, M. CALLON et B. LATOUR, *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Presses de l'École des Mines, Paris, p.159-178.

BEAUDRY, A., & PINSONNEAULT, A. (2010), The other side of acceptance: Studying the direct and indirect effects of emotions on information technology use. *MIS Quarterly*, vol. 34, n°4, p. 689-710.

Bass, B.M. and Avolio, B.J. (1990) Developing Trans-formational Leadership: 1992 and Beyond. *Journal of European Industrial Training*, 14, 21-27.

Bouamama, M. (2015), Nouveaux défis du système de mesure de la performance : Cas des tableaux de bord

BRUNEL, O., ROUX, D. (2006). L'appropriation des produits par le consommateur : proposition d'une grille d'analyse. In *L'appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives théoriques ?* Publications de l'Université de Saint-Etienne. Collection Gestion. Saint-Etienne, 83-104.

Capitolin, 2015 OUTILS DE GESTION ET MANAGEMENT PUBLIC : ETUDE DU DEPLOIEMENT DU SYSTEME DE MANAGEMENT PAR LA QUALITE A POLE EMPLOI

COCH L., FRENCH J. R. P., (1948) "Overcoming resistance to change", *Human Relations*, vol. 1, n° 4.

CROZIER M., FRIEDBERG E., (1977). *L'acteur et le système*, Editions du Seuil.

DAVIS et al (1989), «User Acceptance of Computer Technology: a comparison of two theoretical models »

DESS, G ET J.SHAW. (2001), voluntary Turnover, social capital, and organizational performance, *The Academy of Management Review*, vol,26 n)3, pp.446-456

DE SANCTIS G. et POOLE M.-S. (1994), « Capturing the Complexity in Advanced Technology Use: Adaptative Structuration Theory », *Organization Science*, Vol. 5, No 2, p.121-147.

DE VAUJANY F.-X. (Sous la direction de) (2005), *De la conception à l'usage : l'appropriation des outils de gestion*, Editions EMS.

- DE VAUJANY, F.X (2006), Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage, *Revue Management et Avenir*, 3, 9, p. 109-126.
- GRIMAND A. (2006), *L'appropriation des outils de gestion : vers de nouvelles perspectives théoriques ?*, Publications de l'Université de Saint Etienne, Coll. Gestion.
- GRIMAND A. (2012). L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences, *Management et avenir*, (4), 237-257
- GILBERT P. (1998), *L'instrumentation de gestion : la technologie de gestion science humaine ?*, Economica.
- GENTET.Y, 2006, L'influence normative des groupes de référence sur les réponses à la musique. Le rôle modérateur du construit de soi.
- HATCHUEL A., WEIL B. (1992), *L'expert et le système*, Economica, Paris.
- JAQUES E., (1972). *Intervention et changement dans l'entreprise*, Dunod,
- KOTTER J. P. & SCHLESINGER L.A. (1978) *Choosing Strategies for Change*
- LEMAIRE, C. ET NOBRE,T. (2014), Le rôle des acteurs dans la gestion d'un projet d'implantation d'un tableau de bord dans le secteur médico-social, *Journal de Gestion et D'Économie Médicales* 32(7):431
- LEWIN K., (1951). *Field Theory in Social Science*, Harper and Row,
- LEWIN, K(1966)..« Décisions de groupe et changement social », in A. Lévy (Ed.), *Psychologie sociale, textes fondamentaux anglais et américains*, Dunod, Paris.
- LORINO P. (2002), « Vers une théorie pragmatique et sémiotique des outils appliquée aux instruments de gestion », *Essec Research Center*.
- MALLET, C. (2004). « L'appropriation d'une TIC par des utilisateurs, un nouveau paramètre pour la gestion de projet ». *Doctoriales du GDR TIC & Société*, 28-29 Janvier.
- MAYO, E.,(1933). *The Human Problems of an Industrial Civilization*, Mac Milan, 1933.
- MOISDON J.-C. (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion*, Editions Seli-Arslan, Paris
- MOISDON J-C. (2005), Comment apprend-on par les outils ? Retour sur une doctrine d'usage, in Teulier R., Lorino P., *Entre connaissance et organisation : l'activité collective*, La Découverte.
- MUCCHIELLI, A. (1991). *Les Méthodes qualitatives*. Paris : Presses universitaires de France.
- PERRIAULT J. (1989), *La Logique de l'usage : essai sur les machines à communiquer*, Flammarion, Paris.
- PEIFFER,(2015) les cinq facteur de résistance au changement

PESQUEUX, (2020) La culture nationale en sciences de gestion

POIZAT, GOUDEAUX, (2014) Appropriation et individuation : un nouveau modèle pour penser l'éducation et la formation ?

ROGERS E. (1995), Diffusion of innovation, Free Press, New York, 4th edition.

RUSS T.-L. (2012), "A Critical analysis of communication approaches for implementing organizational change", *Business and Management Review*, Vol. 1, N. 11, pp. 27-35

SENHAJIZ & FIKRI, K. (2023) Modeling hospital stakeholders perceptions of multidimensional hospital performance

SENHAJI. Z& GALLOUJ. N&FIKRI.K (2023), Pilotage de la performance des services urgences-anesthésie dans un centre hospitalier universitaire : conciliation entre l'approche socioéconomique et la recherche intervention

THEVENET M.,(1986) *Audit de la culture d'entreprise*, Les Editions d'Organisation.

TORKZADEH, G. et I. E. ANGULO. (1992). « The Concept and Correlates of Computer Anxiety ». *Behavior and Information Technology*, 11 (2), 99–108.

TRADER-LEIGH K., (2002). "Case study: identifying resistance in managing change", *Journal of Organizational Change Management*, vol. 15, n°2.

VITALIS A. (1994), *Médias et nouvelles technologies : pour une socio politique des usages*, Editions Apogée.

## ANNEXE

### Guide d'entretien

Les thématiques	Les questions
1- Attitude et perception vis-à-vis du modèle de performance construit	- Est-ce que vous trouvez que le modèle construit est adapté à vos objectifs et visions ?
2- Prédilection à l'utilisation	- Est ce que vous souhaitez adopter ce nouveau modèle de performance en tant que service pilote du projet ? - Disposez-vous des prérequis pour l'utilisation du modèle de performance ?
3- Les sources de résistance éventuelles	- Quels sont les obstacles et contraintes qui vous empêchent de l'adopter ?
	- Quels sont les instances ou personnes susceptibles à votre avis de bloquer la mise en place dudit modèle de performance ? - Quels sont les motifs d'échecs de l'implantation d'un outil de gestion ?
4- Les facteurs de réussite de l'implantation de l'outil	- Est ce que le moyen /logiciel de mise en œuvre du modèle est adéquat ?
	-Quels sont les mesures que doit prendre votre établissement pour la réussite de l'implantation du modèle de performance ? - Quels sont vos suggestions pour remédier à ses motifs d'échecs ?